UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO

RÔMULO MARCELO DOS SANTOS CORREIA

**A psicose como homo sacer:
a vida entre o uso do corpo e a cidadania**

SÃO PAULO
2018

RÔMULO MARCELO DOS SANTOS CORREIA

**A psicose como homo sacer:
a vida entre o uso do corpo e a cidadania**

(Versão Corrigida)

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Psicologia Social.

Área de Concentração: Psicologia Social

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yvette Piha
Lehman**

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Correia, Rômulo Marcelo dos Santos

A psicose como homo sacer: a vida entre o uso do corpo e a cidadania / Rômulo Marcelo dos Santos Correia; orientadora Yvette Piha Lehman. -- São Paulo, 2018. 260 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. serviços de saúde mental. 2. transtornos psicóticos. 3. teoria psicanalítica. 4. sociedade pós-moderna. 5. razão instrumental. I. Lehman, Yvette Piha, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Rômulo Marcelo dos Santos Correia

Título: A psicose como homo sacer: a vida entre o uso do corpo e a cidadania.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Social.

Área de Concentração: Psicologia Social.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Yvette Piha Lehman

Instituição: _____ Assinatura: Yvette Piha Lehman

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À memória da minha avó Amara... a quem
amei tanto, e mesmo assim fiquei longe por
tanto tempo. Sempre achei que um dia iria
te dar uma boa vida, mas no fim nem
consegui te propiciar uma boa morte.
Desculpe-me meu anjo, eu te amarei para
sempre.

AGRADECIMENTOS

À Yvette Piha Lehman, minha orientadora, que aceitou me orientar sem nem mesmo me conhecer, que apostou em mim e a quem certamente dei dor de cabeça, mas que nunca reclamou, meu muito obrigado eterno!

Aos usuários e profissionais do CAPS II com quem trabalhei, com quem aprendi não apenas a ser um profissional melhor, mas ser alguém que deseja lutar por uma causa. Não importa para onde eu vá, eu sempre me lembrarei de vocês.

Aos participantes desta pesquisa, tão generosos e gentis: vocês redefiniram totalmente este trabalho que, certamente, também é fruto de vocês.

À Rosangela, Nalva e Selma, secretárias do PST, que foram sempre disponíveis para alguém que ainda se sente tão perdido na cidade grande. Um abraço!

Aos meus antigos e eternos mestres Esperidião Barbosa, Heliane Leitão, Walter Matias Lima e Eduardo Leal Cunha. Não há palavras para exprimir a dívida simbólica que sempre terei para com vocês. Vocês me inspiraram a querer ser alguém melhor.

Aos amigos e colegas de Maceió, Aracaju e São Paulo, que às vezes passaram tão rápido pela minha vida mas que deixaram tantas saudades em meu peito. Boa sorte para vocês aonde quer que vocês vão.

À Alice, Paulo, Marquinhos, Miguel, Marcos e Carol. Mais que amigos, vocês foram meus suportes afetivos inigualáveis nesta jornada cheia de tropeços e quedas que vem sendo a minha vida. Valeu mesmo!

À Daiane, minha companheira, amiga, parceira e linda namorada, sem você não conseguiria ter terminado esta Tese, nem sei se teria sobrevivido a ela, obrigado por fazer parte da minha vida, pois minha vida sem você é só vida nua.

Por último, e os mais importantes, à minha mãe Vânia e à minha irmã Ranna, minha família e meu sopro de vida, por quem continuo lutando todos os dias para que tenham uma vida não apenas digna, mas também feliz.

RESUMO

CORREIA, R. M. S. A psicose como homo sacer: a vida entre o uso do corpo e a cidadania. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Este trabalho investiga se no Brasil o lugar social destinado pela sociedade às pessoas que possuem diagnósticos relativos à psicose é semelhante àquele que o poder soberano destina ao homo sacer. Para isso, o referencial teórico estudado baseia-se na pesquisa de Agamben sobre o homo sacer e na teoria psicanalítica da psicose, mas não de forma exaustiva, e sim recortando possíveis contribuições. Essas noções subsidiam toda discussão que vai dos primeiros entendimentos sobre loucura, atravessando o ideal de eugenia, até desembocar na reforma psiquiátrica e no Serviço de Residência Terapêutica – SRT – como contraponto à política manicomial. Já para a pesquisa de campo, a metodologia escolhida baseou-se numa pesquisa qualitativa, com o uso de entrevista semiestruturada e de diários de campo. Os participantes foram divididos em três perfis: moradores do SRT que são egressos de períodos de longa internação em hospitais psiquiátricos, com nosologia relativa à psicose; cuidadores do SRT; e técnicos de nível superior que atuam na área da saúde mental. A análise das entrevistas foi baseada na análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que a história da loucura no Brasil foi marcada pela exclusão, mas que os acontecimentos do século XX evidenciaram que o psicótico deixa de estar apenas no lugar do excluído e é jogado no lugar do homo sacer. Simultaneamente ao psicótico como homo sacer está a figura do neurótico como sobrevivente, mas ambos vivem a insegurança de se afogarem no rio da biopolítica. Já as falas dos moradores, cuidadores e técnicos reconheceram o hospital psiquiátrico como um lugar onde as pessoas são abandonadas por todos para morrer: abandonadas pelas famílias, abandonadas pela equipe do hospital, abandonadas pelo poder público, abandonadas pela sociedade como um todo. Mais que um lugar de abandono, o hospital psiquiátrico era um lugar de morte. A este lugar de morte surgiu como contraponto uma saúde mental voltada para a inserção social e territorial das pessoas acometidas de transtornos mentais, e o SRT mostrou-se um importante equipamento para efetivar tais ações. Para os participantes, o SRT é tudo o que o hospital psiquiátrico não é: Enquanto o hospital leva as pessoas para longe da cidade, a residência traz de volta para ela. Enquanto o hospital aprisiona irresponsavelmente, a residência liberta responsabilmente. Enquanto nos hospitais existem pacientes internados, na residência existem moradores que participam da sociedade. Enquanto nos hospitais corpos são usados desrespeitosamente, na residência vidas são vividas dignamente.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; transtornos psicóticos; teoria psicanalítica; sociedade pós-moderna; razão instrumental.

ABSTRACT

CORREIA, R. M. S. The psychosis as homo sacer: the life between the use of body and citizenship. Doctoral thesis – Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2018.

This work problematizes and investigates if in Brazil the social place destined by the society to the people that have diagnoses related to the psychosis is similar to the one that the sovereign power destines to homo sacer. For this, the theoretical framework studied is based on Agamben's research on homo sacer and on the psychoanalytic theory of psychosis, but not in an exhaustive way, but rather by cutting possible contributions. These notions subsidize any discussion that goes from the first understandings about madness, crossing the ideal of eugenics, until it ends in the psychiatric reform and the Service of Therapeutic Residence - STR - as a counterpoint to the asylum policy. For the field research, the chosen methodology was based on a qualitative research, with the use of semi-structured interviews and field diaries. Participants were divided into three profiles: residents of the STR who are graduates of periods of long stay in psychiatric hospitals, with nosology related to psychosis; STR caregivers; and higher education technicians who work in the area of mental health. The analysis of the interviews was based on content analysis. The results show that the history of madness in Brazil was marked by exclusion, but that the events of the twentieth century showed that the psychotic is no longer only in the place of the excluded and is played in the place of homo sacer. Simultaneously with the psychotic as homo sacer is the figure of the neurotic as survivor, but both live the insecurity of drowning in the river of biopolitics. The speeches of the residents, caregivers and technicians have recognized the psychiatric hospital as a place where people are abandoned by all to die: abandoned by the families, abandoned by the hospital staff, abandoned by the public power, abandoned by society as a whole. More than a place of abandonment, the psychiatric hospital was a place of death. To this place of death a mental health aimed at the social and territorial insertion of the people affected by mental disorders appeared as a counterpoint, and the STR proved to be an important equipment to carry out such actions. For participants, the STR is all that the psychiatric hospital is not: While the hospital takes people away from the city, the residence brings it back to it. While the hospital imprisons irresponsibly, the residence frees responsibly. While in hospitals there are hospitalized patients, in the residence there are residents who participate in society. While in hospitals bodies are used disrespectfully, in residence lives are lived worthily.

Keywords: mental health services; psychotic disorders; psychoanalytic theory; postmodern society; instrumental reason.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial;
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II;
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil;
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas;
CECCOS	Centro de Convivência e Cooperativa;
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª edição;
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5ª edição;
NASA	National Aeronautics and Space Administration
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço de Residência Terapêutica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Roteiro de entrevista com os cuidadores do SRT148

Quadro 2: Roteiro de entrevista com os moradores do SRT149

Quadro 3: Roteiro de entrevista com os técnicos de saúde mental150

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 OBJETIVO GERAL	19
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 PARTE UM: DA TETRALOGIA HOMO SACER AO DISCURSO TOTALITÁRIO	22
2.1.1 TETRALOGIA HOMO SACER I: O PODER SOBRE A VIDA E A VIDA SEM PODER	23
2.1.2 TETRALOGIA HOMO SACER II: A EXCEÇÃO, A ECONOMIA E O OFÍCIO COMO ESTRATÉGIAS DE GOVERNO	27
2.1.3 TETRALOGIA HOMO SACER III: AS VIDAS INDIGNAS DE SEREM VIVIDAS	45
2.1.4 TETRALOGIA HOMO SACER IV: INSTRUMENTALIDADE E USO DO CORPO	49
2.1.5 A VIOLÊNCIA COMO LEGITIMAÇÃO SOBERANA	57
2.1.6 A IMAGEM COMO LITURGIA DA CONTEMPORANEIDADE	64
2.1.7 DO DISCURSO QUE SEDUZ E DA MONTAGEM QUE CAPTURA	69
2.1.8 O DISCURSO DO SOBERANO COMO VISÃO DE MUNDO	79
2.2 PARTE DOIS: DA PSICOSE COMO INSTRUMENTO AO USO DO SEU CORPO	86
2.2.1 O INCONSCIENTE COMO SOBERANO E O PSICÓTICO COMO SEU INSTRUMENTO	87
2.2.2 A EXCLUSÃO COMO “A” HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL	105
2.2.3 AUGE E QUEDA DA EXCLUSÃO SOCIAL DO LOUCO: A EUGENIA E A LUTA ANTIMANICOMIAL	115
2.2.4 O PAI SOBERANO E O FILHO QUE PODE SER ESMAGADO COMO UM INSETO	123
2.2.5 A CIDADANIA DIGNIFICANDO VIDAS: O SRT E A NOVA FAMÍLIA POSSÍVEL	131
3 METODOLOGIA	142
3.1 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	143
3.1.1 PARTICIPANTES	144
3.1.2 RISCOS E BENEFÍCIOS	145
3.1.3 MATERIAL E PROCEDIMENTO	146

3.1.3.1 Observação participante e diário de campo	147
3.1.3.2 Entrevistas semiestruturadas	147
3.1.3.3 Agradecimentos aos participantes	152
3.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	152

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	156
---------------------------------	------------

4.1 CARINHO E COMPROMISSO COMO DIGNIFICADORES DE VIDA	156
4.1.1 DESCRIÇÃO	156
4.1.2 INTERPRETAÇÃO	166
4.2 O SRT COMO ALTERNATIVA AO SOFRIMENTO, ABANDONO E MORTE NOS HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS.....	170
4.2.1 DESCRIÇÃO	170
4.2.2 INTERPRETAÇÃO	178
4.3 A PSICOSE COMO RESISTÊNCIA AO EU ESPETACULAR	182
4.3.1 DESCRIÇÃO	182
4.3.2 INTERPRETAÇÃO	188
4.4 O PSICÓTICO ENTRE O CONTROLE ANIQUILADOR E A LIBERDADE ACOMPANHADA	192
4.4.1 DESCRIÇÃO	192
4.4.2 INTERPRETAÇÃO	202
4.5 O PSICÓTICO PARA SEMPRE EXCLUÍDO DA UTILIDADE.....	208
4.5.1 DESCRIÇÃO	208
4.5.2 INTERPRETAÇÃO	213
4.6 O SRT COMO POSSIBILIDADE DE RECONSTRUÇÃO DO CORPO ARRUINADO	215
4.6.1 DESCRIÇÃO	215
4.6.2 INTERPRETAÇÃO	221
4.7 INFERÊNCIA INTEGRADORA: A PSICOSE COMO HOMO SACER	224

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	241
-------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	245
--------------------	------------

ANEXO	253
--------------	------------

Porém, a noite, calma e distante, alheada dos seres e das coisas, com essa suprema indiferença que imaginamos ser do universo, ou a outra, absoluta, do vazio que restar, se algo o vazio pode ser, quando estiver cumprido o último fim de tudo, a noite ignorava o sentido e a ordem razoável que parecem reger este mundo nas horas em que ainda acreditamos ter sido ele feito para receber-nos, e à nossa loucura.

(SARAMAGO, 1994, p. 120)

1 INTRODUÇÃO

No tarô, embora a ordem das cartas ou, adentrando sua semiologia, a sequência simbólica dos arcanos maiores seja numerada de um a vinte e um, não existe uma cadeia linear de suas representações, na qual haveria um único início e um único fim, mas sim um contínuo circular, no qual após a carta vinte e um se retorna, através da carta não numerada, a de número um (NAIFF, 2002). Cada carta tem sua representação, inclusive as cartas numeradas são conhecidas como trunfos. Para Naiff (2002), a carta um é “O Mago”, e representa aspirar, a dois, “A Sacerdotisa”, analisar, e assim segue, cada uma com seu significado, até chegar na vinte e um, “O Mundo”, que é progredir. Como o tarô é um jogo que se pretende oráculo divinatório, as cartas indicam o que o jogador precisa fazer, e se todos seguem o que sai nas cartas, tanto aquele que coloca as cartas, quanto aquele a quem as cartas são postas, tanto quanto as próprias cartas, acabam se transformando em instrumentos supostamente guiados por desígnios metafísicos. Embora sejam numeradas de um a vinte e um, as cartas dos arcanos maiores têm um total de vinte e duas cartas. Ou seja, existe uma carta que não é numerada, e que alguns dizem ser a carta vinte e dois, mas que outros, e Naiff (2002) está incluso nestes, numeram como a carta zero. A carta zero é “O Louco”.

O Louco representa no tarô a revolução (NAIFF, 2002). No “Dicionário de Filosofia” (ABBAGNANO, 2007, p. 858-859), revolução significa: “Violenta e rápida destruição de um regime político, ou mudança radical de qualquer situação cultural”. Desta forma, existem diferentes tipos de revolução, como a revolução filosófica, a revolução literária, a revolução histórica... Dentre as revoluções históricas, as mais famosas são a francesa, a inglesa e a americana. É peculiar que essa noção de revolução tem a ver com uma característica fundamental de O Louco, que é a de ser a exclusão à norma. Esta exclusão ocorre em nível estético e em nível pragmático. No estético, a carta O Louco é a única das vinte e duas cartas do tarô a não ter uma numeração e nem uma nomeação certa, pois alguns chamam de “O Andarilho”. Já no nível pragmático, essa carta tem uma utilidade diferente das demais: o jogo do tarô tem por objetivo revelar acontecimentos importantes do passado, presente ou futuro, e para isto é necessário que o jogador aceite e cumpra os trunfos que surgiram. A norma do tarô é então seguir aquilo que os trunfos indicam. Já O Louco é uma exceção

a esta norma, pois ao surgir no jogo, o jogador pode escolher se vai seguir a norma ou excluí-la, descartá-la. Assim, em nível estético ou pragmático, “O Louco” é a exceção.

Já para a física, o termo revolução tem um significado bastante diferente. No “Dicionário Enciclopédico de Astronomia e Astronáutica” (MOURÃO, 1987, p. 685), revolução é: “1. Movimento periódico orbital de um astro ao redor de um corpo principal. 2. Intervalo de tempo decorrido na realização desse movimento durante um período”. Esta definição também está dentro da lógica da carta O Louco, já que é através dela que se pode, depois do aparente fim da carta vinte e um, O Mundo, retornar à sequência de cartas iniciadas pela carta um, O Mago. O Louco é o que permite que após uma sequência de cartas ou ações, que aparentemente se apresenta em uma progressão, ou numa evolução, se retorne às mesmas velhas cartas ou ações passadas.

Desta forma, O Louco como revolução poderia ser interpretado como uma subversão à norma, seguindo à filosofia, ou um retorno aos mesmos lugares, seguido à física. Mas talvez se possa fazer uma síntese e pensar O Louco como uma subversão à norma, inclusive por estar excluída dela, mas que acaba sendo usada para manter a mesma norma. Ou melhor, O Louco como excluído da norma é o instrumento para a manutenção desta mesma norma. Que esta é a função da carta zero é certo, mas que esta é a função das pessoas que o meio social vem chamando de loucos cabe aqui problematizar.

O interesse por pesquisar a loucura pode ser remetido ao meu primeiro dia de aula na graduação em Psicologia. Nesta primeira aula do curso, o professor, provavelmente tentando ganhar o interesse dos alunos para o tema da aula, que era sobre psicanálise, e que certamente foi bem sucedido ao menos em relação a um aluno, falava dos mistérios do inconsciente e de como as realidades psíquicas, que subvertem inclusive a própria noção de realidade, são determinantes na vida humana. Assim, se todos têm sua própria realidade psíquica, então não faz muito sentido a diferenciação que muita gente diz existir entre os “normais” e os “loucos”, em que só estes últimos vivem em sua própria realidade. Durante a graduação, tive a oportunidade de estagiar num Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi – e desenvolver um trabalho de conclusão de curso no qual estudei a distinção entre fantasia e delírio. Contudo, só após ter feito Mestrado e Residência Multiprofissional

é que foi possível trabalhar num serviço de saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II.

Os relatos dos usuários do CAPS eram surpreendentes. Muitos já haviam sofrido diversos tipos de abusos ao longo dos anos (físico, moral, sexual), ou estavam em uma situação socioeconômica bastante precária, sendo que alguns já se encontravam em risco social, e outros se mostravam com muita vontade de trabalhar, mas não conseguiam trabalho. Havia ainda aqueles que sofriam por não conseguir se relacionar com ninguém e outros que eram claramente explorados nos relacionamentos amorosos que tinham ao longo da vida. Quando não iam ao CAPS, muitos usuários ou só ficavam dentro de suas casas ou, quando passeavam, geralmente era em atividades propiciadas por algum equipamento de saúde ou por seus familiares.

Em meio a isso, sempre me lembrava das vidas indignas de serem vividas, que Agamben (2010) fala a respeito do *homo sacer*, e ficava me perguntando se em pleno século XXI algumas pessoas eram colocadas neste lugar exclusivamente por apresentar sofrimento psíquico mais grave do que outras pessoas. O *homo sacer* seria aquele que foi abandonado a sua própria sorte, estando excluído de qualquer ordenamento jurídico. *Homo sacer* é a própria vida nua, sem direitos, sem qualidades, que nem como sacrifício serve, e por isso é simplesmente uma vida matável.

Mas o passar do tempo, a mudança de décadas, séculos, parece não significar que formas de opressão sejam superadas. Mesmo discursos de cidadania, fraternidade e protagonismo social parecem apenas compartilhar território com outros discursos mais valorados, como o da psiquiatria tradicional biomédica que diz o que o indivíduo é, inclusive pré-determinando no que conseguirá ou não fazer para o resto de suas vidas. Outro discurso bastante visto é o de algumas instituições religiosas que induz em seus membros a não procurar os profissionais da saúde mental, pois sua “cura” estaria sob o poder da entidade metafísica que estas mesmas instituições representam. Estes dois discursos, pelo que observei, eram os que mais atrapalhavam a vinculação dos usuários nas propostas terapêuticas do CAPS.

Tais discursos representam apenas uma característica fundamental do século XX, e que segue a todo vapor no XXI, dos discursos de poder terem se voltado sobre os corpos. Não é por acaso que na contemporaneidade, principalmente com o advento da medicina cosmética, dos meios de comunicação e de diagnósticos de massa, e do

saber dos ditos especialistas sobre cada um dos aspectos de como viver, amar, trabalhar, sofrer e morrer, existe um imperativo de normalização de um padrão de vida, ligado sempre a lógica econômica vigente, e que torna exceção quem não condiz com ela. Uma simples nomeação, um diagnóstico inclusive, pode separar quem são a norma e quem são a exceção. Esta última talvez seja o lugar daqueles que são diagnosticados como psicóticos, cujos alguns parecem ainda continuar mantidos às margens das atribuições cotidianas da vida humana.

Uma ordem da normalidade é instituída na circulação do dinheiro decorrente do consumo exacerbado de uns e da acumulação de capital por parte de outros (MIGLIOLI, 2004), em um processo no qual a instrumentalidade de cada um, o quanto cada um pode virar com seus corpos, suas mentes e seus sexos, é um meio a ser utilizado aos mais diversos fins. É numa leitura das sociedades contemporâneas bastante próxima destes autores que Bauman (2001) tece diversos textos sobre a liquidez das relações humanas e de como estas são descartáveis, num verdadeiro tempo e modernidade rarefeitos, com seus amores e medos líquidos. Se de um lado as incertezas predominam nos laços afetivos, na política e nos vínculos sociais, por outro lado, a ciência e as indústrias tentam trazer objetos nos quais as pessoas podem se agarrar, numa ilusão de segurança e felicidade, principalmente com a expansão da medicina cosmética e da psiquiatria descritiva. As duas oferecem, cada vez mais, uma diagnóstica extensiva e uma terapêutica objetiva e específica. Elas dão os critérios do normal e tentam patologizar quem se distingue destes.

Não é à toa que nos últimos anos do Século XX, e nos primeiros do XXI, uma palavra de ordem surge no panorama político: inclusão. Mas, tal imperativo é justamente a afirmação daquele que deveria ser sua negação: a exclusão. Só pode haver inclusão se, a priori, a exclusão já estiver posta. O que parece menos óbvio é o oposto. A palavra inclusão surge não só porque a exclusão já está posta, mas sim para legitimar a própria exclusão. É nomeando os inclusos, ou como se dá a inclusão, que aqueles que estão às margens desta nomeação podem ser categorizados de excluídos. Tais diagnósticas mostram para a sociedade os critérios de exclusão e inclusão, e para os excluídos, designam medicamentos e tratamentos necessários para sua inclusão. Mas este poder que a Medicina tem de dizer a verdade não é recente.

O semblante que a Medicina ostenta desde o século XIX é o da predição absoluta, antigo lugar da religião, só que mais poderosa, pois no imaginário popular, a medicina detém o poder sobre a vida e sobre a subjetividade, enquadrando e dissecando subjetivações para legitimar os critérios de validade e confiabilidade, ou seja, lendo todos os fenômenos sob as lentes da vida nua. Talvez seja por isso que muito tumulto foi feito quando Sloterdijk (2000) afirmou que o antigo ideal de polis grega deu lugar atualmente para um “parque humano”. O homem político, qualificado, a *bios politique*, só é agora incluída no assunto do dia, na norma, como vida nua, como zoé, vida sobre a mira do poder.

Dentre estas vidas na mira do poder, o psicótico certamente é uma delas. Psicótico, louco, oráculo, bruxo, possuído, degenerado, doente mental. Ao longo dos séculos, muitas foram as formas de nomear aqueles que apresentavam ações e falas incongruentes com a normalidade discursiva de sua época. Atualmente, a palavra “louco”, ou doente mental, vem sendo gradativamente substituída por pessoa com transtorno mental ou transtorno comportamental. O ganho na expressão “transtorno mental” parece estar diretamente relacionado à noção sinônima de sofrimento mental, além de outras, como a de comprometimento ou até de desvio do que deveria estar ocorrendo. Alguns manuais estatísticos tentam, às vezes exaustivamente, criar termos nosográficos para as diversas manifestações que são genericamente enquadradas no termo de transtorno mental.

Exemplo disso são a 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, publicada em 1992 pela Organização Mundial de Saúde, que é bastante utilizado por vários países, e a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM-V, publicada em 2013 pela Associação Americana de Psiquiatria, e que é bastante utilizado pelos profissionais de saúde mental nos Estados Unidos. Este último manual, conceitua o transtorno mental da seguinte forma:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional, ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como

a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 20).

Então, partindo da caracterização da sociedade contemporânea como marcada por espetáculos, simulacros e medicina normativa e cosmética, uma problemática toma forma: se a lógica midiática impõe no meio social um ideal de existência focada no eixo trabalho-consumo, e o discurso médico uma forma de comportamento e de vida saudável, que lugares sociais são destinados às pessoas que estruturalmente não são capturadas por estas lógicas, por estes discursos?

Investigar o lugar social designado às pessoas diagnosticadas com psicose, principalmente àqueles que já residiram em hospitais psiquiátricos, parece ser de fundamental importância e torna-se foco desta tese, cuja hipótese é: mesmo com a proliferação de discursos sobre direito humanos, qualidade de vida e saúde mental, o lugar social das pessoas diagnosticadas com psicose no Brasil, principalmente em suas interações cotidianas, é análogo ao lugar social que o poder soberano destina ao homo sacer.

Para poder comprovar esta hipótese, alguns caminhos foram escolhidos: o primeiro foi estudar a pesquisa de Agamben sobre homo sacer e a teoria psicanalítica da psicose, mas não de forma exaustiva, e sim recortando possíveis contribuições. Estas noções subsidiam toda discussão que vai dos primeiros entendimentos sobre loucura, atravessando o ideal de eugenia, até desembocar na reforma psiquiátrica e no Serviço de Residência Terapêutica – SRT – como contraponto à política manicomial.

Outro caminho tomado, em acréscimo ao anterior, foi entrevistar algumas pessoas: as primeiras pessoas entrevistadas foram os moradores de SRT, que são pessoas egressas de longos períodos de permanência em hospitais psiquiátricos, que geralmente perderam seus vínculos familiares, seja por não saberem onde se encontram, ou por seus familiares não poderem ou não quererem mais se responsabilizar por seus cuidados. Os moradores do SRT entrevistados têm nosologia relativa à psicose, como transtornos esquizofrênicos ou paranoicos, e o motivo da conversa foi saber como eles se sentem em relação ao seu pertencimento social.

Também foram entrevistadas as pessoas que parecem estar mais próximas dos moradores do SRT, ou seja, os cuidadores da residência terapêutica, já que seu trabalho é auxiliar os moradores nos cuidados da casa, e por isto mesmo conseguem observar como os moradores vivem e são tratados nas suas interações sociais do dia-a-dia. Por último, entrevistou-se técnicos de nível superior que se dedicam a trabalhar na saúde mental, pois eles estão na posição de articular conhecimentos da saúde mental com a prática decorrente do contato com os usuários dos serviços que atendem.

Desta forma, a metodologia escolhida baseia-se numa pesquisa qualitativa, com o uso de entrevista semiestruturada e de diários de campo. Os participantes foram divididos em três perfis: moradores do SRT que são egressos de períodos de longa internação em hospitais psiquiátricos, com nosologia relativa à psicose; cuidadores do SRT; técnicos de nível superior que atuam na área da saúde mental. A análise das entrevistas foi inspirada na análise de conteúdo.

1. 1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Identificar e analisar se o lugar social destinado pela sociedade brasileira às pessoas que possuem diagnósticos relativos à psicose é semelhante àquele que o poder soberano destina ao homo sacer.

1.1.2 Objetivos específicos

- Pesquisar sobre os lugares sociais que foram destinados aos loucos na história, com foco no Brasil;
- Estudar a valoração social na contemporaneidade, partindo-se das caracterizações da sociedade do espetáculo e de uma cultura de massa emersas em simulacros;

- Refletir sobre alguns mecanismos de poder social, principalmente aqueles relacionados à dialética do poder soberano e do homo sacer;
- Observar o lugar social que técnicos e cuidadores de residências terapêuticas destinam às pessoas com psicose;
- Averiguar que sentimentos e elaborações as pessoas com psicose têm sobre seu pertencimento social.
- Analisar se o psicótico vem ocupando lugar de homo sacer na sociedade brasileira.

*Era, verdadeiramente, um semeador de espanto.
Sua presença dava uma cor fantástica às coisas
mais simples; quando sua mão tocava um objeto
este parecia ingressar no mundo dos sonhos...*

*Ninguém nunca lhe perguntou qual era sua
doença nem porque não se cuidava. Vivia sempre
andando, sem parar, dia e noite. Ninguém nunca
soube onde ficava sua casa, ninguém conheceu
os pais ou irmãos dele. Apareceu um dia na
cidade e, alguns anos depois, num outro dia,
desapareceu.*

(PAPINI, 2013, p. 334)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta pesquisa foi esquematizado em duas partes: na primeira parte são discutidas as principais características da noção de homo sacer de Agamben que têm impacto direto neste estudo, bem como tais contribuições caracterizam a sociedade contemporânea; na segunda parte, tenta-se pensar se a psicose tem aproximações lógicas com aquilo que foi estudado sobre o homo sacer, seja a psicose como noção teórica psicanalítica, seja a psicose entendida como loucura e suas formas históricas de inserção social.

2.1 PARTE UM: DA TETRALOGIA HOMO SACER AO DISCURSO TOTALITÁRIO

Se a coruja de Minerva só alça voo à noite, é apenas no século seguinte que podemos falar do seu antecessor: o século XX foi marcado pela importância do olhar e da vigilância como forma de exercer poder sobre a vida dos seres humanos. O controle dos corpos se tornou muito mais desejável do que o controle sobre os territórios (FOUCAULT, 2008). Para se controlar os corpos, foram construídos diversos dispositivos e práticas institucionais com o objetivo de deixar os corpos dóceis para que pudessem ser governados mais facilmente (FOUCAULT, 2014). Não foi ao acaso que uma das características do extermínio de milhares de judeus foi justamente sua falta de resistência ao serem presos e levados aos campos de concentração. Provavelmente isso ocorreu por que, até àquela altura da história da humanidade, os acontecimentos nos campos de concentração da Alemanha eram inimagináveis para sua população. O regime nazista e a Segunda Guerra Mundial certamente redefiniram o conceito de homem, reintroduzindo de forma permanente no imaginário social a sua possibilidade de, a qualquer momento, por qualquer motivo, ser um corpo simplesmente matável.

Vários pensadores importantes do século XX estudaram o ocorrido na Segunda Guerra Mundial, e, desses, esta pesquisa centra-se nos estudos de Agamben, um importante pensador contemporâneo que tomou emprestado noções importantes de Aristóteles, como a de vida (ARISTOTELES, 2000), de Arendt, sobre

o totalitarismo (ARENDT, 1989), de Benjamin, sobre estado de exceção (BENJAMIN, 1994), e de Foucault, como a de biopoder (FOUCAULT, 2008), para construir sua teoria sobre o homo sacer.

2.1.1 Tetralogia homo sacer I: o poder sobre a vida e a vida sem poder

Em 1995, o filósofo e jurista italiano Giorgio Agamben publica seu livro intitulado “Homo sacer: o poder soberano e a vida nua” (AGAMBEN, 2010). O Livro fez muito alvoroço dentro e fora da Europa, não apenas por retomar as problemáticas advindas do nazismo, mas por se mostrar como nova ferramenta para trabalhar e pensar a forma como os Estados Unidos tratam o resto do mundo. Poucos anos depois, Agamben declarou que seu estudo sobre o homo sacer seria constituído por uma trilogia. O que foi recebido com certa surpresa, mas também ânimo, pois Agamben ainda teria mais a dizer sobre este assunto. Mas seus estudos sobre o homo sacer se mostraram tão fecundos e com imbricações outras, ocupando tanto os pensamentos e a linha de trabalho de Agamben, ao ponto de até o momento em que este texto está sendo escrito, homo sacer já é uma tetralogia composta de nove livros: o volume um é composto por um livro; o volume dois por cinco livros; o volume três por um livro; e o volume quatro por dois livros.

Como não é o objetivo desta pesquisa dar conta de todo assunto sobre o homo sacer, mas sim de usá-lo como lente de leitura para poder pensar a inclusão, ou melhor, a exclusão do psicótico no meio social, está em discussão aqui apenas os pontos mais relevantes para este estudo de sua tetralogia. Tais contribuições foram extraídas dos seguintes livros: Homo sacer: o poder soberano e a vida nua (homo sacer I, livro único), Estado de exceção (homo sacer II, livro 1), O reino e a glória (homo sacer II, livro 4), Opus dei (homo sacer II, livro 5), O que resta de Auschwitz (homo sacer III, livro único), Altíssima pobreza (homo sacer IV, livro 1) e O uso dos corpos (homo sacer IV, livro 2).

No início de seu primeiro livro, Agamben introduz sua noção sobre o homo sacer recorrendo à etimologia grega da palavra vida e ao uso jurídico romano da palavra sacer:

Os gregos não possuíam um termo único para exprimir o que nós queremos dizer com a palavra vida. Serviam-se de dois termos, semântica e morfológicamente distintos, ainda que reportáveis a um étimo comum: *zoé*, que exprimia o simples fato de viver comum a todos os seres vivos (animais, homens e deuses) e *bíos*, que indicava a forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo. (AGAMBEN, 2010, p. 9).

a especificidade do *homo sacer*: a impunidade da sua morte e o veto do sacrifício. No interior daquilo que sabemos do ordenamento jurídico e religioso romano (tanto do *ius divinum* quanto do *ius humanum*), os dois traços parecem, com efeito, dificilmente compatíveis: se o *homo sacer* era impuro (Fowler: tabu) ou propriedade dos deuses (Kerényi), por que então qualquer um podia matá-lo sem contaminar-se ou cometer sacrilégio? E se, por outro lado, ele era na realidade a vítima de um sacrifício arcaico ou um condenado à morte, por que não era *fas* levá-lo à morte nas formas prescritas? O que é, então, a vida do *homo sacer*, se ela se situa no cruzamento entre uma matabilidade e uma insacriticabilidade, fora tanto do direito humano quanto daquele divino? (AGAMBEN, 2010, p. 76).

A lógica do *homo sacer* está na destituição da *bíos* em *zoé* e, consecutivamente, na sua exclusão de qualquer ordenamento jurídico. É a partir do pensamento de Foucault que Agamben descampa seu caminho: o final da Idade Média é o marco da vida natural começar a interessar aos governos, sendo incluída em seus cálculos e mecanismos de poder. Este é o momento em que a política se torna biopolítica (FOUCAULT, 2008).

Esta transformação em biopolítica tem efeitos amplos sobre as nações. A riqueza das nações deixa de ser considerada única e exclusivamente devido ao tamanho e as qualidades de seus territórios para se debruçar sobre a sua população, e ao controle dela. Proteger a vida e autorizar o holocausto passa a ser problema dos governos. O novo biopoder passa a efetuar o controle disciplinar por meio de diversas tecnologias que tornam os corpos dóceis necessários para se atingir seus fins, deslocando, e destruindo, a importância do espaço público, seu contraponto legítimo e único lugar capaz de resistência ao poder dos governos soberanos: “Pode-se dizer, aliás, que a produção de um corpo biopolítico seja a contribuição original do poder soberano” (AGAMBEN, 2010, p. 14).

Para a produção deste corpo biopolítico, os estados modernos usam uma lógica específica presente no texto de Aristóteles, e que Agamben considera exemplar na tradição política do Ocidente, de que a meta da comunidade e da polis é “nascida em vista do viver, mas existente essencialmente em vista do viver bem” (AGAMBEN,

2010, p. 10). É usando esta lógica que os estados modernos interferem no viver, na vida nua, na *zoé*, justificando suas ações por estar tentando alcançar a meta do bem viver, da vida qualificada, da *bíos*. Ao se valer da classificação de vidas qualificadas, e que é meta para o desenvolvimento de determinadas comunidades ou nações, já se parte do pressuposto de que existem vidas que não são qualificadas, ou que não possuem as qualidades desejadas.

Para existir o ordenamento jurídico da polis, a vida nua deve ser controlada até estar apta como vida qualificada: “A vida nua tem, na política ocidental, este singular privilégio de ser aquilo sobre cuja exclusão se funda a cidade dos homens” (AGAMBEN, 2010, p. 15). Todas as formações grupais parecem só serem passíveis de aglutinação e inclusões de pessoas na medida em que excluem outras pessoas. A vida torna-se o único valor das nações, e as inclusões e exclusões são câmbios de poder. Nisto, a soberania se constitui fundamentalmente.

O paradoxo da sacralidade do homem sacer é de estar incluído na norma jurídica por estar excluído desta. Isto vai desembocar em outra figura, a do soberano, e na existência do poder soberano, sendo o outro lado da mesma moeda em que se encontra o homem sacer, pois é mais um que ao mesmo tempo está dentro e fora da lei, estabelecendo o normal e anormal, a regra jurídica e a exceção à lei. O soberano é aquele que decide sobre o estado de exceção no qual certos homens são transformados em homo sacer.

Desta forma, o soberano detém o “monopólio da decisão última” (SCHMITT apud AGAMBEN, 2010, p. 23), ou seja, é ele que diz se, de fato, tal situação será considerada normal. O soberano cria e garante certa ordem para que a norma e o ordenamento jurídico possam se estabelecer. É por ter o monopólio da decisão última, que o soberano pode suspender o próprio ordenamento jurídico, instaurando a exceção, instaurando o que está excluído da norma geral.

Assim, a exceção não é o que não tem nenhuma relação com a norma, mas aquilo que se relaciona na norma, que se mantém incluída na norma, quando esta a exclui: “A norma se aplica à exceção desaplicando-se, retirando-se desta. [...] Neste sentido, a exceção é verdadeiramente, segundo o étimo, capturada fora (*ex-capere*) e não simplesmente excluída” (AGAMBEN, 2010, p. 24). Deste ponto, Agamben nomeia como “relação de exceção a esta forma extrema da relação que inclui alguma

coisa unicamente através de sua exclusão.” (AGAMBEN, 2010, p. 25). É a esse significado de exceção que nos referenciamos neste estudo.

É muito interessante que embora este primeiro livro sobre o homo sacer trate do poder soberano, e que Agamben (2010) já traga uma discussão inicial sobre a exceção, sendo que mais tarde irá se aprofundar quando falar sobre o estado de exceção, ele de cara já diz que a exceção não advém do poder soberano. E a justificativa que ele dá sobre isto é, na verdade, uma lógica simples, pois para existir a exceção é preciso haver uma regra ou uma norma par a par. Sem essa regra, ou norma, não existiriam exceções. Já no que é da ordem do poder soberano, não existem regras ou normas pré-estabelecidas, pois o poder soberano cria ou acaba com direitos quando bem quiser. Afinal de contas, se existissem regras ou normas às quais o poder soberano prestasse contas, ou devesse seguir, este não seria tão soberano assim. Parodiando uma expressão psicanalítica conhecida, não existe soberano do soberano.

Será, então, no estado jurídico de direito que Agamben (2010) situará a exceção. Um rápido exemplo de como funciona a exceção no estado de direito é o dos eleitores. As pessoas ao nascerem, ou quando recebem seus nomes, são apresentadas a sua nação, ou melhor, passam a pertencer à nação. Ao se tornarem eleitores, se elas moram num estado democrático e representativo, passam a escolher seus representantes no poder, e por isso elas passam a ser representadas, mesmo que de forma indireta. A isso, Agamben (2010), diz que tais pessoas, agora eleitores, estão incluídas na nação. Os eleitores são aquelas pessoas que pertencem a uma nação e estão incluídas nela. Desta forma os eleitores devem ser considerados a norma. Já aquelas pessoas que pertencem a nação sem poderem votar, e assim sem ser representadas no poder, são os casos singulares. Já a exceção, para Agamben (2010), se encontra na radicalidade dos casos singulares. A exceção é a singularidade que jamais poderá ser representada, ou seja, é o irrepresentável. E veremos o peso disso quando estudarmos o que Agamben (2008) entende por “mulçumanos”.

Mas, voltando ao exemplo dos eleitores como a norma, pois são representados, e a exceção é a singularidade irrepresentável, a simples singularidade poderíamos dizer que é aquela que naquele momento não é representada, ou seja, poderíamos pensar nos idosos não votantes e nas crianças. Mas a quem poderíamos supor ocupar este lugar de para sempre excluído de qualquer representação?

Agamben não responde, inclusive passa rapidamente sobre este exemplo, mas em nosso estudo localizamos o psicótico. E a isto voltaremos futuramente em nosso estudo.

Resumindo, o que é da ordem do sacer diz respeito a um evento bem particular de uma vida que acaba sendo abandonada à sorte dos deuses. Tal evento indicaria que, fora de um ordenamento jurídico de deixar viver, ou obrigar a morrer, alguém estaria largado à própria sorte, podendo ser alvo de qualquer coisa ou de qualquer um, podendo inclusive ser morto sem que isso acarretasse consequências jurídicas ou sobrenaturais para quem o fizesse; mas que, contudo, sem que ninguém tivesse ordenado sua morte, incluso aí a norma de que tal vida não poderia sequer ser usada como sacrifício. Estas vidas desqualificadas e excluídas do ordenamento jurídico são as vidas indignas de serem vividas.

Como Agamben continua os trabalhos iniciados em Benjamin, Foucault e Arendt, seus estudos sobre o homo sacer também perpassam a noção de estado de exceção. Para Agamben (2010) os estados de exceção são a característica dos governos ocidentais bem antes do século XX, e não um infortúnio ocasional ocorrido na Segunda Guerra Mundial com o totalitarismo. O totalitarismo foi sua radicalidade, mas em nenhum momento foi o início dos estados de exceção, e muito menos seu fim:

A contiguidade entre democracia de massa e Estados totalitários não tem, contudo, a forma de uma imprevista reviravolta: antes de emergir impetuosamente à luz do nosso século [século XX], o rio da biopolítica, que arrasta consigo a vida do *homo sacer*, corre de modo subterrâneo, mas contínuo. (AGAMBEN, 2010, p. 118).

O próximo livro da série homo sacer é inteiramente dedicado a essa discussão sobre os estados de exceção.

2.1.2 Tetralogia homo sacer II: a exceção, a economia e o ofício como estratégias de governo

Agamben inicia a primeira parte do segundo volume de sua série sobre o homo sacer, “O estado de exceção” (2004), argumentando que o estado de exceção deve ser considerado não apenas como algo ocasional nos governos, mas que ele é em si o próprio paradigma de governo. Esta aceção parece ser contra intuitiva, já que geralmente é entendido que o estado de exceção ocorre apenas quando há um desequilíbrio entre o que é o direito público e o fato político.

Por isto, os estados de exceção são compreendidos apenas como eventos políticos, e nunca como jurídico-constitucional, já que seus exemplos mais comuns são os estados de sítio, a insurreição e a guerra. Retomar esta discussão em seu segundo livro é, para Agamben (2004), afirmar que o estado de exceção está como possibilidade dentro do ordenamento jurídico. E o maior exemplo no século XX do estado de exceção dentro do ordenamento jurídico foi o totalitarismo nazista:

No decorrer do século XX, pôde-se assistir a um fenômeno paradoxal que foi definido como uma “guerra civil legal”. Tome-se o caso do Estado nazista. Logo que tomou o poder (ou, como talvez se devesse dizer de modo mais exato, mal o poder lhe foi entregue), Hitler promulgou, no dia 28 de fevereiro, o *Decreto para a proteção do povo e do Estado*, que suspendia os artigos da Constituição de Weimar relativos às liberdades individuais. O decreto nunca foi revogado, de modo que todo o Terceiro Reich pode ser considerado, do ponto de vista jurídico, como um estado de exceção que durou 12 anos. (AGAMBEN, 2004, p. 12-13).

Dizer, neste caso, se tratar de um estado de exceção é apenas uma forma de legalizar uma guerra civil capaz da eliminação física de quaisquer pessoas que o governo queira, sem precisar justificar suas ações a ninguém. Esta figura de um soberano que não é rei mas que desfruta do poder de um, torna-se o fantasma latente que está a todo momento querendo se tornar manifesto nos governos contemporâneos. Se foi Schmitt que deixou visível a relação entre o estado de exceção e uma forma própria de governo, o governo soberano, como visto no primeiro livro de Agamben(2010) sobre o homo sacer, em seu segundo livro, Agamben vai desenvolver a tese benjaminiana de que nenhum preço é demasiado grande o bastante a ser pago pela democracia, mesmo se este preço for a própria democracia. Para mostrar isto, Agamben (2004) faz uma pequena história do estado de exceção.

Agamben (2004) afirma que a ideia de um estado de exceção começa a surgir no imaginário europeu já a partir do século XVII, quando, na França, já existia a

possibilidade de uma suspensão de sua constituição. A ideia de estado de sítio tomam relevo na Assembleia Constituinte da França em 1791, na Lei do Diretório de 1797 e no decreto napoleônico de 1811. Até que, em sua Constituição de 1848, introduziu-se um artigo legitimando o estado de sítio e estabelecendo que uma lei especificaria suas ocasiões, formas e efeitos. Napoleão III recorreu diversas vezes a esta lei, e seu estado de exceção durou, na França, quarenta anos. Contudo, a ideia de se declarar um estado de exceção que suspende os direitos constitucionais e dá plenos poderes ao chefe do executivo não apenas continuou no imaginário da política francesa, mas se alastrou pela Europa, e a Primeira Guerra Mundial foi o evento em que um estado de exceção permanente se deu na maior parte dos países em guerra.

Logo que começou a Primeira Guerra, o governo inglês solicitou ao Parlamento a aprovação de diversas medidas emergenciais que foram aprovadas sem haver as discussões necessárias. Assim, vários dispositivos foram implementados na Inglaterra para fortalecer seu estado de exceção, sendo adotado, relativamente parecida com o estado de sítio francês, a lei marcial – “*martial law*” (AGAMBEN, 2004, p. 33). A lei marcial, que foi designada para exclusivamente dar conta dos atos necessários para defender o país em guerra, acabava desencadeando graves consequências para os civis estrangeiros no país. Mas, a mais importante das medidas tomadas pela Inglaterra foi:

O *Defense of Realm Act* de 4 de agosto de 1914, conhecido como DORA, que não só conferia ao governo poderes muito amplos para regular a economia de guerra, mas também previa graves limitações dos direitos fundamentais dos cidadãos (em particular, a competência dos tribunais militares para julgar os civis). Como na França, a atividade do Parlamento teve um eclipse significativo durante todo o período de guerra. (AGAMBEN, 2004, p. 33-34).

Contudo, Agamben(2004) não se limita a usar exemplos de guerra como os únicos momentos de surgimento dos estados de exceção, trazendo também exemplos de estados de exceção surgidos para dar conta de crises financeiras. Na Europa, seus maiores exemplos são a França de 1924, onde o governo de Poincaré pediu e a ele foram concedidos plenos poderes em matéria financeira, e a Inglaterra de 1920, em que a aprovação do *Emergency Powers Act* foi feito para dar conta de diversas greves e tensões sociais pelo país, que conferia “ao executivo ‘todo o poder

necessário para a manutenção da ordem', introduzindo tribunais especiais (*courts of summary jurisdiction*) para os transgressores da lei." (AGAMBEN, 2004, p. 34).

Mas Agamben (2004) talvez tenha julgado que trazer estes exemplos da França e da Inglaterra não seria suficiente para poder afirmar que o estado de exceção pode surgir independentemente se aquele país está ou não em guerra, já que, embora tais países tenham decretado estado de exceção sem estar em guerra naquele momento, muitos poderiam afirmar que foram consequências da guerra. Para superar isto, Agamben traz o exemplo da Suíça em 1914.

Sendo um dos poucos países europeus a não se envolver na Primeira Guerra, a Suíça aparentemente não teria motivos para estabelecer um estado de exceção. Contudo, não foi isto que ocorreu, já que a Assembleia Federal suíça conferiu em 3 de agosto de 1914 poderes ilimitados ao Conselho Federal para que pudesse tomar quaisquer medidas necessárias para garantir a segurança da Suíça e sua neutralidade na guerra. Tal ocasião parece ser emblemática para Agamben, já que fica claro que qualquer justificativa pode ser usada para a instalação de um estado de exceção, até mesmo em países que detinham a fama de ser amplamente democráticos, como a Suíça:

Com quase trinta anos de avanço em relação aos teóricos da ditadura constitucional, a tenacidade dos juristas suíços – que tentaram, na ocasião, deduzir (como Waldkirch e Burckhardt) a legitimidade do estado de exceção no próprio texto da constituição (segundo o art. 2, “a Constituição tem por objetivo assegurar a independência da pátria contra o estrangeiro e manter a ordem e a tranquilidade em seu interior”) ou tentaram fundá-la (como Hoerni e Fleiner) sobre um direito de necessidade “inerente à existência mesma do Estado”, ou ainda (como His), sobre uma lacuna do direito que deve ser preenchida por disposições excepcionais – mostra que a teoria do estado de exceção não é de modo algum patrimônio exclusivo da tradição antidemocrática. (AGAMBEN, 2004, p. 30).

Fora da Europa, Agamben(2004) também comenta como a questão do estado de exceção está presente na política dos Estados Unidos. Para ele, a constituição norte-americana abre brechas para a existência de um estado de exceção, contudo sem especificar quem pode convocar. Assim, embora pareça ser um entendimento comum nos Estados Unidos de que o Congresso é quem deve poder suspender os direitos civis, enquanto que é na figura do presidente que se deve incumbir o

comando-chefe do exército e da frota do país, na própria história dos Estados Unidos isso já ocorreu de outra maneira.

É da Guerra Civil ocorrida nos Estados Unidos de 1861 a 1865 que Agamben (2004) vai falar para demonstrar como o que é da lógica do estado de exceção não está contida em qualquer constituição, a de que o estado de exceção sobrepuja e redefine o ordenamento jurídico que a constituição normalmente cria. Assim, a partir do dia 15 de abril de 1861, o até então presidente Lincoln decretou várias medidas provisórias ignorando o Congresso. Entre estas medidas estão o recrutamento de setenta e cinco mil homens para compor o exército que lutaria na Guerra Civil, a suspensão do direito do habeas corpus, a censura sobre o correio e autorização de prisão e detenção em cárceres militares de pessoas suspeitas de deslealdade e traição.

Na emblemática reunião do 4 de julho, Agamben (2004) comenta que Lincoln justificou abertamente perante o Congresso sua violação da constituição justificando suas ações como sendo necessárias para que a união e seu ordenamento jurídico não acabassem. Ou seja, a justificativa do presidente então, detentor do poder soberano, é de que ele ignorou todas as leis do país para que o próprio país e suas leis pudessem continuar existindo. E, ainda completou seu discurso, dizendo que ele tinha certeza que o Congresso ratificaria suas ações.

O Congresso, mesmo sabendo da transgressão constitucional de Lincoln, mas por não ter outra saída perante aquele contexto, acabou retificando seus atos. Fortalecido em sua posição como poder soberano, em 1862 Lincoln, ignorando novamente o Congresso, proclamou a libertação dos escravos e estendeu o estado de exceção para todo o país dos Estados Unidos, autorizando prisão e julgamento no tribunal marcial de todos aqueles que fossem insurgentes ao regime imposto ou se pusesse contrário ao alistamento militar. Desta forma, o “presidente dos Estados Unidos era agora o detentor da decisão soberana sobre o estado de exceção” (AGAMBEN, 2004, p. 36).

Ainda sobre os Estados Unidos, mas comentando um assunto mais recente, Agamben (2004) comenta que após os acontecimentos do dia 11 de setembro, o então presidente Bush chamou a si mesmo de comandante-chefe do exército, referência imediata ao estado de exceção, e diversas medidas que extinguiriam direitos, principalmente dos imigrantes, foram tomadas a partir disso.

Agamben (2004) traz estes casos especificamente pelos Estados Unidos ser considerado por muitos como o país mais democrático do mundo, mostrando que, em todas as democracias ocidentais, “a declaração do estado de exceção é progressivamente substituída por uma generalização sem precedentes do paradigma de segurança como técnica normal de governo” (AGAMBEN, 2004, p. 27-28). Ou seja, a ordem pode ser usada como justificativa para ignorar quaisquer ordens anteriores, até mesmo o ordenamento jurídico constituído.

Sobre o ordenamento jurídico, algumas tradições jurídicas dizem que o estado de exceção já está integrado a este, sendo um direito subjetivo do próprio ordenamento, para garantir sua conservação; enquanto outras tradições dizem que são coisas distintas, pois o estado de exceção seria um fenômeno político, extrajurídico. Mas Agamben (2004) parece concordar com uma outra vertente, a que vincula o estado de exceção com o conceito de necessidade:

Segundo o adágio latino muito repetido [...], *necessitas legem non habet*, ou seja, a necessidade não tem lei, o que deve ser entendido em dois sentidos opostos: “a necessidade não reconhece nenhuma lei” e “a necessidade cria sua própria lei” (*nécessité fait loi*). (AGAMBEN, 2004, p. 40).

Assim, a ideia da necessidade não ter lei justifica as ações realizadas contra as regras caso haja necessidade delas. A necessidade, além de criar o que é lícito e o que é ilícito, é o que impele à transgressão e à exceção. Em sua Súmula Teológica, Tomás de Aquino, citado por Agamben, justifica tal ideia: “a própria necessidade traz consigo a dispensa, porque a necessidade não está sujeita à lei” (AQUINO apud AGAMBEN, 2004, p. 41). A necessidade deixa de definir apenas os casos em que a lei perde sua força de obrigação, e passa a ser o próprio fundamento último e fonte da lei. Mas,

o recurso à necessidade implica uma avaliação moral ou política (ou, de toda forma, extrajurídica) pela qual se julga a ordem jurídica e se considera que é digna de ser conservada e fortalecida, ainda que à custa de sua eventual violação. (AGAMBEN, 2004, p. 47).

Assim, o estado de exceção é a uma lacuna no ordenamento jurídico que serve para lhe garantir a existência, uma área que, para a lei permanecer em vigor,

estabelecida e aplicada, a própria lei permanece suspensa. Embora a lei permaneça suspensa no estado de exceção, sua força, por outro lado, permanece ativa. É por isto que Agamben (2004, p. 61) insiste que no estado de exceção está presente “uma força de lei sem lei”. Desta forma, o estado de exceção marca “um patamar onde lógica e práxis se indeterminam e onde uma pura violência sem logos pretende realizar um enunciado sem nenhuma referência real” (AGAMBEN, 2004, p. 63).

Sabendo que a ideia do estado de exceção não surgiu dentro do estado soberano, Agamben vai pensar como tal ideia pôde surgir no estado de direito, e para isto ele vai atrás da noção do direito romano antigo *iustitium*. Na Idade Clássica, se a República corria perigo, o Senado romano solicitava a algumas classes sociais que tomassem quaisquer medidas necessárias para protegê-la.

Quanto maior o perigo, a mais classes sociais o Senado realizava tais solicitações, começando pelos cônsules e chegando até os cidadãos. Antes de realizar tal solicitação, primeiro era necessário ser decretado o *tumultus*, decreto que declarava que Roma estava em situação de emergência, como guerra, insurreição etc. Ao ser declarado o *tumultus* em Roma, geralmente era proclamado o *iustitium*, que é o “arquétipo do moderno *Ausnahmezustand*” (AGAMBEN, 2004, p. 67), ou estado de emergência.

O termo *iustitium* significa “interrupção, suspensão do direito” (AGAMBEN, 2004, p. 68), e faz remeter um período de tempo no qual o direito não está em vigor. Este período sem lei era necessário para que os cidadãos pudessem sem pudor, medo ou relutância, fazer o que fosse necessário para garantir a segurança da República, situação essa que o direito não conseguia mais garantir, e por isto o *iustitium* não poderia ocorrer antes de ser decretado o estado de emergência, antes de ser decretado o *tumultus*. Já que o direito, naquela situação de emergência, não estava sendo mais útil, então era suspenso para não atrapalhar. O *iustitium* era, assim, um mal romano necessário.

É através deste dispositivo da Idade Clássica romana que Agamben (2004) afirma que é um engano pensar que os governos atuais possam ser classificados simplesmente como ditaduras ou democracias. Para explicar melhor isto, Agamben traz os casos da Alemanha nazista e da Itália Fascista, ambas classificadas por muitos acadêmicos como ditaduras. Para Agamben (2004), nem Hitler e nem Mussolini eram ditadores. Primeiro porque ambos foram investidos de poder pelos líderes políticos de

cada país, este era chefe do governo legalmente investido pelo rei, aquele era chanceler do Reich. Mas, o que mais descaracteriza seus governos como ditadura, era que nenhuma nova constituição, ou ordenamento jurídico, foi instaurada substituindo a anterior. Na verdade, uma outra estrutura jurídica foi até criada e implementada, mas esta nova estrutura jurídica existiu par a par com o ordenamento jurídico já existente nos países. Só que este ordenamento jurídico mais velho estava em *iustitium*, estava suspenso por um período de tempo até a situação que foi decretada como sendo de emergência fosse superada.

E talvez aqui esteja um grande mérito, e também perigo, que o fantasma do *iustitium* traz como estado de exceção na modernidade: a capacidade que um novo ordenamento jurídico possa ser constituído sem ser necessário a disputa do poder constituinte. Na teoria tem-se um ordenamento constituído, mas na prática segue-se outra coisa.

Assim, sua pesquisa genealógica sobre o *iustitium* faz com que Agamben (2004) formule os seguintes resultados: que o estado de exceção não é uma ditadura, mas um espaço de tempo onde o ordenamento jurídico instituído está suspenso; que esta suspensão da ordem jurídica é essencial para a própria sobrevivência da ordem jurídica; que o problema da suspensão do direito advém dos atos cometidos durante tal suspensão, já que quaisquer atos podem ser realizados sem estar contra a lei; que mesmo que a lei esteja suspensa, os atos tomados no estado de exceção tem força de lei.

Embora o estado de exceção seja necessário à própria ordem jurídica ocasionalmente, seu excesso é nocivo para o povo e para o próprio estado: “Quando a exceção se torna a regra, a máquina não pode mais funcionar” (AGAMBEN, 2004, p. 91). Quando a exceção se torna a regra, existe um total desaparecimento do elo ficcional entre direito e violência, e toda ação humana é uma ação puramente violenta, sem quaisquer roupagens jurídicas. Em suma, a civilização retorna a sua barbárie.

Finalizando seu estudo sobre o estado de exceção, Agamben (2004) comenta o conceito do *auctoritas*. *Auctoritas* em nossa língua parece trazer características das palavras autoria e autoridade, pois em autoria indica um pertencimento, uma propriedade, enquanto que em autoridade se confere validade a um ato tomado. *Auctoritas*, poderíamos conceituar, como algo que valida um ato tomado por um dependente ou tutelado – o *potestas*. A *auctoritas* seria, então, um “poder que

suspende ou reativa o direito, mesmo sem ter vigência formal como direito” (AGAMBEN, 2004, p. 121). Mussolini e Hitler são os grandes exemplos do *auctoritas*, pois não tinha cargos públicos constitucionalmente legais, suas funções estavam ligadas intrinsecamente a suas autoridades perante o povo, e eles validavam ou suspendiam a *potestas*, as ações do povo.

Já no livro “O reino e a glória”, Agamben (2011, p. 9) investiga “os motivos pelos quais o poder foi assumindo no Ocidente a forma de uma *oikonomia*, ou seja, de um governo dos homens”. Assim, Agamben afirma seguir os estudos de Foucault sobre a genealogia da governamentalidade que é remetido aos primeiros séculos da teologia cristã. A *oikonomia* é localizada por Agamben na origem da doutrina cristã sobre a forma da trindade.

Dois paradigmas fundamentais podem ser encontrados na teologia cristã: a teologia política, fundamentada na ideia de um único poder soberano, e a teologia econômica, fundamentada na vida, seja humana ou divina, identificada na trindade do Pai, do Filho e do Espírito Santo. Enquanto do primeiro paradigma deriva a teoria moderna da soberania, do segundo, deriva a própria noção moderna de biopolítica. É nos estudos da teologia econômica que Agamben segue sua investigação. Primeiramente, ele traduz *oikonomia* por “administração da casa” (AGAMBEN, 2004, p. 31), e que “casa”, para os gregos clássicos, tem significado diferente do que significa casa na modernidade. Enquanto nesta tem um significado de casa unifamiliar, naquela é um organismo complexo que se entrelaçam relações “gâmicas” (marido-mulher), paternas (pais-filhos) e despóticas (senhor-escravo). O que une esta última concepção de casa não é um sistema de normas, mas um esquema gerencial.

A teologia cristã herda este ideal de *oikonomia*. Por isto, na medida em que o apóstolo Paulo tem uma missão confiada por Deus, ele recebeu uma *oikonomia*. Paulo não age como se seguisse um sistema de normas, age como se fosse um gerente ou um administrador dos planos de Deus. Paulo é um *oikonomos*, um “administrador encarregado” (AGAMBEN, 2011, p. 36). Mas, como não se pode existir administrador do nada, ou de ninguém, a tarefa essencial de Paulo é não apenas anunciar que o messias surgiu, mas o de encontrar fieis que aceitassem que o messias surgiu. Em resumo, parece que todos aqueles que se ocupam das missões de Deus fazem parte de uma *oikonomia*, que todos estes se tornam *oikonomos*, inclusive o próprio Jesus Cristo era conhecido por uns como “o homem da *oikonomia*” (AGAMBEN, 2011, p.

37). A *oikonomia*, na teologia cristã, é o meio para a realização dos misteriosos planos de Deus para o homem, ou sucintamente, a *oikonomia* é o meio para a realização dos mistérios de Deus.

Agamben conduz esta discussão da *oikonomia* cristã para fazer uma separação ontológica dos homens cristãos dos homens não cristãos. A assertiva do homem enquanto ser político só é verdadeira àqueles fora da comunidade cristã, pois, para Agamben (2011, p. 38), os cristãos são “os primeiros homens integralmente ‘econômicos’”. Inclusive é por isto que os membros da comunidade cristã se reconhecem como pertencentes à casa de Deus (*oikos theou*), e não à cidade de Deus (*polis theou*).

A existência da igreja, então, está calcada na economia da família de Deus, da casa de Deus, e não na disputa política. Pode-se pensar em três tipos de pessoas que compõem a economia da casa de Deus: primeiro, há aqueles que estão incluídos na descendência descrita na bíblia: “Jesus, o Cristo, foi concebido por Maria segundo a *oikonomia* de Deus a partir da descendência de Davi, do Espírito Santo” (AGAMBEN, 2011, p. 39); segundo, daqueles que regem a igreja, como os bispos, os padres etc., que são os enviados por Deus para tomar conta da sua casa, e por isto “devemos recebê-los como se fosse a mesma pessoa que o enviou” (AGAMBEN, 2011, p. 39); terceiro, há aqueles que através da liturgia, fazem parte do corpo e do sangue de Cristo, ou seja, aqueles que são os administrados e realizam as atividades que concretizam os mistérios de Deus.

Quanto aos “mistérios”, uma incógnita importante na tradição teológica e filosófica ocidental, Agamben (2011) acha muito mais relevante estudar a operacionalização, o gerenciamento, a própria atividade administrativa ou econômica da comunidade cristã. O que o estudo sobre a *oikonomia* nas pesquisas do homo sacer começa a clarear e enriquecê-las é, sem sombra de dúvidas, a ideia de uma “atividade ordenada a um fim” (AGAMBEN, 2011, p. 40). Essa ideia Agamben parece trabalhar no restante dos volumes do homo sacer. O seguinte trecho do livro “Diálogo com Trifão”, de Justino, citado por Agamben (2011), mostra a importância da atividade ordenada a um fim, trazido por Justino na palavra “tarefa”, para a teologia cristã: “O sentido de ‘tarefa’ é perspícuo em 67,7: ‘[Cristo] submeteu-se a tudo, não para justificar-se, mas para cumprir a *oikonomia* que seu pai quis” (JUSTINO apud AGAMBEN, 2011, p. 41).

Retornando aos dois paradigmas da teologia cristã comentados no início de “O reino e a glória” (2011), sendo estes o poder soberano, que obviamente é uno, e o da Trindade Sagrada, Agamben localiza a *oikonomia* como sendo o “operador estratégico” (AGAMBEN, 2011, p. 50) que permite a conciliação provisória destes dois paradigmas. Esta conciliação pode ser encontrada no Século II, na época em que *oikonomia* significava “atividade divina de gestão e governo” (AGAMBEN, 2011, p. 51). Enquanto Deus torna-se algo mais relacionado a uma potência monádica, a algo a acontecer, o que acontece, suas manifestações, toma como referencial o econômico, a economia da Trindade. A economia, neste conceito, é uma atividade que articula em uma trindade a unidade do ser divino. É importante, para não perder de vista o que Agamben trabalha em “O reino e a glória”, ressaltar a palavra atividade. A discussão do que é o ser divino é colocado de lado em favorecimento da discussão de como se dão suas práticas:

há uma única *ousia* comum, que se articula singularmente em individualidades inumeráveis, com suas particulares determinações qualitativas. O essencial, em todo caso, é que em Tertuliano a economia não é entendida como heterogeneidade substancial, mas como a articulação – às vezes administrativo-gerencial, outras pragmático-retórica – de uma única realidade. A heterogeneidade não tem a ver, portanto, com o ser e a ontologia, mas com o agir e a prática. De acordo com um paradigma que marcará profundamente a teologia cristã, a trindade não é uma articulação do ser divino, mas de sua prática. (AGAMBEN, 2011, p. 55).

Por isto não é ao acaso que a história cristã afirme-se contra o paganismo, já que as religiões “pagãs” são práticas livres, e nada é livre na prática cristã, já que estas, em última estância, concretiza o governo de Deus. Este é um dos motivos importantes da ideia de *oikonomia*, já que articula a vida divina ao governo das criaturas, disso surgindo a peculiar concepção cristã “providência”. Então, embora o Deus do Novo Testamento pareça ser um Deus que não age, inclusive o que respeitaria a questão do livre arbítrio, seu não agir é aparente apenas, já que é através das ações de seus governados que surgem suas ações. O foco, enfatizando, é nas ações do ser e não no ser.

Toda esta ideia de *oikonomia*, incluindo suas articulações com atividade direcionada para um fim, práxis e providência como junção entre corpo divino e governo dos homens, dá a Agamben subsídio para adentrar em seus estudos sobre

a exceção e o homo sacer. Agamben (2011) localiza a ligação da exceção com *oikonomia* na história da teologia cristã nos séculos VI e VII, especificamente no direito canônico da Igreja bizantina. A ideia de exceção foi trazida ao direito bizantino com o intuito de dar equidade às aplicações demasiadamente rígidas dos cânones da Igreja.

Ou seja, enquanto em alguns lugares era justo que a população do lugar agisse de acordo com todas as requisições e normas da Igreja, em outros, devido às condições materiais do local, da estrutura presente na Igreja, e da instrução e capacidade das pessoas, começaram a surgir exceções no rigor das leis. Ocorreram exceções na aplicação de alguns cânones da Igreja às pessoas que não tinham condições de cumpri-las integralmente, pois há uma economia na decisão de não aplicar integralmente a lei para melhor poder governar os homens. A exceção nasce na teologia cristã como um dispositivo para governar os homens. O termo *dispensatio* da Igreja latina, que em momentos diferentes possuía os significados de *oikonomia* e depois de dispensa, torna-se inteligível nesta óptica da exceção como dispositivo de governo.

Só tendo esta ideia da exceção vinculada a de *oikonomia* é que pode ser justificada a ideia de mistério divino. O mistério é sempre usado quando, diante de uma ação lógica devido a uma lei, como nos cânones, outra coisa é feita, ou outra coisa acontece. Como quando, diante de dificuldades que as pessoas chamam de injustas, o padre justifica como sendo o mistério de Deus para suas vidas. Como se um plano maior, ou uma *oikonomia*, existisse que justificaria toda a dor sentida. E que no final da vida, no pós-vida para ser mais preciso, seria encontrada a salvação, que é o fim depois dos meios dolorosos sofridos.

E nisto se faz a necessidade estratégica de Jesus Cristo. Jesus foi aquele mortal que acreditou nos mistérios de Deus, que passou por todo seu sofrimento e por fim alcançou o Espírito Santo. Mesmo sofrendo, foi por acreditar no mistério divino que Jesus pode encontrar a salvação, e como ele, todos os outros devem também seguir a *oikonomia*, mesmo tendo que aguentar seu respectivo sofrimento. Deus teria, então, um plano para cada um, uma *oikonomia* para cada um, e por isto qualquer um pode ocupar qualquer lugar que Deus queira, até mesmo o lugar de homo sacer.

A ideia da *oikonomia* também serve para articular outras duas noções fundamentais na teologia cristã, a transcendência e a imanência. Devido ao fato da unidade do mundo tomar por forma na teologia cristã a imagem de uma casa, e não a

da cidade, aqueles que compõem a unidade do mundo tem valoração diferenciada assim como a casa grega tinha, lembrando que essa última é composta por parentes e também por escravos. Há aquele que governa sobre um princípio único sempre levando em consideração a totalidade da casa, não agindo caoticamente; e há aqueles que não visualizam este princípio único, que são governados tais como os móveis e os animais devem ser controlados. O que é a da ordem da direção, do princípio, ou da razão que sabe para onde as coisas devem se encaminhar ganha o estatuto de ser transcendente, de ordem primeira, pois visualiza os fins a ser dado pelas ações, enquanto aqueles que são apenas governados são os meios para esse fim, ganhando o status de “causas segundas” (AGAMBEN, 2011, p. 99).

Como na teologia cristã cada ser criado possui sua própria finalidade, sua própria ordem, e como as ordens de todas as coisas convergem para uma única ordem, que é a ordem de Deus, transcendente e imanente, Agamben afirma que existe uma dupla ordem das coisas: corpos (mortais, passageiros, imanentes) podem e devem ser controlados para um fim divino (imortal, eterno, transcendente). Esta dupla ordem das coisas, do transcendente e do imanente, principalmente lembrando que o que é da ordem do transcendente está envolto do mistério divino, vai poder justificar quaisquer ações tomadas em nome de Deus de uma forma descaradamente tautológica: “O único conteúdo da ordem transcendente é a ordem imanente, mas o sentido da ordem imanente não é nada mais que sua relação com o fim transcendente” (AGAMBEN, 2011, p. 102). Com isto a *oikonomia* consegue se justificar e perdurar ao longo do tempo.

Como alguns tem a visão do que é esta ordem do transcendente e outros não, e por isto devem ser governados por quem tem maior visão, dois tipos de pessoas ficam distinguidas, sendo que obviamente aquelas governadas são em maior número e valem menos do que as governantes:

É concedido a poucos ultrapassar tudo que pode ser medido a fim de contemplar a medida sem medida, ir além de tudo que pode ser numerado a fim de contemplar o número sem número, e tudo que pode ser pesado a fim de contemplar o peso sem peso. (AGAMBEN, 2011, p. 104).

Os governados não conseguem contemplar este ideal divino que consegue contemplar os poucos governantes, e por isto, nesta perspectiva, o governado merece

ser governado, o povo merece ser apenas um meio, parte de uma produção que eles não entendem. Não é à toa que Agamben, sobre isto, retorna a Marx:

Quando Marx, a partir dos Manuscritos de 1844, pensa o ser do homem como práxis, e a práxis como autoprodução do homem, ele, no fundo, nada mais faz que secularizar a concepção teológica do ser das criaturas como operação divina. Uma vez concebido o ser como práxis, se tirarmos Deus e pusermos em seu lugar o homem, teremos como consequência que a essência do homem nada mais é que a práxis através da qual ele produz sem parar a si mesmo. (AGAMBEN, 2011, p. 106).

Já que o homem que, em atividade, não tem em vista a produção, já que não sabe qual é ela, poderíamos afirmar então que o homem é improdutivo, e que a ação da economia é controlar a improdutividade de outros homens em pro de um fim. Por ser parte da produção, estes não se diferenciam das peças de uma máquina. Nesta economia, ninguém foge da providência, mesmo sem saber em que contribuem, todos de alguma forma fazem parte desta gigantesca máquina divina: “Providência e destino, transcendência e imanência, que já em Plutarco e em Proclo formam um sistema de duas faces, agora são articulados entre si para constituir uma perfeita máquina de governo do mundo” (AGAMBEN, 2011, p. 143).

Devido todos da máquina conspirarem a um único propósito, para produzir seguindo uma única finalidade, deve-se ter uma relação contingente entre todos, e disto a necessidade do Governo. Para governar, Deus empresta seu poder soberano para alguns poucos que passam a ter poder. Um poder, assim, vicário. A economia trinitária é a expressão maior do poder como vicário, e por isto o mundo pode ser governado e por isto o mundo pode se tornar a grande máquina de Deus que funciona. Não há, assim, uma substância do poder, e sim uma economia do poder. Por ser vicário, as relações de poder podem ter às mais diversas variações, desde todos com poder, uns com todo o poder, todos sem poder, uns sem nenhum poder... A estes últimos poderíamos localizar as vidas indignas de serem vividas.

Neste momento faz-se necessário pensar como vidas indignas de serem vividas podem existir e ser legitimadas nesta *oikonomia*, onde devido ao poder ser vicário, qualquer um poderia ocupar esta posição. É interessante usar, então, a analogia que Agamben (2011) faz entre os anjos e os burocratas. Os anjos, que não foram criados à imagem de Deus, foram criados exclusivamente para servir ao

ministério, servir como intermediários ao governo de Deus. Para isto eles precisam comunicar aos governados os atos do governo. Existe também uma hierarquia entre os anjos, e só aqueles no mais alto escalão sabem os planos de Deus. Os anjos introduzem, na *oikonomia*, uma forma de relação estritamente hierárquica.

E assim, pela a teologia cristã, a centralidade da noção de hierarquia é transplantada do mundo divino ao plano mundano. Seja no ambiente privado e familiar, seja no meio social do trabalho, todos irão ocupar uma hierarquia para melhor poder fazer a máquina funcionar. Como os mistérios, e a salvação, vem de Deus, não seria ilógico pensar que, se seguir disciplinarmente o lugar que cada um deve ocupar no mundo, respeitando a hierarquia e os cânones da Igreja, as pessoas obteriam a salvação. Não importa quão difícil ou dolorosa fosse a vida, ao final dela a salvação viria em *ex-machina*. Como numa máquina, o funcionamento adequado dela precisa que não apenas uma peça funcione de maneira adequada, mas que todas as peças funcionem. Então é importante que as atividades sejam hierarquizadas e burocratizadas, pois só seguindo sempre o mesmo ritual, as mesmas normas, o funcionamento adequado pode ser garantido.

A este raciocínio, Agamben (2011) complementa um bônus, um gozo, de que a satisfação sentida por fazer parte da máquina não é devida apenas a se sentir pertencente e incluído nesta, mas também por ver outras pessoas que não fazem parte dela sofrendo:

Uma pergunta que Tomás se faz a respeito da condição dos bem-aventurados é se estes poderão ver as penas dos condenados [...] ele afirma sem nenhuma reserva que “para que os bem-aventurados possam comprazer-se mais com sua beatitude [...] é-lhes concedido ver perfeitamente as penas dos ímpios”. E não apenas isso. Diante desse espetáculo atroz, os bem-aventurados, e os anjos que com eles o contemplam, não podem sentir compaixão, mas apenas gozo, porque o castigo dos condenados é expressão da ordem eterna da justiça divina. (AGAMBEN, 2011, p. 182).

Nesta perspectiva, Deus espera dos anjos que cumpram com seu papel ministerial, e dos homens, que escolham com seu livre arbítrio fazer parte da máquina divina. Mas não é só fazer parte da máquina, é se vangloriar por fazer parte dela, e nisto dar glórias a Deus. As glórias não são dadas porque Deus precisa delas, mas porque ele as merece, porque as glórias lhe são devidas. E dar glória a um Deus por

lhe ser devido é a forma mais direta da comunidade cristã reafirmar os planos de Deus, de dizer que estes são governados por Deus. Talvez o nazismo tenha usado esta ideia de glória na construção da sua famosa expressão *Herr Hitler*, como uma forma não apenas de glorificar Hitler, mas de dizer que seguem com seus planos, que fazem parte de sua máquina.

Disto, Agamben (2011) traz a reação de um filósofo católico do século XX que, num momento de indignação, disse que “diante desse Deus que não é senão egoísmo, uma espécie de “César eterno”, que recorre aos homens apenas ‘como a um instrumento a fim de mostrar a si mesmo sua glória e sua potência’” (AGAMBEN, 2011, p. 239). O instrumento para Agamben, assim como a glória, é desprovido de significado inerente, são apenas formas de ação que legitimam a própria ação, ou a própria máquina, ou os planos divinos: “O vazio é a figura soberana da glória” (AGAMBEN, 2011, p. 265). A glória é um dispositivo, assim como o instrumento também o é.

E embora o próprio homem tenha aparentemente um sentido que lhe legitime, pois ele tem seu próprio papel nos planos divinos, em última estância o sentido de todos é de seguirem os planos divinos, serem apenas peças, serem apenas instrumentos. A máquina divina, e os governos biopolíticos, acabam cooptando os homens como instrumentos. É esta noção de instrumento trazida na parte final do livro “O reino e a glória” que tomamos como lente para ajudar a ler o lugar social da psicose. Por enquanto, já podemos entender que, para Agamben, *homo sacer*, ou a vida indigna de ser vivida, é aquele que não serve como instrumento na máquina governamental, mas que, a pesar disto, gera um *plus* de satisfação, um gozo, àqueles que alimentam a máquina. E é este gozo que permite que a maioria das pessoas prefira permanecer, estar incluída e continuar fazendo a máquina funcionar. Não servir como instrumento parece inclusive ser uma chave para entender o destino do *homo sacer* de ser um ser “insacrificável” e “matável”.

Já em *Opus Dei* (2013), Agamben, que partiu da noção de *oikonomia*, e que desencadeou na noção de instrumento, continua sua linha de pensamento através da noção de ofício. O ofício é uma zona de indistinção entre aquilo que o homem é e aquilo que ele faz, uma indistinção entre ser e práxis, no qual o agir não deve ser medido de nenhuma outra forma a não ser pela sua efetualidade. A noção de ofício parece mostrar como “um militante político e um funcionário de ministério se inspiram

no mesmo paradigma” (AGAMBEN, 2013, p. 8). Estudar o ofício parece ser uma forma de continuar os estudos sobre a noção de instrumento iniciados anteriormente.

Agamben (2013) começa trabalhando a questão do ofício na figura de Jesus Cristo. Para Agamben, Cristo foi um sacerdote que conduziu um sacrifício que teve como sacrificado ele mesmo. Cristo se sacrificando representou então um ato litúrgico perfeito que, inclusive, só pôde ser cumprido uma única vez. É perfeito porque não há sobras, não há o que fazer depois, pois tanto Cristo como o ato se encerraram no mesmo momento.

Agamben (2013) reforça constantemente como nos sacramentos, nos rituais, ou na liturgia de forma geral, há uma despersonificação daquele que está autorizado a realizar os ritos, pois quem exerce o ato litúrgico, pela teologia cristã, não deve ser considerado como um particular, mas como emissário de Deus. Então, se o ato ocorre de maneira válida para a Igreja, o ritual em si é considerado válido, independente da pessoa que o realizou, já que o que importa é a ação, a realização do ritual, é fazer a máquina funcionar. Sobre isto Agamben, citando Tomás de Aquino, tem uma passagem fundamental:

E, assim como a “causa instrumental não age em virtude de sua própria forma, mas somente em virtude do movimento que lhe foi imprimido pelo agente principal”, “os ministros da Igreja operam os sacramentos de modo instrumental, porque as definições do ministro é assim uma espécie de ‘instrumento animado’ de uma operação cujo agente é Cristo, não somente não é necessário que ele tenha fé ou caridade, mas também uma intenção perversa (por exemplo, batizar uma mulher com a intenção de abusar dela) não tira validade do sacramento. (AQUINO apud AGAMBEN, 2013, p. 31-32).

Com isto, Agamben (2013) chega a duas noções centrais nesta obra do “Opus Dei”, inclusive que justifica o título do livro. Estas noções são o *opus operatum* e o *opus operans*. O *opus operatum* são os efeitos que, da ação sacerdotal, derivam, bem como é a função própria desempenhada por esta ação na *oikonomia*. Já o *opus operans* são as disposições e a própria subjetivação que propicia ao sacerdote realizar sua ação. *Opus dei* é o conjunto ritualístico com a conjunção do *opus operatum* e *operans*, que resulta numa efetualidade. Ou melhor dizendo, *opus dei* é a liturgia efetiva. Para isto, todas as intenções que não têm a ver com a ação sacramental devem ser ignoradas e deve-se focar apenas naquilo que propicia o agente realizar

sua ação instrumental. Poderíamos dizer, inclusive, que para acontecer o *opus dei* o indivíduo deve dar lugar ao instrumento.

Desta forma, para Agamben, a Igreja cristã inventa uma prática que não depende do sujeito que age, mas deste se tornar um “instrumento animado” (AGAMBEN, 2013, p. 37). Só que, da ação, ninguém realmente consegue alcançar seu fim, já que este é um mistério a ser desvendado só na salvação, ou seja, só no pós-vida. Assim, se a ação é efetiva ou não, não vai depender do resultado final, do produto, mas apenas da própria forma como foi realizado o ritual, sua perfeição performativa: “A fé cristã é uma mobilização da ontologia, na qual está em questão a transformação do ser em operatividade” (AGAMBEN, 2013, p. 65).

É a partir desta noção de ser em operatividade que encontramos a última contribuição deste livro de Agamben (2013) ao nosso estudo, e esta é a finalização da noção de *officium*. O ser em *officium*, ou o ser em operatividade, está para além do bem e do mal, além de uma obrigação natural, moral ou jurídica. Quem está em *officium* deve se comportar da forma como é esperado pelo ofício, mesmo que as condutas sejam moralmente recriminadas:

Quando os canonistas modernos, para conciliar as duas posições, concebem o ofício como uma “situação subjetiva” ou como uma “competência-dever”, que estabelece para um certo sujeito a legitimação (e o dever correlato) para realizar certos atos em virtude de seu encargo ou função, eles não fazem senão confirmar a circularidade que vimos definir a praxe litúrgica. (AGAMBEN, 2013, p. 92).

Com o *officium*, a noção do ser em operatividade ganha corpo, e a radicalidade da causa instrumental já preconizada por Tomás de Aquino pode finalmente sair do âmbito religioso e ocupar outras esferas sociais. Quando está em ofício, o homem justifica suas ações perante a sociedade e perante si mesmo, pois ele mesmo não passa de uma causa instrumental, afinal um instrumento não tem desejos ou vontades. Na verdade, o *officium* significa que a pessoa tem sim vontade, só que esta vontade é de conseguir cumprir sua causa instrumental, como foi visto na dialética entre *opus operans* e *opus operatum*.

E isto, para Agamben (2013) é o verdadeiro significado da noção cristã de virtude. Ser uma pessoa virtuosa não é ser boa, ou fazer o bem, é fazer o necessário,

é fazer o seu dever. *Officium* é a própria condição humana enquanto instrumento, e por isto que *officium*, para Agamben (2013), é transformar a ética ocidental do ser para o dever-ser e, nisto, possibilitar que a vida seja governável: “o *officium* torna possível e garante a efetividade do governo” (AGAMBEN, 2013, p. 115).

2.1.3 Tetralogia homo sacer III: as vidas indignas de serem vividas

Depois da discussão sobre aquele que é útil para o governo, em seu próximo livro, “O que resta de Auschwitz” (2008), Agamben fala do seu oposto. Assim, o volume III sobre o homo sacer traz o evento específico do século XX, a Segunda Guerra Mundial, mais especificamente o campo de concentração de Auschwitz, e a figura emblemática do “mulçumano”. Trazer a figura do mulçumano parece uma proposta de Agamben (2008) de ir à contramão do ideal do super-homem, criado primeiro por Goethe, mas reiterado por Nietzsche (JOLIVET, 1975), e, estudando alguns sobreviventes do holocausto, tentar pensar o sub-homem. Desta forma, para falar de Auschwitz, Agamben comenta principalmente a obra de um escritor que vivenciou tais atrocidades: Primo Levi.

No início do livro, Agamben (2008) afirma que Primo Levi parece ser a testemunha perfeita, pois ele sobreviveu ao campo e, ao sair deste, passou sua vida a contar a todos o que aconteceu. Inclusive sobre isto Agamben (2008) pontua que para alguém sobreviver ao campo é necessário ter um objetivo de vida, algo com que as pessoas aprisionadas se apeguem para superar tais dificuldades. Um destes objetivos é prestar bem atenção aos acontecimentos do campo para poder relatar, caso sobreviva.

Para conceituar testemunha, Agamben (2008) se vale dos termos do latim *terstise superstes* que podem ser traduzidos por testemunha. Só que *terstis* significa “aquele que se põe como terceiro” (AGAMBEN, 2008, p. 27), e não é bem esta a ideia que Agamben pensa de testemunha, já que o Primo Levi, por exemplo, não apenas observou o campo de concentração, ele vivenciou aquilo. Já o termo *superstes* indica “aquele que viveu algo, atravessou até o final um evento e pode, portanto, dar um testemunho disso” (AGAMBEN, 2008, p. 27). Ainda que a forma como pense testemunha se assemelhe a esse termo, há algo que escapa, pois, como Agamben

(2008) entende Primo Levi, a própria ideia de testemunho traz uma lacuna ainda não totalmente compreendida:

as testemunhas são, por definição, sobreviventes e, portanto, todos, em alguma medida, desfrutam de um privilégio... Ninguém narrou o destino do prisioneiro comum, pois, para ele, não era materialmente possível sobreviver... O prisioneiro comum foi descrito também por mim, quando falo de “mulçumanos”: mas os mulçumanos não falaram. Os que não viveram aquela experiência nunca saberão o que ela foi; os que a viveram nunca o dirão; realmente não, não até o fundo. O passado pertence aos mortos... (LEVI apud AGAMBEN, 2008, p. 42).

Aqueles que conheceram o verdadeiro horror do campo de concentração ou morreram lá ou tiveram suas mentes destruídas, perdendo inclusive suas falas, suas subjetividades. Não se sabe se é por não ter um objetivo que os prisioneiros perdem suas subjetividades ou se é porque perderam suas subjetividades que não têm mais objetivos. Os mulçumanos são aqueles que, no campo de concentração, não conseguem testemunhar, pois não sobreviveram. Estes que não morreram, mas que vivem vagando sem mais se comunicar com ninguém, passaram a exprimir um tipo de som ou balbúcio ininteligível. Eram os prisioneiros que, abandonados por todos, haviam abandonado qualquer esperança, moral ou esperança. Eram vistos como imundos e inúteis pela SS, e como motivo de preocupação e raiva pelos outros prisioneiros que se adaptaram ao campo, os quais nem sequer lhe direcionavam os olhares com medo de serem confundidos como mulçumanos. Os mulçumanos eram os mortos-vivos do campo de concentração (AGAMBEN, 2008).

O termo mulçumano começou a ser utilizado inicialmente em Auschwitz para designar estes prisioneiros abandonados por todos, inclusive por si mesmos, mas logo começou a se espalhar por outros campos. O que Agamben traz como o significado mais provável deste termo remete a palavra árabe *muslim*, que significa “quem se submete incondicionalmente à vontade de Deus” (AGAMBEN, 2008, p. 52). Ao se submeter incondicionalmente à vontade de outro, é aceitável pensar que primeiro é preciso desistir de qualquer vontade própria, e deixar que qualquer coisa possa acontecer consigo. Este termo então parece bastante representativo do que estes prisioneiros pareciam ser.

Ainda sobre os sobreviventes do campo, Agamben comenta sobre o psicanalista Bruno Bettelheim que, já fora do campo e ao chegar aos Estados Unidos, converteu a figura dos mulçumanos no paradigma do autista, fundando a Orthogenic School, para crianças autistas, uma espécie de contracampo, “em que se ensinava aos mulçumanos a voltarem a ser humanos” (AGAMBEN, 2008, p. 54). A figura do mulçumano é tão comparada ao autismo para Bettelheim que, segundo Agamben, não existia nenhum elemento na fenomenologia autística descrita por Bettelheim que não encontrasse seu precursor no comportamento dos mulçumanos. Assim, tanto autista quanto mulçumano não prestavam atenção para relações reais entre pessoas, parecendo existir uma cisão entre suas realidades fantásticas e delirantes com a realidade material; ambos também apresentam caminhar arrastado, mutismos, gestos repetitivos. A maior diferença entre autistas e mulçumanos foram as situações extremas que estes últimos passaram, uma “situação extrema [...] em que o homem passava a ser não-homem” (AGAMBEN, 2008, p. 55).

Mas chamar as vivências dos campos de concentração de situação extrema não é chegar sequer perto de nomear tal experiência. Os campos de concentração parecem ser experiências do inominável, assim como os próprios mulçumanos não conseguem nem mais, sequer, se nomear:

Não faz muitos anos que se tornaram públicas as películas que, em 1945, os ingleses filmaram no campo de Bergen-Belsen, logo depois de sua libertação. Fica difícil suportar a visão dos milhares de cadáveres desnudos amontoados nas fossas comuns ou trazidos às costas pelos ex-guardiães – corpos martirizados que nem sequer as SS conseguiam nomear (sabemos por um testemunho que não deveriam, de modo algum, ser chamados de “cadáveres” ou “corpos”, mas simplesmente de *Figuren*, figuras, bonecos). [...] A uma certa altura, porém, a câmara se detém quase por acaso sobre os que parecem estar ainda vivos, sobre um grupo de deportados agachados ou que vagueiam em pé como fantasmas. São apenas poucos segundos; no entanto, suficientes para nos darmos conta de que se trata de mulçumanos milagrosamente sobreviventes – ou, em todo caso, de prisioneiros muito próximos do estágio dos mulçumanos. [...] No entanto, o próprio operador que até então havia pacientemente focado os desnudos estendidos ao chão, as terríveis “figuras” desarticuladas e empilhadas umas sobre as outras, não consegue suportar a visão destes seres semivivos e volta a imediatamente a enquadrar os cadáveres. Conforme observou Canetti, o montão dos mortos é um espetáculo antigo, com os quais os poderosos muitas vezes se deleitaram; mas a visão dos mulçumanos é um cenário novíssimo, não suportável aos olhos humanos. (AGAMBEN, 2008, p. 58-59).

Se nem quem está fora dos campos de concentração consegue olhar para os mulçumanos, muito mais difícil certamente era para os prisioneiros que, mesmo sobrevivendo dia após dia ao campo, sempre corriam o risco deles mesmos se tornarem mulçumano. Olhar para os mulçumanos deveria ser como a visão de um futuro que poderia se concretizar a qualquer tempo.

Dentre todos os presos do campo de concentração, o mulçumano era aquele que primeiro era levado às câmaras de gás. Assim, não era suficiente não olhar para os mulçumanos, mas era necessário, a todo o momento, se policiar para não parecer com um, mesmo que já desejasse abandonar tudo. Houve, então, um horror de ser identificado ao mulçumano. O mulçumano não deve ser considerado nem um humano vivo e nem um humano morto. Sequer humano o mulçumano é considerado. Auschwitz é, segundo Agamben (2008), o experimento original transformador do homem em não-homem.

Disto, Agamben (2008) vai fazer um giro de sentido quando introduz à problemática do mulçumano a figura da Górgona. A figura desta horrível cabeça feminina que tinha serpentes no lugar dos cabelos é trazida como uma analogia com a impossibilidade do homem em não poder ver o que há de mais profundo no humano. Então, assim como quem olhava para Górgona era petrificado, quem chegasse ao fundo das experiências do campo também, figurativamente, era petrificado. Ver a Górgona, assim como estar submetido às experiências últimas do campo, que eram experiências produzidas por outros homens, era não poder ver mais nada depois.

Esta experiência do mulçumano e da Górgona está, para Agamben (2008), enraizado na própria condição humana: “Que no fundo do humano não haja senão uma impossibilidade de ver: isso é a Górgona, cuja visão transformou o homem em não-homem” (AGAMBEN, 2008, p. 61). Assim, para Agamben (2008), tanto Górgona, quanto quem a viu, que é o caso do mulçumano, como quem não viu a Górgona, mas viu o mulçumano, que é o caso das testemunhas, constituem a impossibilidade de ver. Após falar dos não-homens produzidos pelo campo, Agamben (2008) volta a falar das testemunhas, os sobreviventes que escaparam com seus corpos e mentes, mas escaparam portando uma culpa. Agamben (2008) traz trechos do testemunho do Bettelheim nos quais fala que apesar de saber que não é culpado, isto nada impede de que se sinta culpado. Este sentimento parece advir devido aos sobreviventes assistirem por anos a destruição de outras pessoas e, mesmo sem poder ter interferido

nisto, sentiam que deviam fazê-lo. Mas, o que talvez fosse o motivo de gerar mais culpa é o fato de que a cada vida destruída os sobreviventes ficavam felizes por não ser a vida deles ali.

O ato de testemunhar então se encontra no limite da impossibilidade do dizer. Pois aqueles que dizem não sabem exatamente como se sentem aqueles que têm suas vidas destruídas. Aqueles que têm suas vidas destruídas ou estão mortos ou simplesmente não conseguem mais dizer nada. Ou melhor dizendo, os que sabem não dizem, os que dizem não sabem. Mas, é da lacuna entre estas impossibilidades, destes não saberes e não dizeres, que um testemunho tem de se erguer: “O testemunho tem lugar no não-lugar da articulação” (AGAMBEN, 2008, p. 133). O testemunho é a tentativa de articular coisas desarticuladas, mas que é necessário caso queira se produzir daquilo que não se sabe, um saber, nem que seja um saber culposos, um saber vergonhoso.

O sobrevivente é a figura usada por Agamben (2008) no final de seu livro para desenvolver o conceito foucaultiano de biopolítica. Agamben começa falando da ideia de que o poder soberano do velho Estado territorial lidava com sua população seguindo a lógica do fazer morrer e deixar viver, e então ocorre uma virada semântica no moderno Estado biopolítico, e a nova lógica para lidar com a população passa a ser fazer viver e deixar morrer. Enquanto a primeira lógica primava um Estado que exercia seu direito de matar, a segunda lógica indica um Estado que se apossa dos corpos e tenta garantir a vida. Mas para Agamben (2008), uma outra fórmula é mais representativa da biopolítica do século XX: “já não faz morrer, nem faz viver, mas faz sobreviver” (AGAMBEN, 2008, p. 155). O sobrevivente é aquele que está a todo instante lutando para não morrer, para não ser mais um mulçumano, para ter um mínimo de dignidade. O que restou de Auschwitz foi o sobrevivente, este que é a representação contemporânea do ser humano.

2.1.4 Tetralogia homo sacer IV: instrumentalidade e uso do corpo

Após chegar à noção de sobrevivente, Agamben fala daqueles que, no Estado capitalista mais representam esta noção, os pobres, na primeira parte do volume IV sobre o homo sacer, “Altíssima pobreza” (2014). No início de Altíssima Pobreza,

Agamben investiga como foi possível conceber uma vida que fosse inseparável de sua forma. Para isto, ele analisa a vida no monastério, e a tentativa dos monges de realizar uma forma de vida ideal comum. Nisto, a relação entre regra e vida foi problematizada.

Para introduzir estes assuntos, Agamben (2014) mostra que a relação entre regra e vida, principalmente quando estas convergem para criar uma forma de vida, não é exclusivo da religião ou do uso da moralidade. Para mostrar isso, é usada a figura de um escritor que tentou pensar a coabitação de regra e vida distante da moralidade. Este foi o Marquês de Sade, principalmente em seu livro “Os 120 dias de Sodoma”. Agamben (2014) resume o livro de Sade como uma narração onde quatro ricos e poderosos homens do final do reino de Luís XIV trancam-se com 42 pessoas para “celebrar uma orgia sem limites e, mesmo assim, perfeita e obsessivamente regulada” (AGAMBEN, 2014, p. 19). A primeira coisa a ser feita assim que se trancam no castelo é redigir os regulamentos que “deverão governar sua nova vida em comum” (AGAMBEN, 2014, p. 19).

Mas estas regras não são apenas para viabilizar a convivência, servem para transformar o castelo num lugar onde o tempo é controlado meticulosamente, um lugar a parte da sociedade onde novas leis e normas são as que valem. Neste lugar, embora a moral cristã não valha, as pessoas não vivem sem normas, pelo contrário, normas e regras são potencializadas ao máximo, a ponto de controlar até o horário que cada um poderia ir ao banheiro. Cinco meses foi o tempo que levou para os objetos de prazer dos libertinos serem destruídos e estes voltaram para suas vidas após isto.

Embora regras e normas sejam amplamente rígidas tanto no castelo do conto de Sade quanto nos cenóbios monásticos, estes últimos têm algo que os fazem durar muito mais que aquele. O modelo do cenóbio, embora pareça representar uma fuga individual do mundo, na verdade tem origem num modelo de vida comunitária, uma polis que se propõe a realizar uma forma de vida perfeita. O próprio hábito do monge, mais que proteger o corpo, é representativo de sua forma de vida. Inclusive é um rito fundamental na vida do monastério quando o neófito depõe suas vestes e é vestido com o hábito dos monges, e é um acontecimento feito em tempo determinado. A divisão do tempo, inclusive, é um fenômeno importante no monastério:

o monasticismo havia realizado em seus cenóbios, com finalidades exclusivamente morais e religiosas, uma escansão temporal da existência dos monges, cujo rigor não só encontrava precedentes no mundo clássico, como também, em seu intransigente absolutismo, talvez não tenha sido igualado por nenhuma instituição da modernidade, nem sequer pela fábrica taylorista. (AGAMBEN, 2014, p. 30).

Dia e noite eram divididos em doze partes, e tinha-se que prestar atenção na aurora e no crepúsculo para melhor medir o tempo. Vários dispositivos foram criados para medir o tempo, já que este era imprescindível para o estilo de vida dos monges. Dentre os que Agamben cita estão o *Horologium*, que é o “livro que contém a ordem dos ofícios canônicos segundo as horas do dia e da noite” (AGAMBEN, 2014, p. 30); o relógio solar, que ajudava os monges em sua tarefa diária da medição do tempo; o relógio de água, inventado para auxiliar na medição das horas noturnas; mas o dispositivo que nos parece mais interessante é quando, no século X, “Pedro Damiano convida os monges a transformar-se em relógios vivos, medindo as horas com a duração de suas salmodias” (AGAMBEN, 2014, p. 31).

A ideia de se tornar relógios vivos parece subsidiar a ideia de vida do monastério de alcançar uma forma de vida comum, já que indicaria um ritmo único para todos os monges, e também subsidia o próprio ser humano funcionando como uma máquina. Para Agamben (2014), esta forma de monastério é um exemplo, ou talvez protótipo, de uma zona de indecidibilidade, onde não se sabe onde termina a regra e começa a vida, uma zona onde vida e regra se confundem.

Esta forma de vida não deve ser confundida simplesmente com uma estética da existência, mas como uma definição da vida confundida com uma prática incessante. Esta prática deve servir ao Senhor santo, e por isto é um serviço santo. E é executando tal serviço santo que se forma um monge santo. A ideia do serviço santo, que indica ao mesmo tempo vida e atividade dos monges, é correlacionada por Agamben às ideias já discutidas anteriormente sobre o *officium* e sobre a liturgia: “Expressa-se aqui com clareza a tendência a considerar a vida do monge um ofício e uma liturgia ininterrupta” (AGAMBEN, 2014, p. 54).

No *officium*, a prática incessante tem relação também com aquilo que indica a expressão “deveres do ofício” (AGAMBEN, 2014, p. 67), no qual aquele que exerce o *officium* tem como sua principal obrigação se manter comprometido com as suas obrigações, o que poderia ser simplificado com a expressão obrigar a obrigar-se. Ou

seja, para que serve a tarefa não é o mais importante, mas sim que se cumpra a tarefa. E esta é a importância do que significa o hábito no monastério. Mais que qualquer outra coisa, o hábito indica o comprometimento dos monges em realizarem suas tarefas, sua obrigação em executá-las, não importando quais sejam. E é só tendo em vista que cada um no monastério irá realizar suas obrigações, que a vida em comum pode se realizar como uma perfeita forma de vida.

A Igreja tentará, mesmo sob limite, incorporar este ideal de forma de vida, onde forma e vida se confundem nas suas práticas diárias, através da liturgia, fazendo com que a liturgia encontre seu verdadeiro valor como forma. A forma da liturgia acaba por dar consistência ao ofício da Igreja, para que tanto a vida seja liturgia quanto para que a liturgia torne-se viva.

Agamben, então, traz um exemplo, citando um historiador que se dedicou a pesquisar o movimento religioso da Idade Média, Herbert Grundmann, para exemplificar o que ele quer dizer por forma de vida, e este exemplo é a pobreza, ao menos a pobreza daqueles que seguem o evangelho: “andavam de pés descalços; não acetavam receber dinheiro; não levavam consigo nem alforje; nem calçados nem duas túnicas” (GRUNDMANN apud AGAMBEN, 2014, p. 98).

Mas Agamben (2014) ainda complementa que esta forma de vida das pessoas que seguem os apóstolos e o evangelho, não deve ser entendida pelos pobres como uma vida de penitências e sacrifícios para alcançarem a salvação, mas, pelo contrário, os pobres devem exibir seu modo de vida com muita alegria, pois eles estariam participando da “perfeição evangélica” (AGAMBEN, 2014, p. 98). Nesta visão, ser pobre é como ser abençoado, pois é parte integrante da liturgia, é uma personificação da personificação da liturgia. Mas, para ser pobre abençoado não é necessário apenas ser pobre, mas ser pobre honesto, resignado, crente e dentro das normas do evangelho. Assim, nem toda vida pode ser entendida como forma de vida, só aquela em que regra, ou a forma, se confunde com a vida.

Mas para que a pobreza pudesse ser entendida como a forma de vida que é parte da perfeição evangélica e que por isto deve ser exibida com alegria e orgulho, foi preciso primeiro que alguém, um “Um”, estabelecesse o paradigma de uma vida que se tornou a regra. E, obviamente, no cristianismo este Um é Cristo, e não é por acaso que Cristo é pobre: “Não se poderia dizer com mais clareza que, quando uma vida (a vida de Cristo) fornece o paradigma da regra, a regra se transforma em vida”

(AGAMEN, 2014, p. 113). Então, podemos pensar que Cristo, enquanto forma de vida, para poder estabelecer todas as outras formas de vida, teve um uso. A vida de Cristo teve um uso para que se pudesse existir a forma de vida cristã.

Mas se para ter uma forma de vida perfeita é necessário que se tenha alegria em ser pobre, inclusive não procurando ter nada a mais do que é necessário para sobreviver, como é possível que a Igreja possua bens? Esta é a problemática que Agamben traz no final de “Altíssima Pobreza”, e que ele vai tentar resolver este aparente paradoxo com a noção de uso. O religioso, então, não tem construções, cavalos, vestimentas e nem comida, mas faz uso deles. A noção de uso, inclusive, pode ajudar a pensar como na forma de vida cristã se pode não cair nos pecados da avareza, luxúria, gula etc. O religioso não tem o direito sobre o objeto, mas tem uma licença de uso. Mas, para se fazer uso, é necessário que sua forma de vida necessite disto. A noção de *officium* volta então para legitimar a noção de uso. A licença de uso é legítima se, diante das obrigações do ofício, seja necessário fazer uso daquilo.

E, como quem está em ofício tem a obrigação de agir como se comprometeu a agir, este tem a obrigação de usar aquilo que precisa usar para realizar suas obrigações. Altíssima pobreza é o termo técnico que não indica posse, mas uso, não indica enriquecimento ilícito, mas uma pobreza lícita, pois *officium* e uso se convergem. Altíssima pobreza deve significar, na teologia cristã, a própria forma-de-vida de Cristo.

Se foi sobre o uso que Agamben finalizou “Altíssima Pobreza”, é sobre o uso dos corpos que Agamben finaliza, ao menos temporariamente, seu estudo sobre o Homo Sacer. No último livro da tetralogia sobre o homo sacer, a segunda parte do volume quatro, “O uso dos Corpos” (2017), Agamben inicia seus comentários se debruçando sobre o trabalho de Guy Debord, mais especificamente uma cena do filme “Panégryrique”. Em determinado momento deste filme, comenta Agamben, aparecem sequencialmente várias pessoas da vida privada de Debord, incluindo seus amigos e mulheres que amou, e algumas casas que morou. O curioso para Agamben (2017) é que Debord critica a vida privada como podendo ser transmitida, ou seja, para Debord, até então, a vida privada era intransmissível. E nisto aparece vinculada a ideia de vida privada a palavra clandestinidade, a “clandestinidade da vida privada” (AGAMBEN, 2017, p. 11).

Para melhor comentar o filme de Debord, Agamben narra uma situação que vivenciou numa livraria:

Perto do final dos anos 1990, nas prateleiras de uma livraria parisiense, o segundo volume de *Panegyrique*, contendo a iconografia, encontrava-se – por acaso ou por uma irônica intenção do livreiro – ao lado da autobiografia de Paul Ricoeur. Nada é mais instrutivo do que comparar o uso das imagens nos dois casos. Enquanto a fotografia do livro de Ricoeur retratavam o filósofo somente durante congressos acadêmicos, como se ele quase não tivesse tido outra vida fora dos mesmos, as imagens de *Panegyrique* pretendiam ser um estatuto de verdade biográfica que tinha a ver com a existência do autor em todos os aspectos. (AGAMBEN, 2017, p. 14).

O que parece ser de mais importante destas considerações de Agamben é que há algo de importante na política que escapa à vida pública. Há algo de importante na política que não tem a ver necessariamente com palestras, debates acadêmicos ou com discussões políticas, científicas ou filosóficas. E este algo de importante vem daquilo que é clandestino ao público, ou seja, da vida privada.

Introduzir seu último livro com a clandestinidade da vida privada não parece ser sem tempo para Agamben. Pelo contrário, parece que este assunto veio de encontro àquilo que ele relevou tanto no volume anterior sobre o *homo sacer*, que é a forma-de-vida comum no monasticismo. No monastério temos um ideal de forma-de-vida que deve ser comum a todos, que todos devem seguir. Neste ideal, o que é da vida pública e o que é da vida privada se dilui numa indecidibilidade, ou sendo mais radical, a vida pública e a vida privada são a mesma, o que de cara parece em perfeita consonância com as outras noções estudadas por ele anteriormente, como as de *officium*, *opus dei*, instrumentalidade e liturgia, que parecem legitimar nas fotos de Ricoeur que Agamben (2017) comenta.

A clandestinidade trazida por Agamben (2017) a partir de Debord indica uma forma de pensar a política por aquilo que, em geral, não é entendido por política, pois não pertence à vida pública. A sugestão que vem a partir da clandestinidade é de pensar a política também a partir da vida privada. Não é à toa que Agamben (2017) fala que a clandestinidade da vida privada é a nossa forma-de-vida. Este é um giro significativo em seus estudos sobre o *homo sacer*, pois o que foi estudado até agora constrói uma maneira de pensar a forma-de-vida enraizada, determinada no meio social, e servente a este. O ofício ou o serviço santo dos monges devem sempre servir

a algo, agindo inclusive de maneira harmônica com as demais pessoas, e para isto é preciso ter uma forma-de-vida em comum. Já a clandestinidade da vida privada não servirá a todos, e muito menos será uma ação em comum a todos. A clandestinidade da vida envolve a nutrição, a defecação, o sono, a sexualidade. Tudo isto que se chama intimidade, tudo isto que se mantém escondido, guardado, como “a raposa roubada que o menino esconde debaixo da roupa e não pode confessar, mesmo que o animal lhe dilacere a carne de modo atroz” (AGAMBEN, 2017, p. 17).

Após usar estes e mais alguns fatos da vida de Debord para falar da importância da vida privada e do simples viver para o ser humano, inclusive usando Aristóteles e Nietzsche para falar que do ser o que importa é o viver, Agamben (2017) parte para a “Sociedade do espetáculo”, de Debord (1967), comentando que o livro se inicia com a palavra vida e que até o final dele aparece a vida como questão.

Após resgatar diversas passagens do livro em que se encontram o termo vida, Agamben (2017) comenta que é recorrente que o mesmo apareça em expressões pouco precisas, como vida mais intensa, falsa vida ou “pseudouso” da vida, mas que isto apenas repete uma atitude constante cultural de articular a vida ora como *bios*, vida qualificada, ora como *zoé*, vida sem qualificação. Enquanto a vida for cindida em *bios* e *zoé*, a política continuará muda, sem vida, e a biografia individual continuará clandestina, sem qualificações. E esta repetição tende a permanecer até que seja “possível delinear os contornos de uma forma-de-vida e de um uso comum dos corpos” (AGAMBEN, 2017, p. 17). Sobre a forma-de-vida já estudamos, veremos agora o que Agamben tem a falar sobre o uso dos corpos.

Agamben (2017) remete a expressão uso dos corpos ao livro “A política”, de Aristóteles (2000), justamente na parte na qual o mesmo trata sobre a definição da natureza do escravo. Já vimos como os escravos estão, na economia da casa, na mesma valoração dos objetos e animais. Podemos dizer que para Aristóteles (2000), assim como objetos e animais, os escravos estão na casa para ser feito uso deles. E isto é visto pela própria definição de escravo para Aristóteles, como um humano que é por natureza de outro humano (ARISTÓTELES, 2000). Para Agamben (2017), Aristóteles justifica a existência da condição do escravo através da dialética do comandar e do ser comandado, e que isto aparece de diversas formas nos seres vivos, inclusive na relação que é muito cara na história da filosofia ocidental: o comando da alma sobre o corpo.

Agamben (2017) afirma então algo muito interessante do pensamento de Aristóteles na Grécia antiga, de que assim como a subordinação do corpo pela alma não era uma relação política, a do escravo pelo senhor também não era um acontecimento político. Ambas as relações são econômico-domésticas. A alma, e posteriormente a razão, está para o corpo assim como o senhor está para o escravo. Como o senhor era a alma, ou o *logos* do escravo, e a alma é o que comanda o corpo, o escravo era puro corpo a ser usado pelo senhor. E é por isto que o escravo não tem outra obra que o uso do corpo, que é planejado ou ordenado por outro ser. Desta forma a escravidão não era criticada pelos gregos antigos, mas tratada como óbvia e natural.

Na verdade, longe de ser criticada, a escravidão era o que permitia que na Grécia houvesse cidadãos, houvesse homens da polis, já que para que os homens livres pudessem se dedicar à política, à retórica e ao conhecimento eram necessários vários outros homens que se dedicassem às tarefas cotidianas, da manutenção da casa e dos próprios corpos e desejos dos senhores. Disto, Agamben (2017) afirma que para Aristóteles o escravo é o contraponto do homem livre, pois o homem seria livre quando ele existe voltado para si mesmo e não para outro. Enquanto o cidadão poderia se voltar ao que se quisesse fazer, o escravo estava voltado ao que o seu senhor queria que ele fizesse.

Poderíamos até talvez ousar um pouco mais que Agamben, dizendo que a ideia de escravo na Grécia antiga é o que permite sua ideia de liberdade. Nesta lógica, liberdade é apenas uma inferência virtual diante do real do escravo. Mas para afirmar com consistência isto seria necessária uma pesquisa específica sobre o tema. O uso do corpo do escravo era então feito sem nenhuma reserva ou pudor, já que, como qualquer outro móvel e utensílio da casa, deveria servir plenamente ao desejo de seu senhor. É interessante que Agamben tenta comparar a condição do escravo na contemporaneidade, e que não é com o operário que esta comparação é feita, como muitos poderiam pensar, mas com a máquina.

Mas é uma máquina que não serve à produção, mas apenas ao uso. E por isto que Agamben vai refutar a analogia da máquina, e melhor elaborar comparando o escravo à peça da máquina ou, se for pensar em vida, a uma parte do corpo que pode ser controlada, como um braço, por exemplo. O escravo é uma extensão do senhor: “ao usar o corpo do escravo, o senhor na realidade usa o próprio corpo” (AGAMBEN,

2017, p 32). Para que esta afirmação ganhe força, Agamben (2017) utiliza como exemplo o uso sexual do corpo do escravo. É considerado como natural e comum ao senhor utilizar sexualmente o escravo da forma que bem quiser, inclusive fazer sexo com escravos é comumente comparado na Grécia antiga com a prática da masturbação. Mas, é totalmente rejeitada e passível de críticas a ideia de prostituir os escravos, de tal forma que a casa que fizer isto cai em desgraça. Prostituir um escravo acaba sendo como prostituir a si próprio, vender seu próprio corpo.

Finalizando as contribuições mais pertinentes para este texto do amplo desenvolvimento teórico de Agamben sobre o homo sacer, localizamos suas inferências do lugar do escravo na Grécia antiga. Tomando o escravo como parte essencial da *oikonomia* devido ao uso de seu corpo como extensão do corpo do senhor, que é um cidadão, uma vida humana qualificada, o escravo é a própria vida nua, e mais ainda, é o limiar que separa e une *zoé* e *bios*, já que é o escravo que permite que haja um senhor. Então, o escravo é aquilo que fica entre o corpo vivo e um instrumento artificial, que por isto não tem obra, já que é usado por outro para fazer sua obra, e disto Agamben afirma que a atividade do escravo é “improdutiva” e “inoperosa” (AGAMEN, 2017, p. 41). Resumindo, escravo é: “aquele ser vivo que, embora sendo humano, é excluído da humanidade – e, por essa exclusão, incluído nela – para que os homens possam ter uma vida humana, ou seja, política” (AGAMBEN, 2017, p. 41). Ou melhor, escravo era o objeto necessário para se existir sujeito, numa lógica que para alguns terem vida qualificada, outros teriam que ter vida objetificada.

Passaremos então a tentar pensar a contemporaneidade a partir destas contribuições fundamentais de Agamben sobre o homo sacer.

2.1.5 A violência como legitimação soberana

É difícil pensar que uma pessoa esteja na posição de objeto ou de sacer sem haver uma forma de violência envolvida. Definida pela OMS como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico [...]” (SCHRAIBER et al., p. 114), podemos

perceber que a violência é muito mais do que isto. A violência é um processo onde o sujeito é transformado em coisa, seja pelo abuso físico, pela ameaça de usá-la, abuso sexual, ataque à moral ou ao psicológico. A violência sempre foi utilizada como uma forma de controle social. Do antigo mito grego de *Chronos* ao moderno mito do Pai da horda primeva, a violência é a forma pela qual se mantém o controle dos grupos e dos corpos. Seja o pai que mata seus filhos, devorando-os, ou que os impede de exercerem sua sexualidade, ou da mãe que faz complô com seu filho para matar seu pai, ceifando justamente aquilo pelo qual este pôde se tornar genitor, o corpo parece ter sempre sido o espaço privilegiado para o acontecer da violência.

Contudo, tais imagens de violência, ou da barbárie, formas de manter ou de tomar o poder, não existem apenas nos mitos. Acontecimentos como o Domingo Sangrento na Rússia ou o Holocausto do Nazismo, tão presentes ainda no imaginário social, talvez um dia sejam pensados apenas como mitos, justamente por parecerem estar tão longe da racionalidade e da simbolização humana. Racionalidade esta que começou a ser tão valorizada no final do século XVII na Europa, principalmente a partir do Iluminismo, e que é marca de orgulho e ostentação durante todo século XVIII. Uma racionalidade que, em tese, deporia reis e colocaria em cheque privilégios e repressões da igreja, balizando mais os indivíduos.

Não é à toa que a Renascença se constituiu a partir da oposição à autoridade e à violência imposta na dita Idade das Trevas. A ideia, se nós podemos dizer assim, é que os próprios homens estabelecessem entre si as posições de poder e prestígio, posições estas que podiam mudar sem ficar atreladas a uma ordem imutável, ao Pater Poder, ou aos representantes do poder de Deus, representantes do próprio poder soberano. De maneira progressiva, vemos o poder soberano em constante declínio ou transformação, inclusive as formas de violência ligadas a ele. Se o poder vem de Deus, a soberania é imposta por seus representantes, e todos os demais são vidas a serem submetidas. Com a morte de Deus, muito bem anunciado por Nietzsche, o poder soberano fica à mercê dos grandes burgueses, comerciantes e futuros donos de fábrica.

Os chefes de família encontram aqui sua importância máxima, mas isto não dura até a contemporaneidade, pois que o pai está morto já observamos no texto de Freud, e o poder soberano mais uma vez se desloca, caindo nas mãos das crianças: “sua majestade, o bebê” (FREUD, 1914/1976, p. 37). E quantas violências não foram

geradas na mulher em nome da criança, como todo o controle “científico” em cima de seu corpo, através do surgimento das novas formas de medicina como a obstetrícia e da ginecologia, bem como através de políticas como a antiabortiva, em que a mulher perde totalmente o controle de seu corpo. Porém, como todo poder soberano está fadado a um fim, isso também ocorre na contemporaneidade com esta visão da criança como futuro, e da mãe como a protetora dela, já que, cada vez mais, a mulher está se emancipando deste papel de ser mãe. “Ser mãe” deixa de ser o principal destino almejado por muitas mulheres, e elas vão aspirar principalmente por outros papéis sociais.

Seja por aspirar novos papéis sociais, seja pelas posições depressivas de algumas mulheres frente à vida, segundo observações clínicas como as de Green, o fato é que o papel de mãe está em xeque na contemporaneidade, e que a derrocada da soberania da criança em detrimento da mãe, gera uma nova maneira de se dar a violência. Assim, na contemporaneidade, Green (1988) afirma uma morte da figura materna, e que tal morte caracteriza uma implicação estrutural para a criança que vivencia tal perda não como destrutividade sangrenta, mas como depressão grave ou simplesmente estado de vazio. É o desinvestimento libidinal que caracteriza os estados de vazio vistos na clínica contemporânea e que têm a ver com o objeto primário, a mãe. Tais desinvestimentos libidinais podem se dar de forma tão massiva e radical no psiquismo que acabam por deixar marcas no inconsciente, “buracos psíquicos”, que podem ser preenchidos das mais diversas formas, dentre estas, a violência.

Para Costa (2010) a violência mostra-se efetiva em nível narcísico desde que um objeto, considerado bom em determinada época, passa a ser representado como mau ao negar prazer, ao desencadear dor, ou por ser “ausente e destrutivo” (COSTA, 2010, p. 176). Isto tem consequências fundamentais no narcisismo da criança:

O narcisismo moderno, dissemos, é um narcisismo defensivo, voltado para o investimento do corpo, que se tornou foco de sofrimento e ameaça de morte pela ação da violência. Esta hipótese choca-se aparentemente com as teses sobre o hedonismo da sociedade contemporânea. Porém, ao nosso ver, esta faceta vendável da ideologia do bem-estar é divulgada para dissimular o medo do sofrimento e da morte, que apavoram o indivíduo moderno. (COSTA, 2010, p. 178).

Narcisismo e violência se embrincam nestas novas modalidades do mal-estar na contemporaneidade, que podem ter seu início remetido à década de 70, mas que expressa claramente seus signos mais representativos a partir da década de 90. Este mal-estar está vinculado no campo do corpo e da ação social. Não é à toa que a própria violência apresentasse de forma gratuita, de tal forma que a descarga psicossomática não tem potencial de simbolização (BIRMAN, 2009).

Como Birman afirma (2009), tais mal-estares são sinais da incapacidade contemporânea de transformar dor, que é da ordem do registro da quantidade na qual a experiência subjetiva se fecha sobre si mesma, em sofrimento, que é da ordem da qualidade, experiência subjetiva capaz de fazer pontes com outras experiências subjetivas. É a condição solipsista da subjetividade (BIRMAN, p. 2009), pois a contemporaneidade é marcada justamente pelo utilitarismo das massas, simples quantitativo de corpos humanos, e desqualificado a capacidade de produção de sentido e das vinculações que só o agir grupal propicia.

Dizer que a mãe está morta significa falar da incapacidade contemporânea de suportar a frustração ou as mudanças sociais devido a um déficit narcísico que, não raramente, se escamoteia de um exibicionismo e enaltecimento narcísico. É objetivando controlar estas mudanças, que o Eu recorre à violência. A expressão máxima desta lógica, e talvez à lógica da própria violência, é que "o Eu rompe, mas não se dobra" (GREEN, 1988, p. 169). A violência é a última saída ao Eu para não se modificar.

Assim, a imagem de si mesmo, é também uma forma de autocontrole determinante nas relações sociais. Galinkin (2006) considera que a noção de pessoa, bem como tudo que se refere à realidade social, é constituída nas relações sociais. Tal afirmação se apoia nos estudos de Marcel Mauss que afirma não ser inata ao espírito humano na ideia de pessoa, mas sim que ela é uma produção social, tendo uma história própria e diferenciações de uma sociedade para outra. Assim, a noção de pessoa varia dependendo do sistema de organização e relações sociais e de seus significados construídos. Esta posição difere daquela tradicionalista, onde cristaliza a noção de pessoa, ou até mesmo a noção de caráter ou personalidade, a sendo algo com o qual o homem já nasce. Também difere em relação com algumas crenças religiosas, onde a noção de pessoa é transcendental, vinculada com a alma ou com o espírito. Ao situar como constituída nas relações sociais, Galinkin (2006) coloca um

ethos na noção de pessoa justamente por este aspecto do homem, e nenhuma entidade metafísica ou natural, em ser aquele que atribui sentido a si mesmo.

Galinkin (2006) aponta que o período histórico da Revolução Francesa é marco fundamental para a mudança social e política de um mundo com uma visão teocêntrica, para um com visão antropocêntrica, onde o homem é senhor de seu destino. Este foi um período de constantes mudanças nas relações sociais no trabalho, na família, na estrutura de poder político, bem como em toda organização comunitária medieval. O indivíduo passa a ser um fim em si mesmo e o papel do Estado é garantir a liberdade e as oportunidades individuais.

Esta mudança estrutural desencadeada pela mudança do lugar estabelecido para o eu no mundo, dá indícios para entender que todas as formas de relações estabelecidas na sociedade são perpassadas pela forma como o ser humano entende seu lugar no mundo. Estabelecer seu lugar social é dar limites as suas relações com este social. A violência, então, é o que ultrapassa o limite das relações, e não obstante acaba instaurando novos limites quando usada como controle social.

Basaglia (1985) discute justamente como a violência está tão impregnada em hábitos e comportamentos de algumas instituições, que inclusive possuem como papel cuidar, educar ou tratar, e que, por apresentarem um discurso de que são medidas necessárias, as pessoas acabam nem notando, ou nem se importando, que na verdade é violência sem nenhum propósito funcional real. Assim, Basaglia (1985) comenta que nos hospitais psiquiátricos os pacientes são concentrados em grandes salas de onde não podem sair nem mesmo para ir aos sanitários:

Em caso de necessidade o enfermeiro vigilante aperta uma campainha para que um segundo enfermeiro venha buscar o paciente e o acompanhe. A cerimônia é tão demorada que muitos doentes acabam fazendo suas necessidades ali mesmo. (BASAGLIA, 1985, p. 99).

Basaglia (1985) também observa práticas de violência em outras instituições, como num hospital público, onde o internado provavelmente será vítima de variações de humor por parte da equipe médica; ou numa escola, onde sobre a ameaça de ficarem de castigo, as crianças devem ficar mudas, impossibilitadas de conversar com

seus colegas; ou mesmo numa família, onde os filhos são punidos por seus pais por não serem aquilo que eles desejam.

A violência é exercida nas instituições em cima de quem ela deveria favorecer, como se para cumprir o seu *officium* fosse necessário que os usuários dos serviços se transformassem em objetos, passíveis de quaisquer comandos dados. Isto é favorecido por existir uma clara divisão de funções, numa hierarquização das relações, como a do professor e aluno e a do médico e doente. Estas imagens de violência, da qual as pessoas geralmente têm consciência, mas preferem ignorar, aparece cotidianamente em graus diferentes, obedecendo à necessidade de quem detém o poder de explicitá-las ou de disfarçá-las.

Assim, enquanto um governo prefere abafar casos de torturas contra esquerdistas, outro governo deixa evidente o assassinato de dezenas de pessoas desarmadas em praça aberta para que os demais, com medo, não tentem mais sequer orar por mudanças. Quanto mais a violência está diluída no cotidiano, mais ela serve como controle social. E quanto mais os governos usem a desculpa de seu ofício para legitimar a violência como instrumento, mais pessoas terão suas vidas desqualificadas, seus direitos ignorados, e mais ocuparão o lugar de homo sacer.

Tanto os rituais dos enfermeiros, quanto o controle abusivo da professora ou as surras dos pais, são justificados pelos agressores, que detém o poder, com fins a disfarçar sua violência. Assim, suas “ações” são necessárias no tratamento da doença, ou para conseguir ensinar/educar. Esse poder é transferido, nos dias atuais, para as figuras dos técnicos, como psicoterapeutas, assistentes sociais, entre outros, que possuem como função adaptar os indivíduos a sua condição de “objetos de violência”. Assim, Basaglia afirma que:

Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde pode-se ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985, p. 101).

Se para Basaglia a violência está na base de todas as relações de sua sociedade, para Elias (1993), o controle social, e a violência pela qual este controle

se presentifica, são a própria condição da civilização. Para Elias (1993) nada na história indica que o processo civilizador se deu por algum planejamento calculado em longo prazo por grupos ou pessoas, nem que as ações das pessoas no passado estiveram orientadas racionalmente e conscientemente para tais fins. Esta se deu possivelmente pelo entrelaçamento de muitos planos e ações, impulsos emocionais e racionais, dos indivíduos e grupos ao longo do tempo, e isto pode dar origem as mudanças e aos modelos que anteciparam o processo civilizador. Contudo, para que esta rede possa existir, é necessário:

A moderação das emoções espontâneas, o controle dos sentimentos, a ampliação do espaço mental além do momento presente, levando em conta o passado e o futuro, o hábito de ligar os fatos em cadeias de causa e efeito – todos estes são distintos aspectos da mesma transformação de conduta, que necessariamente ocorre com a monopolização da violência física e a extensa das cadeias da ação e interdependência social. (ELIAS, 1993, p. 198).

Mais do que uma aliança entre os indivíduos para poder formar a civilização, o que Elias (1993) fala é que esta civilização simplesmente ocorreu, sem nenhuma divindade ou intenção superior que a orientasse para isto, e que aspectos como o domínio da violência física, bem como o controle das emoções e sentimentos, foram fundamentais desde seus alicerces, e que também continua a perpassar durante sua história. Embora na história humana comportamentos considerados selvagens, e por isso mais violentos, tenham mudado para outros mais “civilizados”, a violência física, e a ameaça de que dela emana, continua exercendo influência decisiva na vida das pessoas, estejam elas conscientes disto ou não.

O exemplo mais claro que Elias (1993) traz disto é o caso da transformação da nobreza, que a princípio era uma classe de cavaleiros, em cortesãos. Nos tempos em que eram guerreiros, onde seu cotidiano era repleto de batalhas, a moderação de seus afetos era inútil e nula. Se vitoriosos, tinham uma satisfação sem limites do prazer à custa das mulheres que desejasse, ou na destruição ou tortura de quem lhe fosse inconveniente. Mas se fossem derrotados, eram alvos de toda violência daqueles que os derrotaram, sofrendo injúrias e agressões iguais ou piores do que eles próprios fariam. Isto nos faz retornar à problemática discutida por Agamben do sobrevivente. A lógica contemporânea herdada do nazismo em relação à aceitação,

mesmo num estado de direitos e entre cidadãos, da existência do homo sacer é: maior que qualquer empatia que eu possa ter com a destruição do outro, o fato disto não estar acontecendo comigo me deixa não apenas sem agir, mas traz também uma alegria.

Assim, Basaglia e Elias demonstram como o controle de pessoas e de grupos se dá através da violência que está sempre presente nas relações sociais, bem como na civilização como um todo. Seja através da nítida violência das batalhas e guerras, seja da violência embutida nos comportamentos justificados de algumas instituições, seja no próprio autocontrole, que em alguns casos é uma violência aplicada a si mesmo.

Discutir como o controle social e a violência se encontram em todas as relações sociais e como a imagem do eu é também forma deste controle, nos dá base para poder discutir como, nas sociedades contemporâneas pode-se falar de um domínio da imagem. Domínio este que se apresenta no maciço investimento financeiro e afetivo na imagem da mercadoria (publicidade), na imagem do eu (narcisismo), ou mesmo na imagem das outras pessoas (corpo-mercadoria).

2.1.6 A imagem como liturgia da contemporaneidade

Como a imagem chegou a ter tal posição privilegiada? Carlos Porto-Gonçalves (2006) pensa a partir do episódio histórico da chegada do homem no espaço, fruto da corrida espacial entre EUA e Rússia na segunda metade do século XX:

Estávamos em finais dos anos 1950 e o cosmonauta Yuri Gagarin, pela primeira vez, viu a Terra do espaço. “A Terra é Azul”, disse. [...] A Terra era um planeta finito solto num espaço infinito, ideias que começavam a deixar de ser conceitos filosóficos e científicos para se tornarem IMAGEM. E, a partir dessa época, a IMAGEM tornar-se-ia cada vez mais poderosa. (PORTO-GONÇALVES, 2006, p. 11).

Uma simples imagem, capturada por uma objetiva, colocaria em cheque séculos de crenças religiosas, especulações filosóficas ou debates científicos. Mas,

desta imagem, nada era simples. As duas potências mundiais não deslocariam os interesses de seus países, principalmente as grandes somas de investimentos financeiros para o desenvolvimento e manutenção de tais tecnologias, se não fosse apostando em um retorno destes investimentos muito mais maciço, um retorno político-econômico.

Como coloca Porto-Gonçalves (2006), todos os dias recebemos via satélite, pelos meios de comunicação, informações de todo o mundo, o que nos faz aumentar o sentimento de pertença a esta imagem do globo, a esta globalização. Uma globalização que, em vez de representar os interesses das várias nações sobre o globo, representa o interesse de organizações que, às vezes, nem nação demonstra ter, como o Fundo Monetário Internacional, Organização Mundial do Comércio, entre outras ONG's e corporações multinacionais.

Assim a globalização é eminentemente política. As informações (imagens) do mundo que chegam, nas quais nos sentimos tão implicados, são politicamente editadas. A objetiva que fotografou a Terra não pertencia a todos os povos da Terra, mas sim a um único dono. A fotografia representa muito mais os interesses do fotógrafo do que a realidade observada.

Mas, de certa forma, não foi isso que Basaglia e Elias mostraram que ocorre em todas as relações sociais, no próprio existir da civilização? Que o controle social não é justamente a imposição de uma realidade “editada” pelo dominador ao seu dominado? O que talvez caracterize nossa sociedade contemporânea foi o meio de produção capitalista ter se voltado tão fortemente para o investimento da imagem, em vários âmbitos, que não só a própria imagem se tornou mercadoria, como passou a ocupar este lugar de destaque, de dominação, no tecido social.

E é esta supervalorização da imagem que vai modificar de vez a razão de se comprar um produto pela sua utilidade ou precisão para uma lógica de consumir o produto por adesão. Esta lógica parece levar, em última instância, àquilo que Marx desvela: “[...] a produção não se limita a fornecer um objeto material à necessidade, fornece ainda uma necessidade ao objeto material [...] a produção não cria somente um objeto para o sujeito, mas também um sujeito para o objeto.” (MARX, 2000, p. 32-33). O capital é muito mais investido em sua imagem, através da propaganda, do que no produto. Assim a propaganda se torna o toque de ouro de Midas, a nova fonte da

mais-valia. E aqui o controle social da contemporaneidade se dá através de outra roupagem, escondido atrás de um nome-chave: a persuasão.

Sobre a persuasão na publicidade, Baudrillard (1978) comenta que esta nada tem a ver com mostrar e provar a utilidade do produto. E sim, explorar uma sensibilidade e necessidade latente que cada indivíduo tem de proteção e gratificação, remetendo desde os tempos de infância, colocando um signo que busca ocupar este lugar de quem lhe protegia e gratificava, como uma mãe, e que por isso mesmo o deixa suscetível para que este novo signo, a imagem da mercadoria, possa vir a informá-lo sobre seus desejos. Assim:

Precisamos ouvir através desta doce litania do objeto o verdadeiro imperativo da publicidade. "Veja como a sociedade não faz mais do que se adaptar a você e a seus desejos. Portanto, é razoável que você se integre nesta sociedade." [...] Que a publicidade se organize a partir da imagem materna ou a partir da função lúdica, de qualquer modo ela visa a um mesmo processo de regressão aquém dos processos sociais reais de trabalho, de produção de mercado e de valor, que poderiam perturbar esta miraculosa integração: este objeto, o senhor não o comprou, o senhor sim emitiu o seu desejo e todos os engenheiros, técnicos, etc., com ele o gratificaram. (BAUDRILLARD, 1978, p. 276).

O que é interessante é que não se trata mais de uma relação simbólica, e que por isso mesmo pode ser discutida, re-significada, de venda de um objeto e compra por um indivíduo. Mas de uma relação imaginária, e por isso mesmo cristalizada, de uma imagem enganadora que se diz complemento de seu consumidor, para uma imagem do eu que, por não saber muito mais de sua falta do que a angústia que surge dela, se deixa acreditar... e enganar.

Aqui, a propaganda da medicina cosmética e da indústria farmacológica ganha sua função última. No discurso da juventude e da felicidade sem preço, todos os dias novas cápsulas da felicidade e cremes rejuvenescedores são lançados no mercado. Os psicotrópicos nunca fizeram tanto sucesso, numa verdadeira banalização da patologia contemporânea. A indústria farmacológica chega a ser tão poderosa que é o segundo setor industrial que mais gera dinheiro no mundo, perdendo seu posto apenas para outra indústria que encontrou justamente nos espetáculos midiáticos uma forma de acumular capital ilimitado: a indústria bélica.

Enganar justamente porque não é algo real, concreto, que o indivíduo busca obter, mas que e a isso ele acaba ficando preso num jogo de imagens, pois como fala Baudrillard (1978), a imagem e sua leitura não são o caminho mais curto para um objeto, mas apenas para uma outra imagem, reificando assim a lógica da publicidade, cristalizando o engodo da imagem como objeto de desejo. E aqui podemos perceber uma nova forma de exclusão social, que não é uma exclusão de gênero, etnia, orientação sexual ou classe social, mas uma exclusão de desejo. Exclusão social do desejo por dois aspectos: O primeiro é que o desejo, embora seja considerado o aspecto mais íntimo humano, é sempre advindo nas relações sociais, ele não é uma maturação biológica.

O segundo aspecto, e este sim mais importante para este estudo, é que o indivíduo, preso no engodo de uma imagem que representa seus desejos, caso não consiga realizá-lo, consumi-lo, ele sente que deixou de fazer parte desta sociedade, ou com Baudrillard (1978) fala, deste reino, onde todos buscam atingir seus desejos. Privado do desejo, excluído socialmente. Esta é uma exclusão bem própria que ocorre no campo das psicoses, uma exclusão social devido a não compatibilidade da imagem [de]formada do eu com o mundo social.

Uma exclusão que geralmente não se dá diretamente pelo grupo, mas que muito se assemelha ao autocontrole comentado por Elias (1993). Psicótica ou não, caso tenha sido persuadido de que seu desejo se encontra na via do consumo, como parece ser verdadeiro para todos os outros indivíduos ao seu redor, e caso não possa consumir, a pessoa não se sente capaz de fazer parte de nenhuma relação social. O que é mais trágico nisto é que, mesmo que a pessoa consiga compartilhar desta lógica social esquizofrênica, esta alterna constantemente entre uma tentativa de suportar a constante busca [das imagens] de seus desejos [impostas pela publicidade], e o sentimento de ser excluída.

Neste sentido, Birman (2005) traz que o autocentramento do sujeito no Eu surge desde o Século XVII, quando começou a se valorizar as noções de interioridade e reflexão sobre si mesmo, ou seja, o individualismo. Contudo, na contemporaneidade, o centramento no Eu assume formas inéditas. Para Birman (2005), uma cultura da imagem é correlato essencial da estetização do Eu, pois o destaque que se tem socialmente se realiza por uma desmedida constituição da imagem pela individualidade. O sujeito vale pelo que parece ser, mediante as imagens

produzidas, e aqui encontramos mais uma vez o valor de controle da publicidade, para se apresentar mediante a cena social. A pura exibição é agora lema essencial da existência. O fracasso de se realizar esta estetização e glorificação do eu, é desencadeador de diversos funcionamentos psicopatológicos da modernidade, como depressões, síndrome do pânico, toxicomanias, bulimias, anorexias, etc. Mas a mesma configuração social que adoece o sujeito é a mesma que dá seu remédio. Remédio no sentido literal, já que a indústria psicofarmacológica é a principal opção de tratamento na cultura ocidental a partir do século XX.

Na contemporaneidade, o quadro clínico patológico é definido muito mais em cima do fracasso da exaltação do eu no meio social. Quando deprimido, simplesmente o sujeito não consegue exercer o fascínio da estetização de seu eu, assim permanece fora da lógica vigente. E sua “cura” para isto é a sistematização do uso de remédios, ou melhor, de drogas que, por serem artefatos tecnológicos supervalorizados, faz com que se volte a glorificar o eu. O controle social assim perpassa esta constante busca de exaltação da imagem do eu e do encontro do outro apenas como um outro-corpo, ou seja, apenas como um objeto. As relações sociais parecem se tornar mais instrumentais, onde a outra pessoa é tida como mais um objeto, um artefato, para a exaltação de minha imagem.

É o imperativo *agonístico* da contemporaneidade, pois o outro não é alguém para se dialogar, compartilhar sonhos ou construir uma vida, mas apenas para se estabelecer pequenos acordos de extração de gozo. A violência também teria um aumento em sua dimensão de forma evidente. Onde saquear o outro, denegri-lo, eliminá-lo, caso ele seja de alguma forma obstáculo ao gozo, se faz de forma quase banal e habitual: “As práticas neonazistas estão aí mesmo, em toda parte, na nossa existência cotidiana. [...] A morte e o assassinato, assim, se impuseram na cena cotidiana como trivialidades.” (BIRMAN, 2005, p. 25-26).

Neste constante hábito de atacar o corpo do outro, seja com as mais diferenciadas formas de violência, seja apenas pela pseudo aceitação do outro apenas se este apresentar seu eu de acordo com a lógica social [publicitária] vigente, não existe espaço para o respeito à alteridade ou para a subjetividade alheia. É a banalização da condição sacer. Numa sociedade onde os “meios de comunicação” deixam de ser apenas instrumentos utilizados para se comunicar, passando para efetivamente estruturar as relações sociais, e a montar a verdade na qual as pessoas

são persuadidas a acreditarem, se tornando praticamente um novo Deus, o superinvestimento político-econômico da imagem é certamente meio de controle social. A velha expressão ver para crer nunca foi tão forte. Se crê naquilo que se vê, mas o que se vê é apenas edição que representa outros interesses.

Assim, a imagem não é só utilizada para propiciar retorno econômico. Ela é fortemente utilizada no campo político, onde governos investem boa parte de sua renda em propagandas. Não é preciso lembrar que a propaganda foi uma das grandes armas do nazismo e que o sentimento de pertença dos alemães estava tão fortemente vinculado a imagem do Führer, seu grande e soberano pai.

2.1.7 Do discurso que seduz e da montagem que captura

“O objetivo de toda vida é a morte” (FREUD, 1920/1969, p. 49). Se Freud já lembrara que não existe exceção ao fato de que o destino de todo ser vivo é morrer, esta regra mais uma vez é, aqui, retomada. Pois, para se conseguir viver, para que cada pessoa consiga fazer parte seja de um regime totalitário, seja de uma sociedade de consumo, seja numa lógica social da instrumentalidade, é necessário primeiro que ela abra mão de sua própria opinião, sua própria subjetividade. Vários pensadores das mais diversas áreas já escreveram textos a respeito da cultura ou da comunicação de massa, sendo que boa parte se dedicou a debater [e a combater] o que aconteceu na Segunda Guerra Mundial.

A Segunda Guerra, bem como outros acontecimentos da primeira metade do século XX, trouxeram à luz do pensamento e da consciência humana algo que era até então inimaginável: o extermínio de toda a humanidade pelas mãos do próprio homem. Não é mais necessário esperar pela intervenção divina ou juízo final; não é mais preciso esperar pelas mudanças climáticas ou por outras catástrofes da natureza; pois os avanços técnicos e instrumentais que o homem tinha realizado até a Segunda Guerra foram suficientes para demonstrar que o poder de aniquilar todas as pessoas do planeta Terra já era alcançável apenas através de seu próprio conhecimento.

Já os avanços técnicos da segunda metade do Século XX não são menos surpreendentes. A tecnologia parece querer libertar o homem totalmente de seus

últimos indícios como ser natural. Podemos perceber isto através da corrida espacial e a chegada do homem na Lua, que indica a possibilidade de viver em outro lugar ao qual sua gênese não o tivesse determinado a viver. Já as promessas da farmacologia caminham cada vez mais para a realização do desejo humano de nunca envelhecer, e conseqüentemente, não morrer. E a notável expansão dos meios de comunicação, seja pelo jornal, rádio, televisão ou internet, parece concretizar a ambição humana de tudo saber.

Assim, em apenas um século, o homem torna-se: Onipotente, através da capacidade de exterminar toda a forma de vida, inclusive a humana, de nunca morrer, além de ser eternamente jovem e belo; Onipresente, através da tecnologia que libera seus grilhões da Terra e o permite viajar e viver nos mais distantes cantos do Universo; Onisciente, através de seu olho, do olho da TV, do monitor, do satélite, que permite a ele tudo saber. Em outras palavras, em apenas um século, o homem torna-se Deus.

Mas que homem é este que se tornou Deus? São todos os homens que adquiriram tão status? Apenas poucos? Apenas um? Onde ele, ou eles estão? O que é importante aqui não é a existência concreta de tal ser humano, mas sim o fantasma que esta imagem de um homem soberano estrutura no seio mesmo das relações sociais. O homem moderno acredita tanto na existência de um homem que desfruta de todos os avanços tecnológicos, e por isto mesmo adquire a perfeição, quanto o neurótico acredita na existência de um perverso capaz de gozar de tudo e de todos sem ter uma única dúvida ou culpa.

O homem não tenta mais se aproximar de Deus, ele tenta ser outro Deus. Não precisa mais falar com os outros homens, indagar e ser indagado para buscar suas verdades. Sua verdade já está opticamente visível na sua frente, é apenas necessário ele tomá-la, consumi-la, sê-la. Não é à toa que os próprios acontecimentos do Século XX citados são tão poderosos justamente pela divulgação e propagação das imagens: os campos de concentração; montanhas de corpos de pessoas nuas e mortas; o cogumelo nuclear em Hiroshima e Nagasaki; a nave branca e gigante da NASA soltando gases e fogo, indo em direção ao espaço; o homem pisando na Lua e encravando a bandeira dos Estados Unidos da América; corpos e rostos perfeitos, aperfeiçoados pelo *photo shop* etc.

Quanto mais a imagem adentra o mundo social, mais o silêncio político impera, pois o silêncio é a condição da massa. Em trabalho anterior (CORREIA, 2011),

investiguei como para Baudrillard (1985) a importância da massa não é de ser condutora do político ou do social, e que sua força é a força da inércia. Um poder que absorve qualquer energia vinda do social, sejam os novos pensamentos ou acontecimentos, para ser diluída na própria massa. A única força da massa é a força de seu silêncio, pois o que caracteriza a massa é justamente a sua liberação das tradições, costumes, ou qualquer outra obrigação simbólica.

Assim, uma das características da cultura de massa é o fim da voz política. Mas o que é que podemos entender por voz política? Ou mesmo o que seria algo de verdadeiramente político? Hanna Arendt, judia, filósofa e uma das principais comentadoras dos regimes totalitários trabalha em muitas de suas obras o conceito e as características da política. Para Arendt (1997), a política não diz respeito a manutenção de uma ordem, de um estado de coisas iguais, mas à descoberta do novo, do espanto e da criação, de se poder pensar algo até então impensável e de agir em pró de algo que ainda não existe. Uma vida sem discurso ou ação é uma vida morta para o mundo, pois esta é a única forma do homem não ser mero objeto, é a forma de contrapor-se à mera existência corpórea. O discurso sem a ação implica ainda revelação, oportunidade do novo surgir, mas a ação sem discurso não implica revelação, mas apenas um ato automatizado. Esta qualidade da ação e do discurso como criador, político, é justamente o que escapa à massa.

Para se ter um discurso político é preciso que as pessoas estejam em articulação umas com as outras, investidas do social e investindo seus afetos no social, participando dele, e não apenas consumindo-o, não apenas implodindo-o: “Estar isolado é estar privado da capacidade de agir.” (ARENDT, 1997, p. 201). Assim, a ação jamais é possível no isolamento. Como a fabricação precisa da circunvizinhança da natureza, a ação e o discurso são circundados pela teia de atos e palavras de outros homens, e estão em permanente contato com ela. Todo aquele que, por algum motivo, se isola, torna-se impotente, não importa qual seja sua força, ou quão válidas sejam suas razões.

Esta valorização do discurso não é só Arendt que faz. Toda a tradição filosófica ocidental é perpassada, de uma forma ou de outra, pela importância do como e do que se fala, da forma e do conteúdo. Um exemplo claro é o que imaginamos ter sido o auge da polis grega. Em textos como o Banquete (PLATÃO, 2011) percebemos a importância de como os diálogos e a retórica são fundamentais para tentar se

construir um saber sobre dado assunto. Para Arendt (2008), é com as formulações de Platão (1987) a partir do julgamento de Sócrates que, no discurso, o bom se separa do belo, que o conteúdo se separa da forma. A condenação de Sócrates foi injusta para Platão, mas ele percebeu que o resultado de tal julgamento se deu pelo fato de que enquanto Sócrates estava muito mais preocupado com a verdade de seu saber, com o conteúdo, com o bom, aqueles que conseguiram condená-lo usavam um discurso muito mais polido, mais sedutor e que conseguia envolver a multidão, embora fosse praticamente vazio de sentido.

A plateia condenou Sócrates, um dos mais brilhantes membros da polis, porque foi seduzida pela retórica, por um discurso apenas estruturado para ser bonito. Daqui já podemos perceber que este é um dos aspectos mais importantes ao se referir a uma cultura da massa: sua sedução pelo belo. A lógica da cultura de massa é de não pensar ou de debater sobre um sentido que ela aceite como verdadeiro. Sua lógica é a dos espetáculos. Na massa se dá uma exacerbação da beleza, do espetáculo, da imagem e do imaginário em detrimento do discurso, do simbólico e das trocas simbólicas.

Arendt (1989) também pontua que aqueles que participaram dos regimes totalitários demonstram um isolamento e uma diminuição de suas trocas simbólicas e apagamento dos laços sociais entre seus próximos, como parentes, vizinhos, ou pessoas conhecidas, e uma pura valorização da imagem de seu líder e pela sedução as suas palavras de ordem, rituais e propagandas dos mais diversos tipos. As pessoas se amontoam e se tornam massa pela sua desmobilização política, pela sua inércia. Deixa de ter classe, família, amigos, comunidade. Cada uma destas formas pressupõe a existência e o convívio com a alteridade: eu só faço parte de uma família, porque existem outras que eu não faço parte, etc. Ter voz política é aceitar a alteridade. A massa, vista principalmente nos regimes totalitários, é amorfa, ninguém se distingue de ninguém, e isto aniquila o seio mesmo da alteridade.

A dimensão silenciosa é algo fundamental que está por trás das massas. O totalitarismo, como figura máxima do poder soberano na contemporaneidade, dizima qualquer diferença, não permite o outro, na lógica da aniquilação. A massa e seus esforços representam o desejo do líder, e sua realização. Eles têm que ser leais, um único pensamento, uma única vontade. Quem não representa lealdade é aniquilado.

A polícia num regime totalitário é mais importante e mais poderosa do que o exército. Isto se dá porque enquanto o exército se prende a questões de fronteiras com outras nações, a polícia vai à vida de cada um dos cidadãos, vigiando e controlando em favor do governo totalitário. Não é medindo forças com as outras nações que o regime totalitário se torna forte, mas sim manipulando a massa de sua população. Aqui se reflete o medo que cada um tem de falar com um próximo seu sobre suas dúvidas, suas indagações. Tem medo em ser denunciado, tem medo de não mais fazer parte do todo e por isto ser aniquilado, numa lógica de vigilância e punição (FOUCAULT, 2014), e a partir daí Agamben parece ter pensado a figura do sobrevivente.

Além do silêncio e da impossibilidade de exercer a fala, da impossibilidade de ser sujeito, a força dos regimes totalitários se dá pela massa não ligar para a tradição. Podemos pensar justamente na origem do nazismo. Depois da primeira guerra, a Alemanha ficou arrasada e a juventude já não mais reconhecia os seus líderes. Os dois partidos, o nacional e o socialista, já eram ridicularizados pela sua população, pois não tinham mais diferenças visíveis e nem mais sentido em seus discursos. Assim, as massas montam o partido nacional socialista, como uma forma de dizer que não se importavam qual o objetivo deste novo partido, contudo que fosse melhor do que os anteriores.

Arendt também ressalta a importância da técnica e da perfeição da aplicação do método no nazismo, principalmente ao que iremos debater adiante sobre a eugenia. Em países pequenos é inviável ter qualquer forma de regime ou governo que extermine parte de sua população, por quaisquer que sejam os motivos, já que se tornaria insustentável financeiramente e demograficamente. E este era o caso da Alemanha antes da guerra, onde não podia ter um governo totalmente totalitário como a Rússia porque o povo alemão não era grande o suficiente para permitir o completo desenvolvimento desta forma de governo.

Foi só durante a guerra, com as conquistas do Leste que forneceram grandes massas e tornaram possíveis os campos de extermínios, que a Alemanha pode estabelecer um regime verdadeiramente totalitário. Em vez de argumentar com os outros partidos, aniquilava-os. Preferiam métodos que levavam à morte em vez de persuasão. A Alemanha tornava-se soberana no radical sentido da palavra, de fazer o que quisesse com os corpos que ela mesma decidiu não serem mais pessoas. Vidas

nuas desfilavam quilômetros nas marchas promovidas pelos nazistas, e boa parte morria de fome, de frio, de febre. Aniquilando quem se opõe, os regimes totalitários resolvem rapidamente qualquer forma de incoerência interna que pudesse existir. Se for discutir, debater, dialogar, o resultado final será incerto, podendo ser fora do desejado. Mas ao exterminar, ter-se-á um resultado certo, exato. É em cima deste saber técnico, exato, que o nazismo parece ter se erigido. É só pensar na fileira retilínea de pessoas que eram assassinadas com apenas um único tiro de rifle, com o objetivo de economizar as balas, ou posteriormente, com o desenvolvimento da técnica, na implementação das câmeras de gás. Mas, para os soldados, eles não achavam que faziam nada mais do que seu *officium*, e por isto, deviam cumpri-lo da maneira mais eficaz possível.

O que Arendt critica é a sobreposição da técnica e da tecnologia nas formas e objetivos das relações sociais em detrimento da expressão da fala, do diálogo e do julgamento crítico. É como se o homem deixasse sua consciência, seus valores, sua moral, em pró da utilização de uma técnica. Alguns psicanalistas realizam estudos que tratam da existência de certa paixão pela instrumentalidade, que tem a ver com esta destituição subjetiva em pró da técnica, situação esta que encontramos nos estudos de Agamben (2013).

Um dos primeiros psicanalistas que chamaram a atenção para a paixão pela instrumentalidade, trazendo até hoje as mais importantes contribuições sobre esta, foi o psicanalista Contardo Calligaris. Para demonstrar a paixão pela instrumentalidade, Calligaris (1991) dá dois exemplos: O primeiro exemplo é o de Albert Speer, responsável pelo esforço bélico e industrial de Hitler nos últimos anos da guerra. Para Calligaris, Speer se revelou uma pessoa fundamentalmente honesta, eximindo totalmente o povo alemão dos atos da guerra, responsabilizando coletivamente os dirigentes do partido.

Calligaris acha notável o fato de que Speer se responsabilizava até por atos que certamente não tinha conhecimento. Para explicar o que aconteceu, Speer coloca que foi um efeito do desenvolvimento da técnica moderna. Calligaris resume assim a autodefesa que Speer realizou em Nuremberg: “a guerra era inevitável porque havia os meios técnicos para fazê-lo.” (CALLIGARIS, 1991, p. 109).

O segundo exemplo é sobre a utilização da bomba atômica, antes de Hiroshima e Nagasaki, em seu primeiro teste real. Calligaris coloca que os cientistas não tinham

certeza teórica de que a reação atômica desencadeada parasse. Mesmo assim eles realizaram a experiência, embora não fosse tão importante no sentido bélico, parecendo muito mais que estavam fascinados pela oportunidade de ver o funcionamento de sua técnica. Contudo, é mais do que isto, e esta é a tese de Calligaris:

o que chama triunfo da técnica, da instrumentalidade, só é triunfo na medida em que os homens mesmos funcionem como parte integrante desta técnica, quero dizer, funcionem como instrumentos. Em outras palavras, onde fala de efeito da técnica, do desenvolvimento da técnica, acho que poderíamos falar do efeito do interesse e da paixão humana em sair do sofrimento neurótico banal, alienando sua própria subjetividade, ou melhor, reduzindo a própria subjetividade a uma instrumentalidade. Esta paixão me parece uma tendência inercial de qualquer neurótico: a paixão da instrumentalidade. Entendo por paixão da instrumentalidade a paixão de “ser instrumento”. (CALLIGARIS, 1991, p. 110-111).

Desta forma, a construção de um saber coletivo propicia aos participantes do grupo construir um saber coletivo que livre cada um de seu sofrimento neurótico banal ao passo mesmo em que é preciso, para isto abdicar de suas próprias singularidades. Ao se tornar instrumento, as pessoas não precisam mais saber se o que fazem é certo ou errado, ou melhor, se elas querem fazer aquilo ou não, pois é a técnica que sabe. Desta paixão de ser instrumento para um saber podemos pensar também na paixão de ser instrumento para um Führer, ou para um líder, ou para um pai.

Esta paixão pela instrumentalidade é uma saída que pode ocorrer em qualquer neurótico. Então a pergunta é saber porque isto não se dá a todo momento. O que Calligaris coloca é a existência de uma certa forma de estruturação do meio social, de uma montagem, que propiciou ao povo alemão tornasse instrumento. Esta montagem baseia-se num apagamento do campo subjetivo e da esfera da vida privada. Cada vez mais o cotidiano e a efetividade dos laços sociais entre os familiares, amigos, vizinhos são deixados de lado em favor do governo, ou do Fuehrer, ou do saber. Os esforços e investimento afetivos de todos devem convergir para a existência de um único laço social totalitário. Uma preocupação de Arendt quanto ao futuro da sociedade pode-se somar perfeitamente a estas contribuições de Calligaris:

Se realmente for comprovado esse divórcio entre o conhecimento (no sentido moderno de know-how) e o pensamento, então passaremos, sem dúvida, à

condição de escravos indefesos, não tanto de nossas máquinas quanto de nosso know-how, criaturas desprovidas de raciocínio, à mercê de qualquer engenhoca tecnicamente possível, por mais mortífera que seja. (Arendt, 1997, p. 11).

Já o psicanalista Peixoto Jr. comenta também estas idéias de Calligaris, e acrescentando outras ideias, como as do filósofo marxista-lacaniano Zizek e do psicanalista Costa, tenta entender o que seria a montagem perversa. Segundo Peixoto Jr. (1999), Zizek afirma que no regime stalinista, que é considerado outro regime também totalitário, Stalin e seu partido se colocam como a única representação neutra e legítimos detentores de um conhecimento das leis objetivas da história. O povo passa a se tornar uma massa através de sua encarnação em ser um objeto totalitário: as pessoas tornam-se o Partido.

Todos abandonam seus desejos em prol de um único desejo. Todos abandonam suas verdades e julgamentos em prol de uma única verdade. Desta forma Zizek traz que caso um dos membros do Partido fosse considerado culpado de algo, a este membro só restaria a opção de se aceitar culpado de tal acusação, mesmo sendo inocente. É a verdade do Partido que sobrepuja a verdade do sujeito. Já Costa, comenta Peixoto Jr., diz que essa espécie de montagem perversa se legitima no exercício burocrático, já que:

introduz os sujeitos numa montagem com economia e dinâmica próprias, absolutamente distintas e desarticuladas de valores predominantes no imaginário social, como os de lei, produtividade, excelência etc. Embora conheça todos estes valores, o burocrata acredita que o fundamental para a sua sobrevivência seja o funcionamento ideal da máquina perversa. (Peixoto Jr., 1999, p. 299).

A psicanalista Szpacenkopf também discute a questão da montagem perversa, mas ele não faz isto a partir dos regimes totalitários, e sim do poder exercido atualmente pelos meios de comunicação, principalmente a televisão. Szpacenkopf (2003) começa a debater a montagem perversa na mídia a partir da questão da perversão, do fetiche e dos estudos de Calligaris. Assim, partindo da noção de que o fetiche é o resultado do “deslocamento que o sujeito faz da função de completar a mãe para um objeto” (SZPACENKOPF, 2003, p. 138), é valorizado justamente o fato de que ele é portador de um saber capaz de trazer a satisfação de um outro ser que

ele adora, seja a mãe, o líder, o conhecimento, dando por isto uma ilusão de funcionalidade às suas ações.

A mídia como montagem perversa aqui aparece por seduzir o olhar do de tal forma que o telespectador sente que não é apenas ele que olha para a tela, mas a tela e aquele mundo por ela criando também olham para ele. É como se sentisse que sua presença diante da tela é fundamental para que aquela montagem exista. Mas não é qualquer sedução. Esta sedução faz com que o olhar do telespectador se perca diante do espetáculo. E isto quer dizer que ele perde sua subjetividade, fica na posição de eterna ignorância com relação ao seu desejo.

Sodré também fala da sedução da televisão e da captura da subjetividade dos telespectadores. Para Sodré (1987) a realidade do espaço social é cada vez mais produzida pelos dispositivos do mercado, onde os meios de comunicação de massa ocupam um lugar privilegiado nesta produção. A televisão, ou como o autor coloca, a “visão-tele”, é a forma de visão à distância, que designa uma única forma de ver, de trocar, de falar, de governar na sociedade contemporânea.

Esta única forma de ver e de falar aproxima-se bastante daquilo que estudamos a respeito dos regimes totalitários. Para criar esta única forma de ver, segundo Sodré, é preciso primeiro “objetivar o imaginário”, expropriando-o do indivíduo, ou “friccionar o real”, para que as imagens ganhem um princípio de realidade. Ou seja, é necessário fundir a realidade ao imaginário, onde o indivíduo parece se aproximar da realidade ao ser capturado por um imaginário controlado. Seduzidos e capturados pelo olhar onividente e onipotente dos meios de comunicação de massa, Sodré coloca que “arriscamo-nos também ao esquecimento da diferenciação simbólica e a uma imobilidade de pedra, na objetivação crescente do mundo, em espaços pré-determinados pela ordem: no trabalho, em casa, dentro de nós mesmos.” (SODRÉ, 1987, p. 75).

A psicanalista Kehl também escreve sobre os efeitos da expansão da comunicação de massa na vida das pessoas. Kehl (BUCCI & KEHL, 2004) comenta que em uma conferência realizada na Inglaterra, o psicanalista Jacques Lacan expressou sua preocupação com os “meios de agir sobre o psiquismo através de uma manipulação combinada de imagens e paixões” (BUCCI & KEHL, 2004, p. 46). É em função de seu desamparo subjetivo que cada telespectador se torna uma presa fácil diante do espetáculo televisivo. A valorização do individualismo, a constante

estimulação da competitividade, ou a redução do indivíduo como sendo mais um consumidor faz com que este desamparo subjetivo torne-se cada vez mais angustiante, e a necessidade de consumir, seja mercadoria, sejam imagens [que também são agora mercadorias], mais urgente. Nesta lógica perde-se a singularidade das produções subjetivas.

Então, parece existir algo de similar nestas contribuições psicanalíticas sobre a influência da televisão no psiquismo, que é a proporcionalidade direta entre a valorização do meio de comunicação de massa e a desvalorização das elaborações subjetivas. Ironicamente, um meio que se intitula de comunicação, cresce e se desenvolve cada vez mais quando as pessoas param de se expressar, expressar sua subjetividade, suas questões, seus desejos. A única expressão é a do sim, do querer consumir o que lhe é apresentado. A voz subjetiva é calada diante desta montagem perversa que instrumentaliza e beneficia os meios de comunicação de massa.

A partir das discussões psicanalíticas poderíamos definir montagem perversa como uma forma de estruturação, organização, das relações sociais que necessita de um apagamento das subjetividades de seus participantes para que estes se tornem instrumentos para a melhor funcionalidade da própria montagem. Ao torna-se instrumento, cada um poderia fugir de suas próprias dúvidas neuróticas, abandonando a culpa de assumir e realizar ou não seu desejo, já que seus investimentos seriam todos direcionados a favor de um saber, ou de outro semblante, que é coletivamente considerado único, total. O que é interessante pois a montagem perversa para ser a continuação lógica do que Agamben (2013) começou falando sobre o *officium*, e desembocou na instrumentalidade (2014). Se as pessoas tinham que cumprir seu dever no trabalho, e depois perante a economia de Deus, agora ela deve cumprir seu dever de ser um perpetuador do social em todos os aspectos de sua vida, inclusive no lazer e em seus relacionamentos.

A montagem perversa também começa a ditar quais são os melhores perfis para se relacionar, para se trabalhar, para se ter como amigo e para ser governado. E isso explica o porquê a massa esquecer tão rapidamente seus líderes. Uma única fraqueza que seja construída midiaticamente termina em sua deposição, sempre em prol de alguém mais digno, mais qualificado.

Assim, na mesma medida em que os meios de comunicação de massa, ou os regimes totalitários precisam, e por isto propiciam, o surgimento e a expansão da

massa, a própria massa precisa destas montagens perversas para poder continuar seduzida, feliz pela segurança advinda de sua dominação e por não precisar mais elaborar aquele seu sofrimento neurótico banal da insegurança. A montagem perversa parece ser a oposição estrutural da imagem da polis grega, onde os cidadãos eram convidados e estimulados a manifestarem sua voz e sua subjetividade num espaço que, justamente por isto, era verdadeiramente político. Uma polis grega onde, para se ter voz, era necessário primeiro ser um homem livre. Na montagem perversa, o que vemos é que para ser livre é necessário que se tenha voz. Por isto, o objetivo de toda montagem perversa é a morte. A morte das trocas simbólicas e da aceitação da alteridade.

Estas contribuições sobre a montagem perversa parecem mostrar como a noção de instrumentalidade que estudamos a partir do ofício se implementa socialmente e adentra na vida privada de cada um, pois torna-se parte de sua visão de mundo, de sua *Weltanschauung*, lembrando o importante texto freudiano. Não é ao acaso que a mídia é tão importante nos dias atuais, afinal de contas seria muito difícil implementar um ofício, uma mesma forma de se comportar, para milhões de pessoas se não houvesse um poderoso meio que conseguisse influenciar diretamente suas visões de mundo.

2.1.8 O discurso do soberano como visão de mundo

Logo no início do seu texto sobre a *Weltanschauung*, Freud (1933/1969) fala da dificuldade de traduzir esta palavra, de conceito tão tradicionalmente alemão, para outras línguas. Em sua tentativa de conceituá-la, Freud (1933/1969) fala entender por *Weltanschauung* uma construção intelectual que solucionaria todos os problemas e questões dos homens, valendo-se de uma hipótese superior dominante, como numa espécie de dogma cultural que constitui uma visão de mundo. A posse de uma *Weltanschauung*, de uma visão de mundo, propicia para seus crédulos uma espécie de segurança na vida. Ora, ter segurança na vida parece ser uma das maiores vontades de qualquer pessoa, desejada desde a mais tenra idade. Diante da debilidade e do desamparo iniciais de toda criança, não é difícil imaginar, sendo quase óbvio, que ela se apega fortemente, e das mais complexas formas, a alguém que dê

a impressão de protegê-la, que lhe dê segurança. O que não parece muito óbvio é que esta mesma criança, quando adulto, tenha necessidade de se apegar a alguém ou alguma coisa, como uma *Weltanschauung*, que, mais do que propiciar segurança, lhe indique um sentido na vida.

Para Debord (1997, p. 14), na contemporaneidade, o espetáculo é a nova visão de mundo: “O espetáculo é uma *Weltanschauung* que se tornou efetiva, materialmente traduzida. É uma visão de mundo que se objetivou”. Uma visão de mundo que capta uma forma de estética e tenta se desfazer da ética, já que referências simbólicas oriundas da cultura local, história regional e pessoal não importam, pois apenas o que é novo tem relevância. As novas imagens produzidas para os espetáculos, que mudam constantemente, variação infinita de modelos sobre modelos, os simulacros “não são apenas jogos de signos, eles implicam relações sociais e um poder social” (BAUDRILLARD, 1996, p. 66).

A tempestade de informações novas, dia-após-dia, corrobora o pensamento de que qualquer conhecimento, seja sobre o mundo, seja sobre si mesmo, está sempre obsoleto, numa lógica em que a antiga dialética do ser e do ter são unidas em uma só: o aparecer. Essa é a lógica da sociedade do espetáculo, exposto por Debord (1997), que desencadeia em seu principal fruto: uma linguagem que agrupa os homens apenas como homens separados e individualizados, como as mercadorias são, para serem usados das mais variadas formas. De tal forma que a economia política domina toda a humanidade, todos os aspectos da vida do homem numa lógica do maquinismo e da instrumentalidade.

Desde aquela época, um fantasma corria os estudos sobre as relações contemporâneas: alguém que toma outro por instrumento. Este outro pode se apresentar das mais diversas formas: como um pai para um filho, uma namorada para um garoto, um marido para uma mulher, um deus para um religioso, ou um líder para uma multidão. Vimos a importância da instrumentalidade para Agamben, e em nenhum outro lugar parece tão exemplar de pessoas sendo usadas como se fossem apenas objetos quanto foram nos governos totalitários, afinal, as pessoas nesses governos são apenas multidões.

Tal como consolidada pelos governos totalitários, a multidão é aquela que fica à espera de um milagre. Não tem classe específica, assim mais e mais pessoas podem fazer parte. O que importa é a desmobilização política. A dimensão silenciosa

é algo fundamental que está por trás das multidões no totalitarismo. Arendt (1989) afirma que as diversas revoluções que ocorreram após a Primeira Guerra Mundial geraram diversas formas de tiranias, como as fascistas e semifascistas, unipartidárias e militares, até o estabelecimento de governos totalitários, como o nazismo e o stalinismo. Tais governos totalitários se distinguem principalmente de outras formas de governos, como a própria tirania, pelo fato de que, no totalitarismo, não é possível coexistir. Todos aqueles que estão fora da norma, seja racial, sexual, política, e até mesmo física, devem morrer. A alteridade é abolida em prol da homogeneidade. A diversidade é combatida para que possa se consolidar a multidão. O totalitarismo dizima qualquer diferença, não permite o outro, na lógica da aniquilação. A multidão e seus esforços representam o desejo do líder, e sua realização. Eles têm que ser leais, pois quem não representa lealdade é aniquilado.

O que importa não é garantir o ótimo funcionamento do governo, mas sim sua lealdade ao líder. Na composição do governo, não importa se tal pessoa é a mais especializada ou preparada para assumir alguma função, mas que ela siga o desejo do líder e não se rebele contra ele. Como Arendt (1989) comenta, no totalitarismo, a polícia total retira até o poder do exército, e pune quem acha que deve ser punido de acordo com o código do Führer. O Führer, ou o líder do governo totalitário, se caracteriza, também, muito menos pela sua competência ou capacidade de administrar, e mais por exercer fascínio na multidão. Assim, Arendt (1989) exemplifica que através de provas documentais é confirmado que o regime de Stalin nunca foi monolítico, mas construído em torno de funções superpostas, duplicadas e paralelas, e o que sustentava realmente este regime era o princípio de liderança, chamado de “culto de personalidade”, que se encontrava também na Alemanha nazista.

Outra característica sobre os líderes, para Arendt (1989), é a extrema facilidade com que seus governos são substituídos. Onde Stalin teve toda uma complexa e árdua tarefa para poder ocupar o lugar de Lênin, participando de amargas lutas intrapartidárias e de vastas concessões à memória de seu antecessor. Contudo, embora Stalin tenha ficado no poder por trinta anos e dispunha de uma máquina propagandística para imortalizar seu nome, este foi substituído sem tais condescendências. O mesmo aconteceu com Hitler, que durante toda a sua vida exerceu um fascínio que supostamente cativava a todos e depois de sua morte mal representou alguma coisa para os que faziam parte da multidão nazista.

Este apego ao líder, e tentativa de esquecimento imediato quando este cai do poder, é um aspecto muito interessante da multidão, já que seria um erro esquecer que os líderes totalitários comandam e baseiam seu poder no apoio da multidão. Não se pode atribuir o sucesso da popularidade simplesmente a propaganda, que em geral era magistral e mentirosa. Os governantes totalitários, explicitamente, vangloriam-se de crimes passados e planejam cuidadosamente os futuros. Eles preferem mostrar sua força e impiedade para os diferentes do que sua generosidade para com os iguais. Assim, Arendt (1989, p. 57) fala que:

A atração que o mal e o crime exercem sobre a mentalidade da ralé não é novidade. Para a ralé, os atos de violência podiam ser perversos, mas era sinal de esperteza. Mas o que é desconcertante no sucesso do totalitarismo é o verdadeiro altruísmo dos seus adeptos.

A fascinação da multidão pelo líder encontra aqui toda sua gravidade, pois, segundo Arendt (1989), embora fosse até compreensível que crimes contra pessoas desconhecidas não abalassem as convicções da multidão, parece irracional o fato de que tais crimes, que não têm nenhuma lógica a não ser demonstrar lealdade ao líder, possam ser cometidos contra os próprios filhos, familiares e amigos. Se denunciados, eram levados para os campos de concentração e executados. Desta forma, é a partir da multidão que os governos totalitários encontram sua base, e o líder, seu poder. Mas, no que podemos falar sobre este fascínio que o líder exerce na multidão?

Freud (1921/1969) já questionou o porquê de, em certas condições especiais, alguém que tem pais, irmãos, amigos etc., cair sob a influência de apenas uma pessoa, e em sua tentativa de responder, utiliza os estudos de Le Bon sobre a figura do líder na constituição da mente grupal. Para Le Bon, segundo Freud (1921/1969), o líder possui um poder misterioso e irresistível que exerce certo domínio sobre os participantes do grupo, enchendo-os de admiração e respeito, e paralisando em suas faculdades críticas. A este poder exercido pelo líder, Le Bon dá o nome de prestígio. Ao ser deposto, o líder, inevitavelmente, perde boa parte de seu prestígio, já que sua imagem grandiosa ou soberana foi abalada. Ao ser deposto, o líder perde o prestígio e o domínio que mantinha sobre o grupo. Isto é muito próximo das descrições feitas por Arendt quanto ao desapego da multidão totalitária, tanto em relação a Stalin, quanto a Hitler.

Mas, para Freud (1921/1969), Le Bon não deu a impressão de ter desvendado o motivo de tal importância do líder na mente grupal. O caminho que Freud vai utilizar para tentar explicar a importância do líder é através do ideal do ego e dos objetos amados. Existe uma instância, comenta Freud (1921/1969), parte do ego, mas que exerce funções especiais, como a auto-observação e a consciência moral, capaz não apenas de criticar implacavelmente o próprio ego, mas também de influenciar a própria repressão. Esta instância é o ideal do ego, que é influenciado pelo meio em que se vive, e reúne deste meio algumas exigências as quais nem sempre o ego pode estar à altura.

O interessante para nosso estudo é quando Freud fala do momento em que um objeto, como um líder, passa a ocupar o lugar deste ideal do ego. Neste caso, a crítica exercida por esta instância silencia, e tudo o que este objeto privilegiado faz ou pede é correto e deve ser atendido. A própria consciência não se aplica a nada que seja feito pelo amor a esse líder. O estado de fascinação e de servidão da multidão encontra nisto uma possível explicação. A multidão vai parecer, para Freud (1921/1969), como certo número de indivíduos que colocaram no lugar de seus ideais do ego, um único objeto, o líder, e por isto mesmo segue cegamente ao que este pede.

Isto parece ir de encontro à história do pensamento ocidental. Boa parte da história do pensamento, principalmente o pensamento filosófico ocidental, desde o conhece-te a ti mesmo até os tempos atuais, parece ter certo compromisso, certa busca, pela verdade. Esta “verdade” não é algo óbvio, e diversos sistemas teóricos poderiam dar as mais diversas narrativas sobre o que é a verdade e nem por isto chegaríamos, em algum lugar, numa explicação clara sobre a verdade. Mas mesmo assim o homem ocidental parece constituir seu pensamento e suas inquietações sempre tendo como um pilar orientador encontrar uma verdade sobre si mesmo, uma verdade intrínseca, uma verdade só dele e de mais ninguém.

No totalitarismo, a multidão parece cessar a busca da verdade e aceitar a verdade do líder. Freud, principalmente com suas formulações sobre a ocupação do ideal do ego pelo líder e da importância da *Weltanschauung*, nos dá ferramentas preciosas para nos ajudar a pensar sobre isto. Mas é em Lacan (2006) que entendemos que o que é da ordem da verdade é sempre da ordem da relação com o outro, porque está intrinsecamente relacionado à linguagem:

A verdade só começa a se instalar a partir do momento em que há linguagem. Se o inconsciente não fosse linguagem, não haveria espécie alguma de privilégio, de interesse no que se pode designar, no sentido freudiano, como o inconsciente. (LACAN, 2006, p. 38).

Assim, se o inconsciente, e o desejo, se localizam em certo privilégio em relação à linguagem, num privilégio que mais poderia ser chamado de um nó, de um lugar onde vários discursos se entrecruzam, provavelmente a questão da verdade também encontre aqui moradia. Lacan (2006) fala que a dimensão da verdade é inaugurada no lugar mesmo onde passa a ter valor a palavra, ou seja, no Outro. O Outro é o lugar da fala, e é em consideração ao Outro que a verdade se ergue. Esta verdade da qual Lacan (2006) fala, uma verdade que só foi legitimada a partir da Psicanálise, é a verdade do desejo.

Mas o desejo, que muitos diriam que é algo de mais íntimo e interior ao homem, revela-se justamente em sua exterioridade, já que o desejo do homem é na verdade, segundo Lacan (2006), o desejo do Outro, e que este Outro é geralmente representado por algo ou alguém a quem temos coisas a demandar. Sempre estamos demandando ao Outro seu desejo: “o desejo é sempre o que se inscreve enquanto consequência das articulações languageiras no nível do Outro” (LACAN, 2006, p. 47).

É por isso que o religioso pode ser comparado ao neurótico. O neurótico demanda seu desejo ao Outro, só que para o religioso esse Outro é alguém inatingível, que pode ser representado pela palavra “Deus”. Tanto o desejo do neurótico quanto o do religioso, é de ser desejo do Outro, então, enquanto o neurótico espera que as pessoas lhe demandem coisas, o religioso vai pensar que Deus também demanda algo: vítimas.

Pelo desejo do Outro podemos exercer pontos de aproximação entre o totalitarismo, a religião e a neurose. Estar totalmente submisso ao desejo do outro não significa apenas empobrecer o ego e ignorar razão e sentimentos, mas também implica em fazer vítimas. Nem que estas vítimas sejam uma nação fronteiriça, uma raça inteira, um vizinho estranho, um irmão rebelde ou os próprios desejos. E talvez seja por isso que Bettelheim sentiu culpa em presenciar os mulçumanos e aqueles que eram levados para a morte sem fazer nada, pois, por não se revoltar, já que não queria ser morto também, ele talvez se sentisse parte da máquina que destruíam aquelas vidas. A alegria de não morrer gera a culpa em quem vive, e esta é uma das

características da figura do sobrevivente que parece ser a figura central no contemporâneo.

É difícil pensar que em pleno Século XXI coisas como governos totalitários possam se erguer tão forte como na Segunda Guerra Mundial. Mas isto não é tão impossível assim. É só pensar na grande variedade de pequenos fascismos que vemos todos os dias, como os que se expressam justificando-se em nome da religião, do futebol, ou até mesmo da ciência. Nas universidades acabamos não raramente vendo demonstrações públicas de desconsideração e desautorização de vertentes teóricas e de pensamentos políticos. É só erguer um dogma ou um axioma como objeto, pensamento ou signo privilegiado da ciência que rapidamente ninguém quer ver mais o que tem no outro lado.

Toda supervalorização de um signo, seja ele qual for, pode gerar uma cessação do discurso. A própria figura do analista pode se tornar uma figura moral que escraviza, como um professor que impede os alunos a pensar por si mesmos ao impor certa conduta, ideal ou método. Isto pode ser observado principalmente quando, em uma aula, um professor de filosofia de Feyerabend o diz: “Senhor Feyerabend, ou o senhor cala a boca, ou sai da sala de aula” (2007, p. 339). A história, escreve Feyerabend (2007), é mais rica e cheia de acidentes do que qualquer historiador ou metodólogo podem imaginar. Como podem regras simples, claras, e até ingênuas, explicar fenômenos complexos, acidentais e que envolvem tantas coisas que ao menos se sabe que existe, num mundo sempre tão desconhecido? Talvez esse seja o maior problema das grandes narrativas, ou melhor, quando uma grande narrativa é utilizada e fechada em relação às demais.

Nesta luta contra o fechamento do discurso, seja num regime totalitário, seja numa ciência que se pretende inviolável, seja num ideal do ego que imobiliza potencialidades, ou seja numa diagnóstica que diz como e de que forma pessoas com psicose devem viver suas vidas, estar atento às verdades inquestionáveis é de fundamental importância. Pois o discurso deve estar aberto à mutabilidade, assim como a vida das pessoas são. Pois, concordando com Lacan (2006, p. 25): “‘o verdadeiro é sempre novo’, e, para ser verdadeiro, é preciso que seja novo. Tudo leva a crer que o que a verdade diz não o diz absolutamente da mesma forma que o discurso comum o repete”.

Ora, é justamente do lado da precipitação que não apenas estabelecemos um lugar no mundo, mas também encontramos o sentido original da política. Na acepção grega, como coloca Arendt (1997), política é o que origina o novo. Ao contrário do totalitarismo, a política tem a ver tanto com a precipitação, quanto com a alteridade. A alteridade é um aspecto importante da particularidade, pois todas as nossas definições são distinções, onde não se dá para dizer o que é uma coisa sem diferenciá-la de outra. E isto tem um efeito mais forte no ser humano, já que ele é o único ser capaz de exprimir esta diferença e, nisto, se definir. Sua relação com o Outro, ou com os tantos outros, é condição prévia para a própria existência do eu. Uma vida sem interação com o outro, sem discurso ou sem ação, é uma vida morta para o mundo. Com palavras e atos se insere no mundo humano, confirmando e assumindo o simples aparecimento físico na hora do nascimento, momento mesmo que se passa da *zoé* para a *bíos*.

A partir desta imprescindível relação com o outro, onde o desejo do homem é sempre desejo do Outro, podemos entender a possibilidade de se consolidar um líder que submeta toda uma multidão à sua vontade, bem como entender esta mesma multidão passar a esquecê-lo e a desprezá-lo. Toda ação humana, para além do bem e do mal, é sempre exercida porque existe outro diferente do eu. A ação jamais é possível no isolamento. Como a fabricação precisa da circunvizinhança da natureza, a ação e o discurso são circundados pela teia de atos e palavras de outros homens, e estão em permanente contato com ela. Pois, como diria Arendt (1997, p. 201): “Estar isolado é estar privado da capacidade de agir”.

Após caracterizar a contemporaneidade, inclusive correlacionado com os estudos de Agamben sobre o *homo sacer*, o passo seguinte é trazer formulações teóricas da psicanálise sobre a psicose que são necessárias para esta pesquisa.

2.2 PARTE DOIS: DA PSICOSE COMO INSTRUMENTO AO USO DO SEU CORPO

Seja nomeada como oráculo, possessão, doença, loucura, parafrenia, esquizofrenia ou, como foi escolhido para este estudo, psicose, a quantidade de publicações sobre este tema é vasta e pode ser encontrada nos mais diversos referenciais teóricos. Sem ter por objetivo abarcar todas as concepções teóricas sobre

a psicose, nesta segunda parte do referencial teórico, foi preferido pontuar algumas contribuições dos referenciais psicanalítico e social crítico que ajudem a entender se a psicose pode estar no lugar disto que Agamben proferiu como sendo o homo sacer.

2.2.1 O inconsciente como soberano e o psicótico como seu instrumento

Toda, ou quase toda, metapsicologia que Freud desenvolveu, ou pôde desenvolver, a partir de suas experiências clínicas e de seu notável letramento na cultura, teve como referencial primordial as neuroses. Diante de sua ampla obra, seja em suas comunicações clínicas, em suas elaborações metapsicológicas, ou suas reflexões culturais e sociais, poucas vezes Freud tratou especificamente da psicose. E mesmo assim, sua elaboração teórica da psicose não pôde fugir do constante e inevitável olhar refratado pelas lentes da neurose.

Sem adentrar na ampla e conturbada discussão se é possível psicanalisar pessoas com psicose, ou se Freud já teria refutado tal prática, ou se apenas pontuado suas dificuldades, é interessante pontuar, em linhas gerais, o que é a psicose para Freud. Talvez uma das noções fundamentais associadas à teoria da psicose, e que já vinha sendo trabalhada por Freud desde suas primeiras publicações clínicas, é a noção de realidade: a realidade é sempre, para a psicanálise, uma realidade psíquica. Cada pessoa processa, faz associações, entente a realidade de sua própria forma, de acordo com o que seu corpo permite e de como o meio ao seu redor o afeta.

A defesa freudiana da realidade psíquica é fundamental para a própria ciência psicológica poder ganhar novos ares que a psicologia experimental não valorizou, mesmo com a medicina já tentando entender: “Todo esforço da psiquiatria, no século XIX, ainda estava voltado no sentido de se encontrar um critério seguro para se distinguir a loucura da simulação.” (GARCIA-ROZA, 1995, p.30). Simulação ou loucura, tal impasse torna-se uma das maiores dificuldades do saber médico e psiquiátrico, do século XIX até os dias atuais. Com foco no enquadre orgânico/somático, o ensino e práticas médicas recebem com estranheza crises e sintomas que se apresentam sem uma causa orgânica. No final do século XIX, era cada vez mais frequente os médicos se debruçarem sobre vários quadros clínicos

sem origem orgânica, como as diversas formas de fobias, de paralisias, de mutismos, entre outras.

O termo histeria surgiu daí como uma forma de comunicar os mais diversos sintomas que, em sua maioria, surgiam em mulheres e que se manifestavam sem localização orgânica para justificá-los, manifestações estas às quais boa parte da comunidade médica considerava uma simulação, à qual não se deveria dar atenção. Charcot introduz a histeria no campo das perturbações fisiológicas do sistema nervoso, produzindo uma separação da histeria com respeito à anatomia patológica, mas também como uma refutação do que era da ordem da simulação. Para Charcot, a histeria “não era uma simulação, que ela era uma doença funcional com um conjunto de sintomas bem definidos e na qual a simulação desempenhava um papel desprezível.” (GARCIA-ROZA, 1995, p.33).

Desta forma, Charcot influenciou decisivamente os primeiros estudos de Freud à psique humana. Abrindo seu campo de visão para algo muito mais amplo do que a dicotomia loucura e normalidade, simulação e verdade que impregnava as diversas opiniões médicas da época. O próprio Freud admite tal importância de Charcot, em seu artigo de 1893, “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar”:

Como os senhores sabem, todos os modernos avanços na compreensão e no conhecimento da histeria derivam do trabalho de Charcot. [...] Numa série de pesquisas, ele obteve êxito em provar a presença de regularidades e leis onde as observações clínicas insuficientes ou apáticas de outras pessoas viam apenas simulação de doença ou uma intrigante falta de conformidade à regra. Pode-se afirmar com segurança que tudo o que se tem aprendido de inédito sobre a histeria nos últimos anos procede, direta ou indiretamente, de suas sugestões. (FREUD, 1893, p.37).

Contudo, a teoria da histeria de Charcot encontrava vários questionamentos devido às diversas sintomatologias apresentadas pelos seus pacientes, de tal forma que era impossível para o mesmo encontrar uma sintomatologia regular, o que era fundamental para incluir a histeria no campo das doenças neurológicas. Diante disto, Charcot acabou utilizando a sugestão hipnótica para induzir em seus pacientes um conjunto de sintomas histéricos bem definidos e regulares.

Finalmente, através da indução hipnótica, Charcot elabora a teoria para conseguir explicar os diferentes sintomas histéricos, a saber, a teoria do trauma. O trauma, para Charcot, seria considerado “uma injunção permanente, um estado hipnótico permanente, que poderia ser objetivado corporalmente por uma paralisia, uma cegueira ou qualquer outro tipo de sintoma.” (GARCIA-ROZA, 1995, p.34).

A teoria do trauma rompe com a suposição da sintomatologia médica ser causada exclusivamente por acontecimentos de ordem física, também podendo ter como origem as experiências e sentimentos vividos. Este é o momento histórico clínico em que surge a necessidade do paciente narrar suas vivências, sua história própria, para que o médico possa realizar o ato diagnóstico e delinear a terapêutica mais apropriada. Contudo, até aí foi Charcot e a psiquiatria de sua época, deixando a um passo de uma nova metapsicologia que influenciaria decisivamente os séculos futuros, que adveio naquilo em que Charcot não enxergou, e tornou-se essencial na nova teoria e prática clínica forjada por Freud e que o próprio nomeou como sendo a psicanálise:

O que Charcot não esperava era que dessas narrativas surgissem sistematicamente histórias cujo componente sexual desempenhasse um papel preponderante. Estava selado o pacto entre a histeria e a sexualidade; pacto esse que foi recusado por Charcot e que se transformou em ponto de partida e núcleo central da investigação freudiana. (GARCIA-ROZA, 1995, p.34).

As primeiras comunicações clínicas freudianas trazem justamente a importância da sexualidade na sintomatologia de seus pacientes, os “doentes dos nervos”. No começo da última década do século XIX, Sigmund Freud, com mais de 30 anos, é especialista em neurologia, médico e professor que, conjuntamente com o seu até então amigo Joseph Breuer, faz as importantes publicações “Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar”, em 1893; e “Estudos sobre a histeria”, em 1895.

No texto “Comunicação preliminar”, é debatido a relação causal dos sintomas histéricos com uma situação traumática originária e o desaparecimento dos mesmos através da evocação da lembrança pelas palavras do fato que havia provocado a situação traumática, e do afeto que acompanhou tal situação. Assim, a rememoração

dos acontecimentos e afetos da vivência traumática torna-se a chave para a cura dos sintomas.

Com a publicação de “As neuropsicoses de defesa”, em 1894, Freud começa a acentuar sua independência tanto em relação a Breuer, como em relação a seus contemporâneos. Desta forma, segundo James Strachey, editor inglês da “Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud”, em nota introdutória do artigo “As neuropsicoses de defesa”, Freud estaria “profundamente engajado na investigação daquilo que então afastara completamente a neurologia de seu foco de interesse – os problemas das neuroses”. (FREUD, 1894/1976, p.51).

Neste texto surge a noção de “defesa” pela primeira vez no texto freudiano, e é em relação a uma das formas de histeria que esta expressão aparece, a “histeria de defesa”:

Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquece-lo, pois não confiava na sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento. [...] Nas mulheres este tipo de representações incompatíveis assoma principalmente no campo da experiência e da sensação sexuais; e as pacientes conseguem recordar com toda a precisão desejável seus esforços defensivos, sua intenção de “expulsar aquilo para longe”, de não pensar no assunto, de suprimi-lo. (FREUD, 1894/1976, p.55).

Não é possível apagar a experiência como se ela não tivesse existido. Nisto, é válido observar que Freud ainda considera a teoria do trauma como uma experiência que ocorreu na realidade externa, objetiva. Neste momento Freud começa a delinear seu entendimento sobre a problemática da psicose, um entendimento que é, desde o início, advindo de seus estudos sobre a neurose. Várias reações patológicas foram observadas por Freud devido a esta falha constitucional no esquecimento, falas estas que, em suas observações, produziram formas de histeria, de obsessão, ou de psicose alucinatória.

Na histeria, o que se daria é que esta representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em algo somático, que é o que Freud, neste momento, vem a chamar por “conversão”. A neurose obsessiva ocorre quando alguém carece desta aptidão para a conversão, e o afeto, separado de sua

representação, fica preso à esfera psíquica, passando a se ligar a outras representações que não são incompatíveis na consciência. Assim, tais representações se transformaram em representações obsessivas.

Mas Freud ainda falaria, neste texto, de uma outra forma de defesa. Uma forma que tentaria apagar a representação que, tanto na histeria, quanto na obsessão, continuaria na esfera psíquica, e junto dela também o afeto. Rejeitando-os, a representação e seu afeto, como se jamais tivessem existido. A isto, ele vem denominar, neste momento, como sendo uma psicose alucinatória, onde:

O eu rompe com a representação incompatível, porém, fica inseparavelmente ligada a um fragmento de realidade, de modo que, à medida que o eu obtém esse resultado, também ele se desliga, total ou parcialmente, da realidade. (FREUD, 1894/1976, p. 64-65).

Nomear, verbalizar, é o caminho para tornar consciente aquilo que é inconsciente. Este conteúdo e idéias inconscientes são denominadas por Freud de reprimido¹. Este material reprimido é o que está latente nas manifestações, nas formações como sonhos, atos falhos, chistes, devaneios, etc. Estas manifestações do reprimido, ou formações do inconsciente, não são dominadas pela razão humana. A razão, a consciência dos homens, o eu, é então destronado como núcleo da psique. Pelo contrário, se tem algo que é demonstrado na prática analítica, é que o Inconsciente determina em alto grau a vida das pessoas.

Em 1923, Freud formula o que para ele era a diferença mais importante entre neurose e psicose: “a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior” (FREUD, 1924/2011, p. 177). De saída, podemos notar que em sua percepção da diferença entre neurose e psicose está, em Freud, a existência de algo de errado, de um corpo estranho ou de um elemento patógeno para o Eu. No caso da Neurose, o estranhamento advém de sua relação com o Id, já psicose, com o mundo externo, ou melhor, com a realidade material.

O conflito, noção chave do entendimento do aparato psíquico para Freud, ganha aqui todas as suas cores. Na neurose existe o conflito do Eu de aceitar ou promover a ação inconsciente desejada, advinda topologicamente daquilo que Freud

¹ “Recalcado”, dependendo da tradução para o português.

havia tão recentemente formulado por Id. O Eu usa mecanismos de repressão para não ter de aglutinar em si objetos visados pelos impulsos instintuais do Id, ou simplesmente para não os reconhecer. Contudo, tal ataque quanto aos desejos inconscientes não passam gratuitamente, ou como poeticamente diria Freud, o “que é reprimido se revolta contra esse destino” (FREUD, 1924/2011, p. 178). Os termos usados por Freud não deixam margem de dúvida sobre a violência deste processo: conflito, revolta, repressão, mecanismos de defesa... pois, o aparato psíquico não é da ordem do diálogo, mas da dialética.

Diante dos mecanismos de defesa erguidos pelo Eu, aquilo que tentou fazer parte do Eu e que foi reprimido por este, é transformado pelo Id em um substituto. Este substituto certamente não é um substituto qualquer. Aquilo que foi reprimido vai sendo modificado inconscientemente através de deslocamentos e condensações em algo que consegue ser absorvido pelo Eu ao mesmo tempo que representa o que foi reprimido. Esta solução temporária não ocorre de maneira pacífica, pelo contrário, vem carregada de outros problemas, de outras complicações, e não é à toa que é a isto que Freud vai chamar de sintoma.

O sintoma é uma tentativa de conciliação para a psicanálise, mas é uma tentativa logicamente destinada ao fracasso, ou melhor, uma tentativa que insiste em fracassar. Assim como o Eu é esta espécie de sintoma maior da conciliação entre a realidade material e as pulsões inconscientes, entre a civilização e os impulsos instintuais, de que Freud falaria tão brilhantemente alguns anos após, em 1930, no “Mal estar na civilização”.

Mas, como um senhor feudal que suspeita que seu vassalo serve a outro senhor, o Eu hora ataca, hora se defende deste representante compromissado com o Id, sem se dar conta, sem que venha a consciência, de onde se originou tal conflito. É disto que Freud chama de perda da realidade na neurose. É da perda de algo que não foi aglutinado por esta unidade que se denomina como Eu, mas que é chamariz das pulsões inconscientes, e por isto que, embora não seja forte o suficiente para exigir estar presente no Eu, inclusive visto que talvez até impedisse a conformação do Eu se estivesse presente desde o princípio desta, tem força para ao menos eleger seu ícone, seu representante representativo.

Contudo, eleger o Eu como um senhor feudal só é possível na suposição de que tal senhor é submisso às ordens do rei, aqui sendo o Super-eu. Desta forma, o Eu quando efetua a repressão não está fazendo outra coisa do que:

seguindo as ordens do seu Super-eu, que, por sua vez, originam-se das influências do mundo externo real que acharam representação no Super-eu. Permanece o fato de que o Eu se põe ao lado desses poderes, que nele as suas exigências têm mais forçado que as reivindicações instintuais do Id, e que o Eu é o poder que coloca em andamento a repressão a essa parte do Id e fortalece a repressão mediante o contrainvestimento da resistência. A serviço do Super-eu e da realidade, o Eu entrou em conflito como Id, e assim ocorre em todas as neuroses de transferência. (FREUD, 1924/2011, p. 178-179).

Esta é a caracterização breve que Freud dá à neurose, baseada obviamente em seus anos de estudos e atendimentos clínicos, para poder traçar um ponto de distinção com a psicose. Para falar da psicose, Freud traz para o texto os estudos de Theodor Hermann Meynert, importante psiquiatra austríaco do Século XIX, principalmente a sua noção de “amênci” (FREUD, 1924/2011, p. 179). Sua noção de amênci acaba sendo o protótipo do que é que Freud fala quando ele fala de psicose. A amênci é uma forma extraordinária da psicose, mas que acabou sendo a exceção que caracterizou a regra, e tornou-se a significação comum da psicose e dos psicóticos.

Para Freud, a amênci é uma forma de psicose, talvez a mais extrema, na qual o mundo exterior não seria percebido ou, se percebido, não teria importância alguma para o indivíduo, pois este se manteria numa intensa confusão alucinatória. Esta confusão alucinatória impediria ao Eu o seu vínculo com a realidade material, já que impediria o acolhimento das que deveriam ser sempre renovadas percepções atuais, bem como o desinvestimento das memórias já constituídas deste mundo pelas percepções anteriores, devido a uma aparente frustração de desejos pela realidade material.

Assim, a frustração de intenso desejo infantil que não se subordinou à realidade material é a etiologia comum às neuroses e psicoses. Enquanto nas primeiras o tamponamento deste desejo não ocorre sem um certo transbordamento, visto que poderíamos pensar a ideia de repressão como um assentamento, noção da engenharia mecânica na qual, diante de uma pressão sobre camadas de terra sobreposta, a que está mais no fundo vai, pelas beiradas, subindo até às que estão mais na superfície. Já nas psicoses, existe uma expulsão da própria realidade material tanto quanto for necessário para a realização de tal desejo.

Na psicose, se um mundo exterior foi perdido, um novo pode se erguer, um mundo que, não mais frustrante em relação às vontades do Id, é “edificado conforme

os impulsos de desejo do Id” (FREUD, 1924, p. 180). Freud também refere às esquizofrenias como outras formas de psicose, e que nestas existe um visível embotamento afetivo que significa a perda de todo interesse pelo mundo exterior. Mas, independentemente das formas de psicose, em Freud, o que interessa nestas é seu fator comum de perda da realidade. O delírio, inclusive é, tentativa de reparação do que foi perdido da realidade, ele é remendo possível para cobrir o buraco do tecido da realidade.

É importante pontuar como o sintoma deixar de ser apenas uma inferência prejudicial na saúde mental, e passa a ser o próprio pedido de socorro dela: Nas neuroses, o transbordamento no assentamento traz ao Eu aquilo que ele tentou enterrar, e disto surge novo conflito caracterizado como sintoma neurótico. Quanto mais arbitrário for o Eu diante do [des]conhecido que retorna, pior será o sintoma existente. Na psicose, o delírio geralmente foi entendido como seu sintoma maior, a tentativa de superação do embotamento ao qual o Eu se pôs diante da realidade material, numa verdadeira religação com esta. Delírio e religião aqui encontram sua raiz comum, já que a primeira é a tentativa de religação do Eu com a realidade material, do Eu com a física, já a segunda é a tentativa de religação do Eu com a realidade imaterial, do Eu com a metafísica.

Ao conflito do Eu de ou ser fiel a realidade material e prejudicar os impulsos instintuais ou de tentar satisfazer os impulsos instintuais em prejuízo da realidade material, Freud acrescenta um complicador, o papel do Super-eu, na figura do Ideal do Eu, que frustra o Eu por não atender a exigências idealizadas irrealizáveis. O conflito entre Eu e Super-eu pode ser visto, segundo Freud, na figura da melancolia. À melancolia, Freud confere o grupo das psiconeuroses narcísicas, uma diferenciação aos outros tipos de psicose já falados anteriormente, ou seja, à amênia e à esquizofrenia. Freud reconhece neste texto “Neurose e Psicose”, inclusive, que faltam investigações para entender o mecanismo das psicoses, assim como a repressão é o mecanismo das neuroses.

Mas, antes de encerrar o texto sobre neurose e psicose, Freud ainda se interrogaria se não caberia ao Eu uma outra saída a estes conflitos psíquicos. Uma saída que, em vez do Eu romper ligação com os impulsos instintuais, ou perder parte da realidade material, o Eu tentaria manter ambas vinculações nem que para isso se deformasse. Ou seja, para manter o compromisso com o Id e com o Super-eu, e Eu aceitaria danos a sua própria unidade tanto que poderia chegar até mesmo a se

dividir. A esta saída Freudalaria como sendo as perversões sexuais, com suas excentricidades e incoerências que pouparia repressões ao Id.

Ainda em 1924, Freud publicaria novo texto, sobre tal problemática: “A perda da realidade na neurose e na psicose”. Freud (1924/2011b) desenvolve então a ideia de que tanto na psicose quanto na neurose existe uma perda de realidade. Enquanto que na psicose a perda de realidade já está como característica estruturante, pois o Eu abandona a realidade material na medida necessária de aceitar os impulsos desejantes do Id, na neurose o Eu se alia a realidade material em detrimento do Id, o que parece gerar um paradoxo ao se afirmar que também na neurose há uma perda de realidade. O que Freud fala é que isto não se dá neste momento inicial de estruturação psíquica, mas sim no segundo tempo, na sequência lógica em que, devido a repressão do Id, um sintoma irrompe. Inclusive é apenas no momento que o sintoma irrompeu que poderíamos falar que tal caso se trata de neurose.

Já o segundo tempo na psicose é de tentativa de ligação com a realidade material. Mas é uma realidade material falseada pelas aspirações do Id, uma nova realidade que não traz as objeções à satisfação instintual que a realidade anterior trouxera. Desta forma, embora neurose e psicose tenham um primeiro tempo lógico diferentes, e é este que irá caracterizar o destino das duas estruturas, o segundo tempo delas são iguais, pois são produto do poder do Id sobre o aparato psíquico.

Freud (1924/2011b) continua seu texto adentrando melhor na constituição da psicose. A transformação da realidade, na psicose, não se dá a nível de realidade material, mas de realidade psíquica. A transformação não é aloplástica, mas autoplástica. Existe uma remodelação, segundo os impulsos instintuais, do que representa a realidade na vida psíquica, ou seja, uma remodelação dos traços mnemônicos, das ideias e dos juízos adquiridos. Assim, a psicose não estabelece inteiramente uma relação fechada com a realidade, sendo “continuamente enriquecida e transformada por novas percepções” (FREUD, 1924/2011b, p. 218).

Para remodelar a realidade, é importante se obter novas percepções condizentes com os desejos do Id. A alucinação é uma forma radical de obter estas novas percepções. Contudo, este processo não se executa sem sofrimento. Assim, o aparecimento de angústias em muitos casos de psicose, principalmente quando ocorrem lapsos de memória, delírios e alucinações, evidencia que a realidade material não se deixa sumir sem consequências, e tenta a todo momento reaparecer: “a porção

rechaçada da realidade volta sempre a importunar a psique” (FREUD, 1924/2011b, p. 219).

No final deste breve texto de 1924, Freud diminui ainda mais a diferença entre neurose e psicose. Após afirmar que neurose e psicose são distinções topográficas da resposta do Eu frente ao conflito entre Id e realidade externa, se o Eu cedeu a um ou a outro, Freud traz que enquanto a psicose produz a alucinação para dar conta da remodelação da realidade, a neurose também vai construir uma realidade psíquica. Essa é a fantasia. Na neurose, um mundo de fantasia regido pelos desejos inconscientes é criado em reserva à realidade material indesejada. Tal mundo não se sobrepuja à realidade material, como na psicose, mas se mantém escondido dela. Fantasia e alucinação são o que neuróticos e psicóticos têm para se protegerem da realidade insuportável.

Posteriormente, diversos outros autores complementarão esta discussão freudiana sobre psicose. Detendo-se às contribuições da psicanálise francesa, Lacan dedica um seminário inteiro às “psicoses” (LACAN, 1988). De início, Lacan prefere não pensar a psicose como algo a ser tratado, mas a ser questionado. Assim Lacan se questiona como foi que Freud veio a se interessar pela psicose. Sua resposta, é que ele se interessou primeiramente pela paranoia, através do caso Schreber. Lacan afirma que a psicose está dividida na teoria freudiana em paranoia e parafrenia, ou esquizofrenia, como ficou mais conhecida. Como nem a paranoia e nem a esquizofrenia são demências, o que caracterizaria a psicose seria justamente aquilo que no senso comum se chama de loucura. Embora paranoia e esquizofrenia tenham características diferentes, ambas são interpretadas como sendo loucuras, como não correspondendo com a realidade, e por isto Freud teria tomado o louco como psicótico.

Voltando à paranoia, Lacan (1988) refere que esta era a loucura predominante do século XIX na literatura alemã. Nesta época, o “paranoico era uma pessoa má, um intolerante, um tipo de mau humor, orgulho, desconfiança, suscetibilidade, sobrestimação de si mesmo.” (LACAN, 1988, p. 13). Quanto mais se acentuavam estas características, mais era provável que o paranoico delirasse. Este tipo de pensamento influenciou parte da Europa, como a França. É apenas com os estudos de Clérambault que começam a surgir estudos sobre a psicose com valor clínico concreto. Sua principal contribuição seria a de um automatismo mental que não estaria num formato de sequências de ideias lógicas, e por isto não teria sentido. A

isto, Lacan fala que a psicanálise restitui a psicose como tendo sim sentido, mas que este sentido não é para aquele que tenta compreender. Esse seria o grande erro da psiquiatria que tenta compreender.

A problemática do psicótico estaria então no seu discurso, pois se o discurso do psicótico é ininteligível para a compreensão é porque ele não está necessariamente dirigido a pessoa que está na frente dele naquele momento, ou tem a ver com o que normalmente seria elaborado em uma conversa, mas tem a ver com seu inconsciente:

É clássico dizer que, na psicose, o inconsciente está à superfície, é consciente. Por isso mesmo não parece que isso tenha grande efeito em ser articulado. Nessa perspectiva, bastante instrutiva em si mesma, podemos observar de saída que não é pura e simplesmente, como Freud sempre sublinhou, desse traço negativo de ser um Unbewusst, um não consciente, que o inconsciente guarda sua eficácia. Traduzindo Freud, dizemos – o inconsciente é uma linguagem. Que ela seja articulada nem por isso implica que ela seja reconhecida. A prova é que tudo se passa como se Freud traduzisse uma língua estrangeira, e mesmo a reconstituísse recortando-a. O sujeito está simplesmente, no que diz respeito à sua linguagem, na mesma relação que Freud. A se supor que alguém possa falar numa língua que lhe seja totalmente ignorada, diremos que o sujeito psicótico ignora a língua que ele fala. (LACAN, 1988, p. 21).

Assim, o sentido da fala do psicótico é o sentido do inconsciente, e não o sentido da consciência, da razão, que é o sentido compreensível. Contudo, a problemática da fala do psicótico, do fato do inconsciente estar a céu aberto, como reforça Soler (2007), é de que disso, assim como o neurótico, ele nada quer saber. Só que isto que o neurótico nada quer saber, que para ele é insuportável, que não foi possível ser integrado nisto que constitui o Eu, foi recalcado para esse, e sua volta só se dá em eventos do simbólico, como chistes, atos falhos, sonhos... enquanto que o psicótico teve o infeliz destino disto que ele nada quer saber não ser recalcado, mas de ser “foraclarido”, e assim de voltar o tempo todo pelo real, ou melhor, pela via de alucinações e delírios.

Uma grande diferença existe aí entre o neurótico e o psicótico. Enquanto que o neurótico, através do Eu, tenta ser o senhor de si mesmo, e mesmo que não seja, como Freud mesmo já fez questão de dizer, ao menos ele seleciona o que vai dizer e esconde aspectos fundamentais de si através da fantasia, o psicótico, principalmente quando está alucinando, age e fala de acordo com o seu inconsciente. Este é um

aspecto fundamental para esta pesquisa, pois é aí que o psicótico se torna instrumento:

Porém, no sujeito normal, falar-se com o seu eu não é nunca plenamente explicitável, sua relação com o eu é fundamentalmente ambígua, toda assunção do eu é revogável. No sujeito psicótico ao contrário, certos fenômenos elementares, e especialmente a alucinação que é sua forma mais característica, mostram-nos o sujeito completamente identificado ao seu eu com o qual ele fala, ou o eu totalmente assumido através do modo instrumental. (LACAN, 1988, p. 23).

Desta forma, pode-se dizer que o psicótico é o instrumento de seu próprio inconsciente. Não é à toa a comparação que se faz com os sonhos. Nos sonhos, o corpo também é tomado para a produção de algo que o Eu não reconhece, ou que só reconhece um pouco, ou que ele nem consegue saber se reconhece, pois já esqueceu. A alucinação psicótica e o sonho parecem ser momentos em que o Eu, ou o corpo, são instrumentalizados. Contudo, o sonho tem seu palco privado, onde só aquele que sonha assiste, já na alucinação o palco é o meio social, onde as pessoas ao redor estão não só vendo, mas julgando as ações, às vezes se espantando, como no semeador de espanto de Papini (2013), às vezes ridicularizando ou sentindo pena. Isto foi desculpa, na história humana, para todos os tipos de ações, desde simplesmente aprisionar em masmorras ou até mesmo no próprio extermínio eugênico.

Mas, continuando em Lacan, o desenvolvimento de uma psicose, seja ela esquizofrenia ou paranoia não ocorre sem que haja disposição biológica e desencadeamento de eventos na história pessoal, e por isto “não se torna louco quem quer” (LACAN, 1988, p. 24). O desenvolvimento da paranoia, por exemplo, tem sempre fases, que variam de pessoa para pessoa, de acordo com o momento fecundo que vivem. Uma paranoia, por exemplo, para se desenvolver, é necessário um momento fecundo de eventos. Assim, não é somente a partir das causas internas às pessoas que se desenvolve uma paranoia, mas também do contexto que a pessoa vive, das relações que vivencia com as outras pessoas etc. Inclusive tanto seu passado, seu mundo interior, quanto seu presente e seu mundo exterior são elementos constitutivos não só apenas do desenvolvimento da paranoia, mas da própria formulação de seus delírios.

A formulação dos delírios e da paranoia, então, se dá por fases. Para Lacan (1988), a primeira fase é quando o futuro paranoico começa a perceber que o mundo possui uma significação secreta e isso o perturba. Começa a perceber que existem coisas importantes que se passam ao seu redor, mas não consegue saber o que é. As formas como as pessoas andam, as direções que vão, os cachorros que latem, ou uma mulher sempre com blusa vermelha perto dele, algumas coisas ao seu redor, por mais aleatórias que elas realmente sejam, são usadas para participar deste sentido secreto do mundo do qual ele vê apenas sombras. A paranoia pode se desenvolver e crescer no paranoico sua vontade de compreender o que se passa. Quanto mais tenta compreender, mais preso à ilusão está.

Então para Lacan, a compreensão em relação à psicose é problemática duplamente. É problemática a nível do paranoico, pois quanto mais ele tenta entender o que é, qual é a significação oculta atrás das coisas, mais capturado pelo delírio ele está; e a compreensão é problemática ao nível de quem o trata, pois ao supostamente compreender o caso, ou compreender o sentido por trás do delírio, os profissionais geralmente se precipitam a encerrar o caso, e disto aquele que é tratado não se beneficia em nada. É a isso que se refere quando Lacan (1988) fala da evolução, ou melhor, da falta de evolução da psiquiatria.

Essa espécie de sedução pela interpretação da paranoia surge por dois motivos: primeiro, pela fascinação do humano em tentar compreender as coisas ao seu redor; segundo, porque em cada paranoia existe um núcleo de significação transversal às alucinações e delírios manifestados, e por esta repetição, isto se mostra passível de ser compreendido. Esse núcleo compreensivo é um “núcleo de inércia dialética” (LACAN, 1988, p. 33).

A relação que o paranoico vai estabelecer com o mundo, e com as pessoas ao seu redor, vai depender deste núcleo inerte de significação. É uma espécie de linguagem outra de cada psicótico que redefiniria as linguagens utilizadas com as pessoas próximas. Esta linguagem outra é constituída de palavras que tem um valor diferenciado da linguagem corriqueira. Umas palavras têm densidade maior que outras, significam algo mais importante que outras. Inclusive, as palavras criadas através de neologismos na psicose indicam isso. Estas palavras especiais se bastam por si mesmas, diferentemente das palavras da linguagem compartilhada socialmente, que devem se unir umas às outras para formarem significações. Significações estas

que são equivocadas, pois são diferentes entre emissor e receptor, e que inclusive, em cada um destes, geralmente tem mais de uma significação.

O sofrimento surge no paranoico quando ele não consegue transmitir o que essas palavras de peso especial significam. Ele sabe que o que ele fala não é compreendido, e isso gera angústia. O que é bastante diferente do neurótico, que também sabe que o que ele fala o outro não compreende, mas que diferente do paranoico, ele sente um alívio diante disto, porque não quer o outro realmente lhe compreenda, já que se o outro lhe compreendesse integralmente, ele sabe que provavelmente não seria possível manter um laço social. O neurótico prefere os simulacros, já o paranoico quer a verdade. Talvez disto é que se diz que o psicótico não mantém laço social, porque há toda uma necessidade de aceitar que as relações são mediadas por simulações, ou que talvez o próprio eu seja constituído por simulação, visto seu caráter de ser um rei precário diante do inconsciente e do mundo material.

O paranoico dá, então, testemunho do inconsciente que lhe fala. Contudo esse inconsciente assume figuras diversas, seja um vizinho, uma organização, um terrorista, um presidente, um alienígena, um deus, ou algo ou alguém que não se sabe exatamente quem é, mas que tem vontades e planos que só o paranoico consegue perceber, e por isto mesmo ele deve dar testemunho para que mais gente saiba. Mas como esse testemunho é de algo que não existe, e que ninguém vai acreditar, chega-se ao maior infortúnio da psicose:

O que é o fenômeno psicótico? É a emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que jamais entrou no sistema da simbolização – mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício. (LACAN, 1988, p. 105).

O paranoico passa então toda a vida tentando servir a um senhor que não é nada e que ninguém mais reconhece que existe. Senhor este que, devido a ser esse núcleo de inércia dialética, não pode ser destituído através do diálogo. Um verdadeiro rei soberano que impede que seu súdito tenha relações com os outros, pois ele nada mais é que puro instrumento. Em detrimento das relações sociais, o psicótico paranoico sustenta seu ofício instrumental. O psicótico é, então, a radicalidade

subjetiva daquilo que Agamben (2014) falou sobre o ofício. E é radical principalmente porque ele age sem saber porque age, já que o que escuta e o que percebe tem suas significações ocultas, não pode ser integrado ao seu Eu. Na verdade, isto que o psicótico não sabe, mas que volta sempre pelo real, foi aquilo que fora antes foracluído, e por isto mesmo desde sempre excluído da integração que é o Eu. Só que, como se fosse uma vingança, o Eu vira subalterno daquilo que foi excluído, mas que ele não sabe o que é, só que é o soberano que lhe dá sentido e lhe toma por instrumento: *“eu sou bem precisamente o que eu ignoro, pois o que tu acabas de dizer é absolutamente indeterminado, eu não sei aonde tu me conduzirás. A resposta plena ao tu és aquele que me seguirá é eu o sigo”* (LACAN, 1988, p. 351).

E para tornar-se puro instrumento, o Eu e as vontades do psicótico devem ser aniquiladas. Assim como Schreber neutralizou sua vida, seu cargo, sua família, seu nome, em função de se tornar a mulher de Deus. Afinal de contas, diante do poder soberano, o resto são instrumentos, e no psicótico, o inconsciente é este soberano que toma o Eu como instrumento: *“Foi ele que fez isso. Não o ele que vejo ali, e que, é claro, finge não ter nada a ver com a coisa, mas o ele que não está ali. Esse ele é o abonador de meu ser, sem ele meu ser não poderia mesmo ser um eu.”* (LACAN, 1988, p. 123). É como se o psicótico precisasse deste outro que escuta, que vê, que sente, mas que não é ouvido, visto ou percebido por mais ninguém, para poder se sustentar perante os acontecimentos da vida. O Eu está, então, a mercê da realidade interna, do inconsciente, às custas da realidade externa ou do mundo material.

Lacan não é o único psicanalista a falar do caráter instrumental da psicose. Outro psicanalista distante temporal e espacialmente deste traz contribuições peculiares sobre este assunto. Seu nome é Tausk, e ele ao invés de se deter nos estudos sobre a paranoia, como fez Lacan (1988), detém-se na esquizofrenia, contudo, o resultado é deveras semelhante. Tausk inicia seu texto *“Da gênese do ‘aparelho de influenciar’ no curso da esquizofrenia”* (1990) referindo seus estudos à observação clínica, sendo estas observações que o fizeram elaborar a hipótese de que em algumas esquizofrenias têm como características delírios envolvendo uma espécie de aparelho de influenciar.

Tausk (1990) inicia seu estudo falando que o *“aparelho de influenciar”* é percebido pelos esquizofrênicos como uma *“máquina de natureza mística”* (TAUSK, 1990, p. 40), e caso se peça para que falem desta máquina, dirão que é composta de

caixas, manivelas, botões, baterias etc., dependendo de pessoa para pessoa, mas com semelhanças entre as descrições. Quanto mais culta a pessoas que tenta adivinhar a composição do aparelho, mais sofisticado ele é. Mas mesmo as explicações mais mirabolantes não dão conta de explicar tudo que o aparelho de influenciar faz, e dentre as coisas que este faz, perseguir essas pessoas com esquizofrenia.

O aparelho de influenciar, por ser uma máquina, produz efeitos, e para Tausk (1990) tais efeitos são: apresenta imagens bidimensionais aos esquizofrênicos, como se fosse uma projeção de cinema; o aparelho rouba pensamentos e sentimentos das pessoas e também tem a capacidade de produzir outros, independentemente da vontade pessoal; além de produzir pensamentos, o aparelho consegue produzir também ações motora involuntárias, com a finalidade de enfraquecê-las; produz outros tipos de sensações que às vezes o esquizofrênico não consegue reconhecer, ou reconhece como sendo correntes elétricas, magnéticas ou atmosféricas; o aparelho também produz eventos psicossomáticos, como erupções cutâneas, furúnculos etc. Como o aparelho de influenciar serve para perseguir, ele é operado por algum inimigo que se sente que tem, mesmo que não se saiba quem é. E Tausk (1990) também refere que várias pessoas referem que sentem estas características descritas contudo sem se referir a um aparelho específico, mas como se originando de meios telepáticos ou desconhecidos.

Tausk (1990) localiza o aparecimento do aparelho de influenciar em momentos tardios do curso da esquizofrenia, pois geralmente o aparelho de influenciar é utilizado para dar um sentido causal das mudanças que as pessoas que estão desenvolvendo a esquizofrenia sentem em seus corpos e em seus pensamentos. Tais mudanças são tão fortes, dominando inclusive a vida afetiva e comportamental destas pessoas, que nomear, ou estabelecer algo ou alguém responsável por tamanha angústia é necessário. Tausk então localiza o aparelho de influenciar como sendo “o ponto final do sintoma, que teve início com simples sentimentos de transformação” (TAUSK, 1990, p. 43).

Tausk (1990) descreve como se dá todo o processo de formação do aparelho de influenciar: primeiro, existe um leve sentimento de alteração física ou psíquica, ainda sem representar algo estranho ao corpo. Esta fase geralmente é localizada antes da puberdade, sendo a própria puberdade em si uma época de profundas

mudanças corpóreas, o que pode amplificar tais sentimentos de alterações, e por isto não se pode ainda falar de patologia; segundo, os sentimentos de alterações passam a ser sentidos como anormais, e a própria pessoa começa a se responsabilizar por estes sentimentos; terceiro, o enfermo começa a desvincular a culpa de si e a projetar em outro ser ou outra pessoa; quarto, começam a surgir as visões de imagens, devido à projeção alucinatória de processos interiores para o exterior; quinto, designação de um responsável por tudo que aconteceu até então, contudo esse responsável tem a ver com processos de identificação; sexto, surge o sentimento que tal responsável está de diversas formas tentando lhe fazer mal, através de projeção de imagens, roubo de pensamento, produção e ações contra sua vontade; sétimo e último, todos os sentimento de alteração são atribuídos a uma máquina de influenciar, comandada por esse seu temível inimigo.

Tudo isso que Tausk (1990) falou sobre o aparelho de influenciar, iniciando de simples sensações estranhas ao corpo e a mente, até a conformação desta máquina fantástica, parece significar que existe, na sintomatologia esquizofrênica, uma lógica na qual cada elemento vai se posicionando com o passar do tempo até formarem um sentido que vai esclarecer, ou redefinir, a visão de mundo do enfermo. Mas, se há um sentido criado após a conformação do aparelho de influenciar, este sentido é apenas projeção do próprio delirante. Com o aparelho de influenciar, a pessoa com esquizofrenia constrói um sentido para não apenas as sensações estranhas, mas para sua relação com o mundo, só que este sentido é sua própria projeção dos sentimentos hostis que já possui, só que escondidos.

Devido ao aparelho de influenciar funcionar por projeção, aquele que comanda tem a ver com os sentimentos do enfermo. Já que a máquina comanda seu corpo e seus pensamentos, é como se o enfermo tornasse corpo e pensamento para aquele que comanda a máquina. O esquizofrênico se tornaria também um instrumento. Contudo ele parece resistir, e não são poucas as brigas com as pessoas ao redor, pessoas que podem estar influenciadas pela máquina e que tem por objetivo lhe influenciar a fazer o que a máquina quer que ela faça. Há essa ambivalência entre ser conduzido por outro ou lutar contra isto, por mais forte que este outro e esta máquina de influenciar sejam. Talvez algo que Tausk disse possa ser usado para defender este ponto de vista: o sintoma da “perda dos limites do ego” (TAUSK, 1990, p. 54).

A perda dos limites do ego é, para Tausk (1990), um sintoma presente na esquizofrenia, em que os enfermos se queixam de que todos conhecem seus pensamentos. Que seus pensamentos são transmitidos para todas as pessoas do mundo sem que ele possa ter nenhum controle: “O doente perdeu consciência de ser uma entidade psíquica, um ego possuindo seus próprios limites” (TAUSK, 1990, p. 54). Assim, podemos inferir que ao ter seus pensamentos fora de seu controle, bem como seu próprio corpo e mente comandados por outras pessoas, o esquizofrênico, para si mesmo, tornasse zoé, uma vida nua como aquelas que Agamben falou. Um corpo destinado ao uso de outras pessoas, embora se resista a isso.

Esta resistência ocorre através do sentimento de estranheza e de hostilidade, e em dois níveis: no nível do delírio, na consciência, a estranheza e a hostilidade está para as pessoas ou as coisas que supostamente estão sob o domínio do operador do aparelho de influenciar, e é uma maneira de se proteger dele; no nível psíquico, inconsciente, a estranheza e a hostilidade são para afastar o sentimento libidinal de seu objeto de desejo, como se não fosse seu, projetando sempre aquilo que não consegue integrar para fora de si: “A hostilidade é uma tentativa de auto-preservação, nova e reforçada, contra a libido inconsciente recusada” (TAUSK, 1990, p. 70). E isto tanto para a esquizofrenia, no aparelho de influenciar, quanto para a paranoia, no seu pensamento persecutório.

Desta forma, ao se valer das contribuições de Agamben sobre o homo sacer, a nível psíquico, pessoal, o psicótico parece se enquadrar nos diversos mecanismos que caracterizam o homo sacer: primeiro há um estado de estranheza, alguma coisa aconteceu que alterou algo em mim; depois o psicótico começa a ficar de alerta, como no *iustitium*, onde culpados devem ser localizados e as medidas necessárias tomadas; então ocorrem diversas perdas de seu status como pessoa inviolável, começando a tornar-se zoé, vida nua; uma vida nua em sua radicalidade, pois até seus pensamentos são nus, são compartilhados por todas as outras pessoas do mundo; finalmente seu corpo é usado por outro, guiado para seus fins, que inclusive ele não sabe quais são, já que um mestre não dá explicações a um instrumento a ser usado. Já o paranoico, como foi visto, também ocupa o lugar de instrumento, embora por outro processo, assumindo seu papel como um ofício perfeito, já que um ideal torna-se soberano em sua vida, em detrimento desta. Se estas formulações psicanalíticas da instrumentalidade e da máquina de influenciar na psicose tem semelhanças com a

lógica trabalhada por Agamben sobre o homo sacer, devemos investigar se o psicótico também ocupa socialmente o lugar de homo sacer.

2.2.2 A exclusão como “A” história da loucura no Brasil

A dicotomia do binômio bem e mal e seu atravessamento em campos práticos e teóricos para além do religioso não passou despercebido por Foucault (2013). Contraponto ao paraíso no Céu que vinha após a morte, a lepra era o próprio inferno na Terra que, efetivamente, levava à morte. Seu acontecimento levou a uma mudança sociodemográfica, política e afetiva que desenhou uma mancha negra não apenas numa determinada época, mas na própria imagem onipotente narcísica humana.

Como uma das mais terríveis faces do mal, a cultura europeia medieval transformou o portador da lepra em um ser mítico, no qual nem se podia tocar, algo mesmo de todos os tipos de rituais purificatórios, e o exemplar impar da nova roupagem do homo sacer, ou melhor, das vidas indignas de serem vividas. Os leprosários, locais de confinamentos das pessoas contaminadas com tal mal, espalharam-se por toda Europa, podendo ter chegado a cerca de 19.000 estabelecimentos (FOUCAULT, 2013).

Tais práticas de exclusão, somado ao fato do término da campanha das Cruzadas ter encerrado a necessidade gerada pela própria campanha de deslocamentos às regiões orientais, onde existiam alguns focos da doença, contribuíram para a erradicação da lepra na Europa. Se o fim da lepra, assim como o final da peste negra, deixou gravado na memória das gerações que se seguiram a representação icônica da vitória da humanidade sobre o mal que quase a destruiu, também ficou marcada em suas memórias o meio pelo qual a vitória foi obtida: a exclusão das vidas marcadas com suas inclusões em estabelecimentos apartados socialmente.

Tais lugares revelavam o que é de mais próprio da condição sacra: a exclusão não se dá sem antes vir incluída no discurso que justificaria sua exclusão. “O abandono é, para ele, a salvação; sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão” (FOUCAULT, 2013, p. 6). É em nome da bondade e pensando-se no que seria melhor pra sociedade e para os próprios doentes que a sociedade excluiu uma

parte da mesma sociedade à condição de vida nua, de vida sem qualidades, vida nua à espera de sua própria matabilidade.

A imagem que se reifica de homo sacer devido a lepra irá se manter nítida mesmo quando da lepra não se restar nem mais sombras nas memórias. Tal imagem, como uma múmia materializada apenas com as ataduras à espera de um novo corpo social que venha encarná-la, permanece no imaginário coletivo até que finalmente encontra seu escolhido. Um novo corpo social que irá representar a mesma negatividade que a lepra, signo do mal e da profanidade, significava para os cristãos europeus, representantes do bem e do sagrado. Só que, com a mudança paradigmática da Idade das Trevas para a Idade Moderna, tal corpo social não seria o avesso do bem, e sim o avesso daquilo que ocuparia o próprio lugar de Deus, ou seja, a razão. Este corpo social encenaria em si, de forma arbitrária, a própria negatividade da razão, o novo homo sacer que não duraria apenas décadas, estendendo-se por séculos, até hoje: o louco.

Se a ciência, através da Medicina, tenta se apropriar da loucura a partir da metade do século XVII, a arte, já no início do século XV, já traz suas primeiras significações atribuindo o lugar do louco a um lugar segregado socialmente. Tal obra artística, a Nau dos Loucos, representava a existência real que:

levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. (FOUCAULT, 2013, p. 9).

Mas o que é importante na simbologia da Nau dos Loucos não é o fato da exclusão dos loucos, mas sim deixá-los a sua própria sorte, deixando-os incluídos na ordem que a cidade e a razão constroem na medida que são excluídos da própria cidade por não terem razão. O louco é, então,

fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar da passagem. Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência. (FOUCAULT, 2013, p. 12).

Nenhum castelo parece ser outro em nossa época que o castelo da razão, característica fundante do homem moderno. A razão acaba sendo o próprio critério decisório do exercício da alteridade, é a ela que recorremos para decidir quais características diferentes das nossas aceitamos ou refutamos diante do outro. Tal exercício da alteridade é ainda mais complexo quando no outro não reconhecemos justamente o castelo da razão. Desde Descartes, a razão não é apenas o cerne do ser humano, mas a única via pela qual pode-se alcançar a verdade das coisas e da natureza. Um ser humano que o senso comum supõe sem razão, o louco, é como um contraponto, um paradigma diferente que lança à mesa cartas de dúvida, medo, admiração, repúdio, integração, exclusão. A escolha que se faz de cada uma destas cartas varia bastante, de indivíduo para indivíduo, sociedade para sociedade, época para época.

Ao longo da história, a loucura foi significada de formas diferentes, mas seu lugar social parece, de certa forma, sempre estar às margens sociais, excluída como homo sacer. Podemos começar, como exemplo, a visão da loucura na Grécia Antiga. Hipócrates e os demais autores do “Corpus hippocraticum” (POSTEL; QUETEL, 2000, p. 19) acreditavam que qualquer tipo de doença era resultado de alguma forma de desequilíbrio nos quatro tipos de líquidos (humores) nos corpos das pessoas: o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra.

Como todas as enfermidades advém de um desequilíbrio corpóreo, não existe dicotomia entre doenças do corpo e da mente. Tal semântica do ser humano indicava uma diagnóstica somática e uma terapêutica de intervenção física que buscava trazer o equilíbrio humoral. Nesta perspectiva, o cérebro não é a origem dos transtornos mentais. Na mesma Grécia Antiga, temos também a visão do neumatismo, escola inspirada pela escola filosófica estoica, que acredita na existência do pneuma, ou espírito, que circula pelo corpo humano, e o estado de saúde ou de doença depende de como este espírito exerce tensão sobre o corpo. O pulso, que entendemos atualmente como pulso cardíaco, nesta época seria o que demonstraria a tensão ou a pulsação do espírito.

Já outros gregos traziam uma visão mais valorativa da loucura, não como desequilíbrio humoral ou espiritual, mas como uma forma de privilégio visionário, tal como Sócrates e Platão utilizavam a mesma palavra para designar divinatório como

delirante (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Assim, algumas [poucas] pessoas “loucas” na Grécia Antiga eram encaradas como portadoras do futuro, com poderes divinatórios, os oráculos, sendo consultados por sábios e reis. Contudo, mesmo estes videntes não eram considerados cidadãos comuns, e, devido a sua experiência da desrazão, eles eram, necessariamente, colocados a certa distância das outras pessoas.

Sobre a Idade Média, existe uma constante tendência de associar a visão da loucura que existia nesta época a algum tipo de evento metafísico de propriedades místicas, de semiótica religiosa, como possessões demoníacas, bruxarias ou maldições. Contudo, como bem adverte e retifica Postel & Quetel (2000), existiu todo um rico pensamento e práxis por parte dos médicos árabes. Dividindo as doenças entre aquelas de afecção geral, que acomete todo o corpo, e as de afecção específica, de uma parte do corpo, a medicina árabe oriental localizava no cérebro, e em eventuais lesões nestes, boa parte dos nossos tidos hoje como transtornos mentais. Sendo que uma das duas únicas obras encontradas e traduzidas desta época sobre tal assunto trata justamente da enfermidade do ouvido (POSTEL; QUETEL, 2000).

Um último exemplo sobre as diferentes visões da loucura na história mundial, antes de adentrarmos na história brasileira, é da época do estabelecimento da psiquiatria propriamente dita, ou da psiquiatria moderna. A psiquiatria moderna nasce justamente problematizando uma forma de “tratar”, conduzir, os loucos da Idade Média ao Renascimento: o seu aprisionamento. As ações de retirar cadeados e correntes dos loucos, subvertendo a lógica carcerária pela internação terapêutica, pelo francês Philippe Pinel, considerado pai da psiquiatria moderna, e de tratar as pessoas com loucura com dignidade e com comprometimento clínico, de Jean-Étienne Esquirol, significaram verdadeiras revoluções que redirecionariam o olhar sobre a loucura no ocidente, dando vazão a certo movimento da psiquiatria francesa já existente naquela época (POSTEL; QUETEL, 2000), e propiciando às futuras gerações de psiquiatras a necessidade de construções de outras semióticas, diagnósticas e terapêuticas sobre a loucura.

Todo este contexto certamente influencia na história da loucura no Brasil. Devido aos registros sobre loucura datarem de uma época pós-colonização, a história da loucura no Brasil coincide, quase totalmente, com a própria história da psiquiatria brasileira. Em tal história, que podemos apenas constituir às vezes de maneira contínua, outras, descontínua, perpassam diversas influências de outros países,

personalidades relevantes e de morais divergentes, formas de tratamento diversas e assistências psiquiátricas que, muitas vezes, são sinônimas de degradação humana ou instrumentos de seleção e extermínio eugênicos.

Se fosse possível localizar um início para a história da loucura no Brasil, provavelmente esse seria remetido para o momento de transformação política, econômica e social que ocorreu no país devido a chegada da família real portuguesa ao Brasil no começo do século XIX. Antes disto, são encontrados apenas raros relatos dos destinos dados aos loucos no Brasil durante o período colonial, como, por exemplo, na Bahia do século XVIII, existiam no Hospital da Santa Casa de Misericórdia algumas casinhas de doidos, “casinhas de doudos” (POSTEL; QUETEL, 2000, p. 462), que não eram em si destinadas a qualquer tratamento.

Retirando esta exceção, até a chegada da família real, o louco não era relevante politicamente, ou melhor, não era um problema social, e não existia internamento para tratamento por causa da loucura. Entretanto, com a vinda e morada da realeza, foi necessário se discutir o que fazer com todas aquelas pessoas que, soltas pela cidade, atrapalhavam certo ideal estético civilizatório europeu. Na cidade do Rio de Janeiro, escolhida como refúgio da família real que teve de sair de seu país devido a derrota contra o francês Napoleão Bonaparte, começou uma nova forma de controle do Estado sobre hábitos e comportamentos das pessoas, e os loucos passaram a ser interpretados como ameaça à ordem pública, juntamente com negros, bêbados entre outros que viviam às margens da sociedade. O Rio de Janeiro foi, então, higienizado, ou seja, foram excluídas todas essas pessoas do centro da cidade (FONTE, 2012).

Desta forma, o início da história da loucura no Brasil se confunde também, de saída, com o início de seu tratamento, que teve, e que permanecerá, como veremos, até os dias de hoje, tendo como instrumento terapêutico de maior eficácia no imaginário social, ao menos de boa parte da sociedade, a internação. E este é um processo muito anterior ao início da psiquiatria no Brasil. Sendo que a palavra tratamento só é aqui cabível como significando apenas a forma como eram tratados os psicóticos, não incluso terapêuticas ou clínicas propriamente ditas. A ideia de tratamento da loucura só chegou muito tempo depois:

Até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram colocados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia. (COSTA, 2006, p. 33).

Com a independência do Brasil, houveram grandes mudanças sociais e institucionais, e este foi o palco propício para que a medicina pudesse prosperar, tomando um poder social que já vinha reclamando há muito tempo desde a época colonial (POSTEL; QUETEL, 2000). Após ser ignorada por mais de trezentos anos, desde o início da descoberta e colonização pelos portugueses, finalmente a loucura começa a ser discutida no Brasil.

Surge em 1827 a revista de medicina do Dr. Sigaud, que contribuiu para divulgar a medicina europeia, principalmente a francesa, despertando o interesse pela psicopatologia em muitos médicos brasileiros (POSTEL; QUETEL, 2000). Já em 1830, a “recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia lança uma nova palavra de ordem: ‘aos loucos o hospício’” (FONTE, 2012). A internação começa a se tornar no Brasil, neste discurso médico pré-psiquiátrico, como o instrumento de intervenção destinado aos loucos. Mas tal grito não surgiu sem antes vir justificado tanto pela insatisfação da população em geral que reprovava o livre fluxo dos loucos pela cidade, como uma tentativa de ação humanitária contra os maus tratos que estes sofriam na rua.

A medicina brasileira, até o final do século XIX, pode ter voltado sua atenção para o corpo social, influenciando o controle da população e dos indivíduos, indicando para onde os loucos deveriam ir: para o hospício, caso fosse pobre; ficando em casa, caso rico. Houve uma discrepância do discurso ideológico pregado que justificava o internamento e o que realmente ocorreu na prática. Com a retirada dos loucos das ruas do Rio de Janeiro, muitos dos que eram pobres foram levados para os porões das Santas Casas de Misericórdia numa reclusão forçada, vivendo presos, às vezes amarrados, sob péssimas condições de higiene pessoal e sem nenhum tratamento. Já aqueles que pertenciam a famílias mais nobres, ficaram mantidos trancafiados em casa (FONTE, 2012). Mas, independentemente da condição econômica, a exclusão da vida pública era o destino dos psicóticos.

Em 1852, é inaugurado o Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, ideologizado e construído inspirado no modelo asilar francês de Pinel e Esquirol, mas que na prática

continuou sendo dirigido pelas mesmas pessoas que na época já dirigiam as Santas Casas (COSTA, 2006). Ainda durante o século XIX, surgiram diversas instituições, em diversos lugares do país, criadas justamente como sendo “exclusivas para alienados”, em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886)” (FONTE, 2012).

No Brasil, primeiro vieram os hospícios, e muito posteriormente, a psiquiatria. Sendo que nas Santas Casas, ou nos hospícios, a primeira forma de tratamento dado pelo Estado aos loucos foi exatamente a sua reclusão. O primeiro ato de constituição do saber psiquiátrico brasileiro foi de tomar para si a direção dos hospícios, tornando-se “o” saber sobre a loucura, e consagrando o hospício, hospital de alienados, ou o hospital psiquiátrico, como o lugar correto do tratamento da loucura, seu reino.

O Estado então transfere a autoridade sobre a loucura de um saber religioso para um saber científico. Contudo, a forma de tratamento pelo viés do internamento continua, embora com mudanças técnicas e instrumentais significativas em relação ao momento anterior. E é por isto que a psiquiatria brasileira já nasce sob e para a égide da internação. Exemplo disto pode ser visto no conto “O alienista” do carioca Machado de Assis (2009).

Publicado pela primeira vez em 1882, “O alienista” certamente é a obra de ficção brasileira mais importante quando o assunto é loucura ou psiquiatria no Brasil. O Dr. Simão Bacamarte é o alienista – termo utilizado para àqueles que eram responsáveis pelo tratamento dos alienados antes mesmo da cadeira de psiquiatria ser introduzida na academia brasileira – da vila de Itaguaí, no Rio de Janeiro.

Tal personagem, bem como a atmosfera construída, é extremamente característico não apenas de sua época, mas das décadas que seguiram a este conto. Tal como Bacamarte, muitos médicos brasileiros iam para a Europa estudar, já que naquela época até mesmo a própria formação em medicina era muito insipiente, a de psiquiatria praticamente não existiu por quase todo Século XIX. Devido sua formação, estes médicos trouxeram os modelos teóricos para serem aplicados no Brasil.

Em Itaguaí (ASSIS, 2009), Bacamarte procurou fazer de imediato aquilo que os alienistas realmente fizeram nas ruas da cidade do Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, entre outras: retirar os loucos de circulação do espaço público e interná-los. Neste livro, a internação como a ação mais característica ao se tratar da loucura

é evidenciada. No decorrer do livro, nenhuma ação do alienista tem tanto relevo e ocupa tanto de seu tempo quanto a de estar, a todo momento, ou internando ou decidindo quem são as possíveis pessoas que deveriam ser internadas na Casa Verde.

A ideia de Bacamarte (ASSIS, 2009) não era [apenas] de higienizar as ruas de Itaguaí dos loucos, mas, tal qual fizeram os médicos no Rio de Janeiro quando criticaram o encarceramento nos porões das Santas Casas, de direcioná-los para um lugar específico onde poderiam receber tratamento adequado. Tratamento este empirista, como a própria psiquiatria é em sua prática, e que exige constante pesquisa, algo que Bacamarte exerce obsessivamente numa verdadeira “patologização do curar” e que, não amiúde, acaba se tornando para o alienista, e em muitos momentos da história brasileira, numa “patologização do internar”: a internação se torna patológica.

Algo curioso existe ainda no texto de Assis: a forma que Bacamarte pensava o ser humano e suas relações, até mesmo em sua vida privada, assemelha-se ideologicamente com um ideal higienista muito presente futuramente na psiquiatria brasileira, nas décadas de 1920 e 1930, de cunho eugênico, como veremos adiante.

A escolha do consorte de Bacamarte é exatamente uma escolha eugênica. Ele decide se casar com D. Evarista não por quanta influência política ou recursos econômicos ele iria obter, muito menos por algum tipo de amor romântico que despertou ao ver tamanha beleza, que como mesmo é contado no livro, seria nenhuma. A escolha de se casar com D. Evarista foi para garantir uma melhor descendência, assegurando bons nascimentos para a raça humana (do latim: eu = bom, genia = nascimento).

As internações de Bacamarte continuavam crescendo, muitas vezes sem a população entender ou aprovar, como realmente ocorrera com a população do Rio de Janeiro. Valendo-se do véu de cientificidade, eram impostas à população medidas descontextualizadas e justificadas de uso tautológico:

Muita gente correu à Casa Verde, e achou o pobre Costa, tranquilo, um pouco espantado, falando com muita clareza, e perguntando porque motivo o tinham levado para ali. Alguns foram ter com o Alienista. Bacamarte aprovara estes sentimentos de estima e compaixão, mas acrescentava que a ciência era a

ciência, e que ele não podia deixar na rua um mentecapto. (ASSIS, 2009, p. 21).

Estes são apenas alguns elementos que localizam no imaginário social a internação no final do Século XIX, momento tão curioso porque selaria uma época em que o Brasil estava nas mãos da monarquia, e a loucura em mãos religiosas, para um novo momento, da instauração da República do Brasil e da tomada da loucura pela ciência.

Com a Proclamação da República, novos valores civilizatórios e morais se erigiram na sociedade brasileira. Aos loucos, toda a estrutura de polícia, vigilância e correção foram destinados a garantir sua retirada do espaço público, sua exclusão social, justamente por não se encaixar nestes novos valores. A primeira instituição de saúde pública estabelecida na república é o Hospício Nacional de Alienados, que era justamente o Hospício D. Pedro II, que após deposto do imperador, foi desvinculado também da direção da Santa Casa de Misericórdia.

Começam também a surgir, na maioria dos estados brasileiros, as primeiras colônias agrícolas de assistências aos doentes mentais. Tais colônia introduzem uma nova forma no tratar do louco no início do século XX: a reclusão pela internação seria agora qualificada pelo trabalho. Esta seria a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, caracterizada por se nominar como uma psiquiatria científica (FONTE, 2012).

Em 1898, o hospício de São Paulo é reconstruído em Juqueri graças aos esforços do psiquiatra encarregado neste do serviço de assistência aos alienados, o professor Franco da Rocha, que conseguiu a criação de um hospício central funcionando conjuntamente com as colônias, baseada na psiquiatria francesa, como modelo substitutivo ao projeto inicial dos poderes públicos que pretendiam construir pequenas colônias dispersas pela província (POSTEL; QUETEL, 2000).

Nesta época, os psiquiatras brasileiros tinham como referência para a organização dos hospitais psiquiátricos, incluindo suas práticas institucionais e terapêuticas, os modelos europeus, principalmente o francês, cuja internação era a ação primordial ao início da terapêutica. Contudo, a internação ainda não era muito popular na população em geral, e muita gente não via de bom grado tal medida, apenas aceitando-a por saber que a desejada visita domiciliar não ocorreria (POSTEL; QUETEL, 2000).

Ainda no início do Século XX, já sob tutela do Estado, o psiquiatra Juliano Moreira passa a dirigir o recém nomeado Hospício Nacional de Alienados. Muito mais do que tê-lo dirigido por 30 anos, ele acabou influenciando diretamente os destinos da psiquiatria brasileira, sendo considerado um dos três mais importantes psiquiatras na história do Brasil, juntamente com Franco da Rocha e Ulysses Pernambucano (POSTEL; QUETEL, 2000). Uma mudança fundamental que ocorreu por sua influência foi o modelo francês de psiquiatria, do qual Franco da Rocha era adepto, perder força entre os psiquiatras brasileiros em proveito do modelo alemão de psiquiatria.

Em 1903, por forte influência de Juliano Moreira, surge a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (COSTA, 2006), que diferenciaria os criminosos dos doentes mentais e que proibiria o encarceramento destes últimos. Eles deveriam ser encaminhados para lugar adequado, e seu internamento só poderia ocorrer caso se comprovasse necessidade devido ao seu estado mental. É desta época, internado no Hospício Nacional de Alienados, e consultado pelo próprio Juliano Moreira, que encontramos um dos mais importantes observadores do contexto asilar deste período histórico brasileiro: Lima Barreto.

Redigidos em sua segunda internação no Hospício Nacional de Alienados, entre dezembro de 1919 e fevereiro de 1920, o “Diário do Hospício” (BARRETO, 2010) foi escrito por Lima Barreto de maneira precária, mas cuidadosa, sobre sua própria experiência de ser internado num hospício por causa de seus problemas com o alcoolismo. Logo no início do texto, Lima Barreto conta que entrou no hospício obrigado pela polícia, trazendo justamente o caráter policialesco ao qual serviam, na história do Brasil, muitas vezes as internações. Ao entrar no hospício, todas as roupas são removidas, e uma outra, comum aos demais internos, é dada, contudo mal dá para cobrir o corpo, deixando-o exposto as intempéries. A exposição do corpo é constante, a intimidade é dilacerada, como, por exemplo, nos banhos coletivos:

Todos nós estávamos nus, as portas abertas, e eu tive muito pudor. Eu me lembrei do banho de Dostoiévski, na Casa dos mortos. Quando baldeei, chorei; mas lembrei de Cervantes, do próprio Dostoiévski, que pior deviam ter sofrido em Argel e na Sibéria. (BARRETO, 2010, p. 45-46).

Barreto, em várias partes de seu texto, compara a internação no hospício a um inferno, trazendo expressões como “geena social” (BARRETO, 2010, p. 48) e “bolgia do inferno” (BARRETO, 2010, p. 51). Dentre as várias humilhações que sofreu, longe de poder voltar para sua casa e para sua vida cotidiana, Barreto foi perdendo a valoração da vida e as esperanças de ter um bom futuro, sobrando apenas a dor da internação: “Esta passagem várias vezes no Hospício e outros hospitais deu-me não sei que dolorosa angústia de viver que me parece ser sem remédio a minha dor” (BARRETO, 2010, p. 83).

Entretanto, algumas coisas Lima Barreto reconhece com agrado. Uma delas é justamente a consulta que teve com o Dr. Juliano Moreira, que o tratou com grande ternura, de maneira até paternal, procurando saber dele em que ala do hospício gostaria de ficar, e respeitando sua vontade. Juliano Moreira, de base teórica da psiquiatria organicista alemã, é prova de que seguir ou não uma teoria científica não justifica ações desumanas ou cegas quanto às pessoas e suas subjetividades. Muito menos pelas mãos de Moreira, e muito mais pelo uso feito da psiquiatria alemã por outros psiquiatras, bem como pelo próprio governo brasileiro, um novo movimento psiquiátrico estava surgindo no Brasil na década de 1920.

2.2.3 Auge e queda da exclusão social do louco: a eugenia e a luta antimanicomial

O movimento psiquiátrico alemão serviu bem para a elite brasileira, pois, necessitando reestruturar a sociedade depois da libertação dos escravos e da Proclamação da República, começou a utilizar a causalidade biológica para explicar seu atual domínio frente as populações mais pobres, entre outros diversos problemas culturais. Rapidamente, esta suposta nova psiquiatria científica deu vazão a uma moral e a um discurso político bastante influenciado por certa ideologia que já havia surgido na Inglaterra em 1883, com Francis Galton, tendo sido muito popular nos Estados Unidos, na virada do Século XX, e que ganharia muita evidência poucos anos depois, na Alemanha, com o nazismo: a eugenia.

A partir da década de 20, inicia-se uma maior influência dos princípios eugênicos em boa parte dos psiquiatras brasileiros, tendo, em 1923, a fundação da

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental. Atualmente, caracteriza-se a LBHM como um movimento elitista, de ideias eugênicas, xenofóbicas, racistas, e de bandeira de luta em defesa de um estado com maior controle populacional e antiliberal, sendo suas palavras de ordem “controlar, tratar e curar” (FONTE, 2012).

Mal é necessário comentar que, efetivamente, a cura foi nenhuma; o tratar foi insipiente, grosseiro e por vezes gerou mais malefícios do que quaisquer tipos de benefícios; mas o controlar, este sim, foi tão vitorioso que rapidamente o próprio estado começou a utilizar a internação, através do poder psiquiátrico, para enterrar vivos todos aqueles que eram indesejáveis para vida política. No Início de seu livro dedicado praticamente todo a LBHM, o psiquiatra Jurandir Freire Costa (2006, p. 9) afirma que o caso da LBHM é exemplar de como “a vontade de saber pode ser completamente sufocada pela vontade de poder”.

Fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a LBHM era composta pela elite psiquiátrica do Rio de Janeiro e tinha como objetivo inicial o de melhorar a assistência mental através dos estabelecimentos psiquiátricos e da renovação de seus profissionais. Tais objetivos se seguiram durante os dois anos seguintes, mas logo boa parte dos psiquiatras da Liga tiveram outras ambições para com ela, tentando estender o alcance de suas ações para o meio político e social brasileiro, através de programas de prevenção e intervenção direta na educação dos indivíduos, disseminando e viabilizando o ideal eugênico.

De 1928 a 1934, a higiene mental e a noção de eugenia aparecem como a teoria geral que orienta a prática psiquiátrica brasileira. Os psiquiatras definem-se cada vez mais como higienistas, e adentram seu poder progressivamente no campo social. Em 1929, é criada a revista *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, instrumento propagador dos ideais da Liga, que serviu para divulgar os ideais de eugenia na sociedade e nos meios científicos, supondo-se legitimados pela Biologia e pela psiquiatria organicista. Era com um apelo de cientificidade que os higienistas tentavam concretizar suas aspirações sociais através dos ideais eugênicos, embora a nível teórico, nada na Psiquiatria justificava isto, já que a “eugenia, como ela era apresentada pela Psiquiatria nazista, não teria podido inserir-se no corpo teórico de nenhuma teoria psiquiátrica conhecida na época” (COSTA, 2006, p. 70).

Quanto a internação, a LBHM não poderia desejar ser mais radical e injustificável: “Retrospectivamente, pode-se ver que pouco faltou para que no Brasil

se instalasse a prática de internamento psiquiátrico compulsório, por motivos outros que não as doenças mentais” (COSTA, 2006, p. 88). Assim, a internação não se daria por necessidade terapêutica mas por motivos policialescos.

Contudo, por mais que a LBHM se identificasse ponto por ponto à ideologia eugênica nazista, este não era o único pensamento da psiquiatria brasileira naquela época. Vários psiquiatras orientavam suas pesquisas em direção oposta ao que estava sendo preconizado pela Liga, como “Odilon Galotti, no Rio, James Ferraz Alvim, em São Paulo, e Ulysses Pernambucano, em Recife” (COSTA, 2006, p. 69). Este último representa um modelo psiquiátrico bem diferente das duas linhas tradicionais de psiquiatria brasileira, a institucional francesa e a organicista alemã, preconizando a importância de estudos sociais, antropológicos e culturais em associação com os aspectos neuropsiquiátricos em detrimento da simples importação dos modelos europeus (POSTEL; QUETEL, 2000).

Pela derrocada e repugnância dos ideais eugênicos na Segunda Guerra Mundial e pelo distanciamento do discurso científico, a LBHM foi sucumbida por seu próprio peso, e seus ideais só restaram em alguns psiquiatras como um desejo velado impopular por ser contra os novos ideais democráticos. O exemplo desta época que vamos falar agora é um conto do alagoano Breno Accioly, que fala do João Urso, internado por não ser aceito socialmente, jovem que, como fala José Lins do Rego no prefácio do livro, “o destino impiedosamente mutilou” (ACCIOLY, 1995, p.15).

Em seu conto “João Urso”, escrito em 1944, Accioly nos traz a história de um garoto, nomeado igual ao título do conto, que por rir de maneira excessiva aos costumes e morais da época, um riso que ninguém compreendia, era chamado por todos de maluco. Até sua mãe, que se irritava por não entender o motivo de seus risos e incomodada com tais, gritava e sempre o colocava de castigo. Nas escolas, seu destino não era diferente. Sem compreender também os motivos de seus risos, acabaram transformando João Urso numa anedota, numa piada ou num insulto a todas as crianças que riam em horas inoportunas, perguntando-os se estes teriam pego a mesma doença que João Urso teria.

Levado a internação, João Urso ficou longe de sua casa e de sua mãe, sobrando apenas o olhar distante para além dos muros hospitalares. Os especialistas que ali ele encontrara ficaram espantados como nenhum tratado até então conhecido abordava seu comportamento, não podendo, assim, entender também as origens de

seus risos. Inicialmente, viram em João Urso a oportunidade de fazer alguma descoberta científica, mas rapidamente abriram mão ao perceberem que nenhum de seus esforços davam resultados. Mas a única ação que efetivamente ocorreu em João Urso, foi ter que passar uma vida longe de quem ele mais amava:

Agora, João Urso voltava. Viu a mãe trinta anos mais velha, escutou quase silencioso aquele coração que dantes batia forte. Sentiu comoção, uma vontade imperiosa de chorar, de abraçar a mãe aos soluços. Abriu os braços, enlaçou o peito da mãe num violento aperto, e começou a rir-se, a rir-se como nunca havia rido, um riso doente, entrecortado de gritos profundos, de alucinantes gargalhadas. (ACCIOLY, 1995, p. 29).

Este conto apresenta uma característica essencial nas internações brasileiras e que foi alvo principal na futura Luta Antimanicomial: internações de longa data. Este é um conto localizado justamente na época da expansão dos hospitais psiquiátricos.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Neste período predominavam os hospitais públicos responsáveis por 80,7% dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Os famosos asilos como o Junqueri (em São Paulo), o Hospital de Alienados (no Rio de Janeiro) e o São Pedro (em Porto Alegre), exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. (FONTE, 2012).

Isto continua pelas décadas seguintes com a expansão do número de hospitais psiquiátricos pelo país impulsionados pela aprovação da lei 8.555 de 3 de janeiro de 1946 que autorizou o SNDM a construir hospitais psiquiátricos em convênios com os estados.

A psiquiatria incorporou, nesta época, instrumentos que, embora fossem tidos como os mais avançados para tratamento da doença mental na época, geraram, até hoje, as mais severas críticas e preconceitos possíveis. Assim, o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia são exemplos de formas de tratamento que a psiquiatria já aplicou àqueles denominados portadores da loucura. Com o excesso de pacientes internados e suas condições de vida precárias, a internação continua a desempenhar o papel de exclusão social e os hospitais públicos psiquiátricos caem em descrédito na sociedade (FONTE, 2012).

Após o golpe de 64, a assistência que era destinado exclusivamente aos pobres e indigentes passa a atender também a massa de trabalhadores e seus dependentes. É incrementada uma articulação da internação asilar com a privatização da assistência, e, com a entrada e uso da medicação na terapêutica do doente mental, inicia-se um período que podemos entender como a industrialização da loucura. Este período foi caracterizado justamente porque, com a decisão de internação ficar a critério do médico ou da família, com o Estado pouco interferindo nesta decisão, passou a existir toda uma série de propagandas sociais e científicas dos benefícios do internamento que, não obstante, camuflavam o lucro econômico que as novas empresas privadas hospitalares passaram a ter devido cada internação, sua fonte de lucro exclusiva (FONTE, 2012).

Mas é apenas na década de 70 que, devido as recentes discussões sobre redemocratização do país, a necessidade de humanização chega ao tratamento do doente mental. Começaram a surgir movimentos contra o tratamento cruel e desumano, incluindo torturas, que muitos hospitais psiquiátricos realizavam em seus internos. Inicia-se então o Movimento Antimanicomial. Em 1978 inicia-se a fase de crítica contra as instituições psiquiátricas, momento este em que a indústria da loucura recebe os seus mais contundentes ataques, evidenciando, além das torturas e maus tratos, denúncias de estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. Começam a ocorrer em diversos estados brasileiros congressos e encontros decisivos do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM (FONTE, 2012). Sobre a forma de tratamento daqueles considerados loucos nesta época, Costa fala:

Na vida cotidiana, o destino dos loucos pouco mudou dos anos 30 [época em que a LBHM estava no auge] até hoje [anos 70]. É verdade, já não se pensa mais em eliminá-los fisicamente, como no discurso eugênico. Mas quem frequenta ou frequentou um asilo neste país, dificilmente pode esquecer o que é a vida de um interno. Nestes lugares, centenas de pessoas são maltratadas fisicamente e humilhadas moralmente. De maneira cruel e sórdida. O mesmo desprezo racista e o mesmo preconceito de classe, abertamente defendidos pelos teóricos da Liga, continuam existindo na prática, embora negados na teoria. (COSTA, 2006, p. 15).

Já a década de 80 foi marcada pelas ideias do historiador e filósofo francês Michael Foucault, do sociólogo canadense Erving Goffman, do psiquiatra húngaro Thomas Szasz e do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Mais do que a originalidade

de suas ideias, o que estes autores realmente contribuíram para o movimento de luta antimanicomial no Brasil foi ter legitimado as críticas e oposições que muitos trabalhadores brasileiros já vinham fazendo a forma como os hospitais psiquiátricos eram utilizados ao longo das décadas pelo Estado e pelo poder psiquiátrico.

No final da década de 80 fecham-se alguns manicômios e começam a surgir os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, a partir da criação de uma assistência em Saúde Mental contra a centralização nos hospitais psiquiátricos. Em 1987 se realizou a I Conferência em Saúde Mental, e em 1989 foi dada entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado que direcionava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a regulação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Contudo, tal lei só viria a ser aprovada 12 anos depois, tornando-se a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001.

O pensamento que decorre do final da década de 1980 e que perpassa pelos anos 1990 a 2000 pelas palavras e ações de todos aqueles que participavam da luta Antimanicomial exigia da sociedade e do Poder Público ser inaceitável “o infortúnio do acometimento de um transtorno mental leve qualquer indivíduo ao encarceramento num manicômio por décadas da sua vida, muitas vezes sem cuidados especiais a sua saúde e com desrespeitos a seus direitos humanos e civis” (FONTE, 2012). Para quem não conhece a degradação e humilhação que de fato muitas pessoas sofreram devido internações em alguns hospitais psiquiátricos brasileiros, o livro da jornalista Daniela Arbex é exemplar.

Ao longo das últimas décadas do Século XX, algumas reportagens tentaram sensibilizar a sociedade e o poder público para o que estava acontecendo em alguns hospitais psiquiátricos brasileiros: a degradação humana. Mas nenhuma reportagem, ou livro, parece mostrar tão precisamente como eram as internações em um dos maiores hospícios do Brasil, o de Barbacena, tal como o premiado livro “Holocausto Brasileiro” (2013), de Arbex, publicado pela primeira vez em 2013, mas que já havia sido fruto de reportagens feitas para exibição televisiva, mostra. Para tal, ela recorreu a várias pessoas que já haviam passados dias dentro do Hospital Colônia, como funcionários e internos.

Logo no início do livro, Arbex fala que o espaço interno do Hospital Colônia de Barbacena era enorme, com área de mais de 8 milhões de metros quadrados, cercado por uma muralha que impedia a vista para a parte externa, e de odor insuportável.

Retrata que uma das funcionárias contratadas para trabalhar no hospital, em seu primeiro dia, fora surpreendida:

pelo odor fétido, vindo do interior do prédio. Nem tinha se referido de tamanho mal-estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esqueléticos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nu, rastejavam pelo assoalho branco com tozitos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. [...] Ainda com os pensamentos descoordenados, avistou num canto da ala um cadáver misturado entre os vivos. Observou quando dois homens de jaleco branco embrulharam o morto num lençol, o décimo sexto naquele dia, embora muitos outros agonizassem. Na tentativa de se aquecerem durante a noite, os pacientes dormiam empilhados, sendo comum que os de baixo fossem encontrados mortos, como naquele dia 7. (ARBEX, 2013, p. 23).

Arbex (2013) traz que, desde o início do Século XX, quando o Hospital Colônia é inaugurado, já não existiam critérios médicos para internação, e estas se dariam muito mais por interesses políticos e/ou pessoais de pessoas poderosas da região, de modo que provavelmente 70% de todas as pessoas que já haviam sido internadas naquele lugar não sofriam de nenhum transtorno mental, embora fossem enquadradas com um mesmo diagnóstico único.

Seus internos eram pessoas indesejadas por patrões depois de serem abusadas, filhas de fazendeiro que tiveram relações sexuais antes de se casar, esposas substituídas por amantes, além de alcoolistas, mendigos, negros, pobres. Numa verdadeira lógica da “teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar” (ARBEX, 2013, p. 26).

O que acontecia aos internos ao chegar no hospício era muito parecido ao que Lima Barreto vivenciou no Rio de Janeiro. Eram retiradas todas as suas roupas, e dado algo que mal os cobria. Contudo, devido ao clima bem mais severo, principalmente à noite, e piores condições sanitárias, vários pacientes morreram dentro dos muros do hospício sem nunca mais conhecer a dignidade humana. Muitos eram estuprados e seus corpos utilizados para as mais diversas finalidades, inclusive receber altas descargas de eletrochoque que, de tão fortes, chegava a dar apagões na cidade.

Mas o que acontecia neste lugar não era exatamente desconhecido, pelo contrário, era tão explícito que dezessete faculdades de medicina do país compraram, entre 1969 a 1980, cerca de 1853 cadáveres. Cadáveres que muitos dos próprios internos ajudavam a embrulhar, que muitos viram sendo corroídos por ácido, no meio do pátio do hospício, para que pudesse retirar e vender apenas os ossos. Não é à toa que Franco Basaglia disse, em conferência no Brasil, de que aquele hospício era um “campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2010, p. 207).

Diversos movimentos no final do Século XX pediram o fim das internações de longa data, maior humanização dos hospitais psiquiátricos e fechamento daqueles que, não tendo condições alguma de funcionar, se assemelhavam muito mais ao “Inferno” tal qual imaginado por Dante Alighieri (1998). A luta Antimanicomial desemboca na reforma psiquiátrica e na construção de um modelo descentralizador de assistência em saúde mental.

Na década de 1990, com a Declaração de Caracas, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental e com as primeiras experiências dos hospitais-dia, CAPS e NAPS, passaram a surgir leis que investiam em novas terapêuticas a despeito dos hospitais psiquiátricos, com ênfase no território e na descentralização dos atendimentos. Um novo modelo operacional extra-hospitalar começou a ser aceito e normatizado pelo Estado.

Na década de 2000, várias outras mudanças significativas surgiram em prol do fim dos hospitais psiquiátricos e a favor de um tratamento com base na vida comunitária e familiar. Assim, além da Lei nº 10.216, de abril de 2001, trazendo a progressiva diminuição dos hospitais psiquiátricos, regulação da internação compulsória e a criação de serviços de Saúde Mental comunitários; tem-se a Lei Federal nº 10.708, de julho de 2003, que cria o programa “De Volta para Casa”, que concede um auxílio financeiro para que os pacientes de longa internação retornem a viver nas suas comunidades ou residências (FONTE, 2012).

Muito mais ainda ocorre na década de 2000, como a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, com uma maior participação dos usuários e seus familiares, reclamou do direito de uma maior participação comunitária na fiscalização e controle dos dispositivos e políticas de Saúde Mental. Portarias de nº 106, de 2000, sobre a criação de residências terapêuticas, e de nº 336, de 2002, que introduzem as

modalidades de CAPS I, II, III, CAPSi e CAPS ad; também existe uma política mais eficaz de avaliação dos hospitais psiquiátricos e desativação dos considerados de baixa qualidade (FONTE, 2012).

Mas, qualquer um que conheça de perto a loucura, seja nos outros, como em amigos, parentes, pacientes, seja em nós mesmo, em momentos limites, de crise, ou numa condição mais permanente, sabe que ainda existe muito a se fazer, e que mais suportes sociais devem ser criados até que consigamos garantir uma vida digna para todos os humanos. Para que a Reforma Psiquiátrica ocorresse, muitas famílias lutaram para garantir esta dignidade para que seus parentes deixassem de virar objetos jogados nas instituições, e assumissem papel de protagonistas de suas vidas. Atualmente, para a saúde mental, o apoio familiar é de fundamental importância na implementação de quaisquer ações e políticas públicas. Mas o que acontece com a pessoa quando sua família prima em lhe tratar como um objeto, ou pior, como um abjeto, tal como o poder soberano, não raramente, trata o homo sacer?

2.2.4 O pai soberano e o filho que pode ser esmagado como um inseto

O homo sacer é uma antiga figura do direito romano que indica vidas incluídas na lei por estarem excluídas desta mesma lei. Vidas que estão sujeitas a todas formas de uso, sem ter uma lei que as amparem, e que foram excluídas da lei devido um poder soberano. Em “Carta ao pai” e “A metamorfose”, Kafka brilhantemente nos expõe um filho que, diante do poder soberano do pai, não consegue ele mesmo construir sua vida, vivendo numa espécie de sombra, ou de lado oposto, em que, por culpa ou por dívida, não consegue ele próprio se tornar um pai.

Assim, Kafka aparece neste estudo de maneira peculiar: duas de suas obras mais importantes mostram uma espécie de autobiografia centrada em sua relação com a família: enquanto que “Carta ao pai” revela as incertezas, medos e angústias do olhar de um filho diante do poder soberano de seu pai; “A Metamorfose” traz o sentir-se metamorfoseado de um filho frente a sua família, a seu pai e à rotina que o oprime como a um inseto.

Como Backes, tradutor de Kafka no Brasil, mesmo advertiu, “Carta ao pai” (2014b) traz um dos grandes temas da obra de Kafka, a saber, a autoridade paterna

e seu caráter punitivo. Escrita aos 36 anos, com mais de cem páginas manuscritas com letras grandes, “Carta ao pai” provavelmente fora concebida para ser enviada ao seu pai, inclusive foi entregue a sua mãe para que ela pudesse entregá-la ao seu pai. O que nunca ocorreu, visto a mãe de Kafka achar que ele sequer a leria. Mas isto também já deveria ter sido previsto a Kafka antes da entrega, o que volta a questão se ela foi concebida para ser ou não entregue. O próprio tradutor Backes fala que o pai de Kafka, Hermann, pouco se interessava pelos problemas do filho.

Em uma de suas correspondências endereçadas à Milena, Kafka refere-se a sua carta como sendo uma carta de advogado, o que levou a Backes (2014b) comentar que tal carta não apenas tratava de verdades, mas que tais verdades foram retrabalhadas a fim de justificar sua própria vida perante um tribunal. Este tribunal, seria para Backes, o tribunal paterno. Assim, Backes cita nas próprias palavras de Kafka: “Da tua poltrona, tu regias o mundo” (KAFKA, 2014b, p. 10). Feito estas considerações do tradutor, vamos ao texto.

“Tu me perguntastes recentemente por que afirmo ter medo de ti. Eu não soube, como de costume, o que te responder, em parte justamente pelo medo que tenho de ti” (KAFKA, 2014b, p. 17). Desta maneira clara, exemplar de tudo que viria na carta ao pai, Kafka inicia sua fala de tudo aquilo que sente em relação ao seu pai. O medo foi exatamente o primeiro sentimento trazido, e suas derivações, o se calar e o não responder, bem como isto foi normalmente vivenciado. E aqui vale notar que Kafka já estaria com 36 anos.

Em momento próximo, na carta, Kafka retoma a isto: “falar de maneira aberta contigo eu jamais falei [...]” (2014b, p. 19). É evidente o medo de Kafka em conversar com seu pai, de lhe expor o que realmente pensa. A esta sentença, ele acrescenta:

no templo jamais fui ao teu encontro, em Franzensbad jamais te visitei e aliás jamais tive senso de família, não me importei com os negócios nem com teus demais assuntos, a fábrica eu joguei às tuas costas e depois te abandonei, apoiei Ottla em sua teimosia e, enquanto não movo um dedo por tua causa (nem sequer uma entrada de teatro eu trago a ti), faço tudo por estranhos. (KAFKA, 2014b, p.19-20).

De cara percebemos, em parte, um sentimento de culpa muito presente, quase como se um ressentimento, e como em todo ressentimento, um pouco de ódio

incluído no seu discurso, tanto ódio que, ao pai, não traz nem ao menos um ingresso de teatro, mas aos outros faz de tudo. Logo em seguida, Kafka fala sobre sua percepção daquilo que seu pai pensa dele, de que todo o comportamento do filho é de única e exclusiva responsabilidade de Kafka, e que ao pai não sobraria nenhuma forma de culpa ou de responsabilidade.

Mas esta percepção dos sentimentos do seu pai por si não vem sem tristeza do não ser reconhecido: “Se eu pudesse te levar a reconhecê-lo. Então seria possível, não uma nova vida – que para isso estamos ambos velhos demais –, mas uma espécie de paz ” (KAFKA, 2014b, p. 21). Esta paz viria como um abrandamento das acusações do pai de Kafka. As acusações parecem ter sido sentidas como ferro quente sobre a pele de Kafka. Suas queixas, cobranças, decepções, parecem circular por todo o texto deste filho que, de alguma forma, procura reconciliação, reconhecimento, respeito por parte de pai que, ao seu ver, é todo poderoso. Esta pessoa que suscita respeito, e que seria fantástico ter como amigo, chefe, avô e até mesmo sogro, mas que como pai era insuportável demais para sustentar sozinho.

E Kafka queixa-se de estar sozinho, já que seus irmãos nascidos com idade parecida com a sua morreram ainda jovens, e suas outras irmãs só nasceram muito tempo depois. Kafka nos mostra a autoimagem de ser um solitário, um ser único, uma ilha perdida na maré alta, a mercê de um ser que pode tudo e com o qual não consegue, ou não pode nem ao menos falar.

A figura do pai, e assim percebemos na carta, torna-se central na vida de Kafka, como se ele mesmo não tivesse nenhuma subjetividade para se realizar, nenhum sonho, nenhum desejo. E se isto não chegou a ser verdade na vida de Kafka, certamente foi verdade do comportamento de seu pai sobre ele. Kafka escreve então sobre como é significativo que seu pai apenas o encoraja nas coisas que dizem respeito ao amor-próprio do pai. Seu egocentrismo não deixa sequer que uma carta possa ser-lhe endereçada. Como Kafka não consegue se pôr em nenhuma atividade que concorra com o pai, é como se ele mesmo ficasse incapaz para o mundo. Incapaz em tudo aquilo que o pai conquistou. Isto foi um processo lento, sendo que enquanto criança isto ainda não o atingia, mas que com o passar do tempo o brilho do pai o ofuscaria.

O egocentrismo de seu pai era tal que, mesmo sobre os assuntos que não conhecia, ele teria “a” opinião certa, sendo todas as outras opiniões consideradas

erradas. Esta é posição, a postura do soberano, do homem que fabrica a lei: “Tu assumias para mim o caráter enigmático que todos os tiranos possuíam, cujo direito está fundado sobre sua pessoa e não sobre o pensamento” (KAFKA, 2014b, p. 29). Este era seu pai, que mesmo sem estar certo, dizia o que é certo e errado. E tais contradições à ordem, à fala e ao raciocínio foram se agrupando ao longo de sua vida e impostas a Kafka de forma que teve que começar a entender os pensamentos de seu pai, já que estes eram próprios, não compartilhados. Não haveria sensibilidade em relação a dor e a vergonha que seu filho poderia sentir diante seus vereditos. Tudo circulava seu pai, ele era, sem delongas, “a medida de todas as coisas” (2014b, p. 30).

Mas não é apenas egocentrismo que caracteriza o pai de Kafka como poder soberano. Sua sensibilidade em relação ao filho, seu domínio sobre a casa e sobre sua mulher nos parece lembrar de uma figura mitológica, a do onipotente pai da horda primitiva, que devorava a todos, inclusive a seus filhos, numa brutalidade similar a descrita por Kafka quanto ao seu pai comendo:

E porque tinhas, por natureza, um apetite vigoroso e uma predileção especial por comer rápido, quente e em grandes bocados, a criança tinha de se apressar; um silêncio sombrio reinava à mesa, interrompido por admoestações: “Primeiro come, depois conversa” ou “Anda, mais rápido, vamos” ou “Vê, eu já terminei há tempo”. A gente não podia partir os ossos com os dentes, tu sim. A gente não podia sorver o vinagre fazendo barulho, tu sim. O principal era cortar o pão bem reto; mas o fato de tu fazeres com uma faca pingando molho não importava. A gente tinha de prestar atenção para que nenhum resto de comida caísse ao chão, debaixo de ti estava a maior parte no final das contas. (KAFKA, 2014b, p. 32-33).

Este era seu pai, o soberano, que fazia a lei mas que não cumpria a própria lei. E como todo soberano, elegeu aquele que estão à margem, excluídos de reconhecimento, não obstante Kafka se sentia como um escravo, diferenciado dos demais por ser submetido a todo tipo de ordens. O mundo estaria constituído em três partes: o pai, soberano e criador de suas próprias leis; o filho, o único servo, escravo de suas leis; e as demais pessoas que estariam livres de suas leis.

Kafka era este ser que, à sombra do pai, tinha de se defender, tinha de se livrar de uma invasão de sua própria vida. Um pai que ordenava total submissão, total incorporação, ou como ele mesmo fala, que não poderia escolher o que do pai

seguiria, mas que deveria “levar tudo” (2014b, p. 34). Kafka não podia argumentar nada que não partisse do próprio pai ou que este não concordasse. Ou então ao falar de algo que pensa em fazer e que não está de acordo com o que seu pai pensa, este fala:

Faze o que quiseres; por mim, és livre; já és maior de idade; eu não tenho nenhum conselho a te dar” e tudo isso no quase sussurro, terrível, rouco, da ira e da condenação completa, diante do qual eu hoje só tremo menos do que na infância porque o sentimento de culpa exclusivo da criança em parte foi substituído pela compreensão do nosso desamparo comum. (KAFKA, 2014b, p. 35).

Este trecho é uma passagem fundamental deste sentimento que ora parece ressentimento, ora tristeza, ora um voto de esperança de que as coisas ainda possam dar certo, se seu pai der algum tipo de reconhecimento ao seu sofrimento. O sentimento de culpa, por não ser tão perfeito quanto o pai quer, por não seguir tudo aquilo que o seu pai manda, por não concordar com tudo aquilo que seu pai diz, e que Kafka parece ter arrastado por boa parte da sua vida, é substituído por outro sentimento. Kafka consegue elaborar seus sentimentos de culpa por não ter o amor do pai, para o sentimento de abandono do seu amor.

Mas esta injunção, sentimento de abandono do amor do pai, não é de Kafka, é nossa. Kafka fala do desamparo paterno, e não que seu pai o abandonou, muito menos que chegou a amá-lo, reclamando inclusive que nunca recebeu o “afável” sorriso de seu pai, embora o visse endereçado às outras pessoas. Desta forma, sem amor, a relação de Kafka com seu pai tornou-se muito mais de ordem e obediência, decepção, culpa, ressentimento de não passar de abjeto para o pai, algo do qual pode receber todas as leis, todas as ordens, mas que não pode falar nada, pensar nada. Tal como um homo sacer pra um soberano, tal como um inseto pra um humano.

Kafka começa seu livro, “A metamorfose” (2014a), com o personagem principal, Gregor Samsa, despertando de uns “sonhos intranquilos”. Ao acordar, em sua cama, percebe-se de sua situação: estaria metamorfoseado num inseto monstruoso: costas duras como couraça, ventre abaulado de cor marrom dividido em segmentos arqueados e com pernas bastante finas em relação ao resto do corpo. Sobre este momento do despertar, o tradutor Backes comenta:

N'O processo, Kafka diria: "O instante do despertar é o mais perigoso do dia". Ademais, em várias de suas cartas a Felice o autor refere o fato de se sentir completamente estranho ao acordar pela manhã. Em seus Diários, Kafka faz várias referências no sentido de que "O animal está mais próximo de nós do que o homem", por exemplo. (KAFKA, 2014a, p. 13).

É no mínimo intrigante como Kafka começa seu romance, no despertar, acordando de sonhos intranquilos. Muito mais intrigante após o tradutor referenciar estas outras duas passagens, em textos distintos, do autor. Se nos perguntarmos "por que o despertar é o momento mais perigoso do dia?" e se pensarmos que foi no despertar que Samsa notou ser um inseto e que ser um animal é o mais próximo [da verdade] de nós do que ser um homem, e então podemos deduzir que, no despertar, encontramos nossa verdade.

Talvez o livro "A metamorfose" seja, para Kafka, como um despertar, um despertar no qual ele finalmente se vê como sua família, e em especial seu pai, o vê, como algo menos que um humano, algo que rasteja, algo que pode ser pisado por uma bota sem nenhum arrependimento. E o que Samsa pensa em fazer assim que acorda e vê a verdade? Samsa tenta voltar a dormir de novo, provavelmente para seus sonhos intranquilos de quando se via como humano. Mas isto já não era mais possível, talvez porque o despertar muda nossas coordenadas em relação ao mundo, muda nossa posição em relação a vida, da mesma forma que a posição que Samsa estava acostumado a dormir, jamais poderia ser repetida novamente.

Impossibilitado de dormir novamente, começa a refletir sobre sua vida, seus caminhos seguidos, uma vida sempre de viagem, de contatos rápidos e nunca afetuosos. Até para sua família não haveria tempo para eles, já que mal chegava de viagem, já começava a programar as demais, e já partia para a seguinte. Com raiva, quis imediatamente mudar toda sua vida, mas sua vida já tinha mudado, não da maneira que gostaria, pois agora ele era um inseto. Mas Gregor Samsa não tinha motivos reais para ser um inseto. Com o pai impossibilitado para o trabalho, e sua mãe e irmã ajudando com o que podiam de pequenos trabalhos esporádicos, Samsa é quem contribuía com grande parte da renda da família. Na verdade, seu próprio trabalho, além de sustentar sua casa, servia para pagar uma dívida que sua família contraía.

Só que Samsa acordou e estava metamorfoseado, e deixou de ser o homem trabalhador, pontual, que embora não tivesse muitas relações afetivas, era honesto, esforçado, bom funcionário, que sustentava sua família, para se transformar num inútil inseto que mal consegue ficar de pé, podendo apenas rastejar. Inicialmente, ao ver seu novo estado, sua família se comove. Com o tempo, Samsa continua sendo um inseto, inútil à família, e tudo vai mudando:

Hoje cedo, quando todas as portas estavam trancadas, todos quiseram entrar para vir até ele; agora, que ele abria uma das portas e que as outras pareciam ter sido abertas no decorrer do dia, ninguém mais queria vir, ainda que as chaves estivessem na fechadura do lado de fora. (KAFKA, 2014a, p. 45).

A ira de seu pai por Gregor agora atrapalhar a casa, que antes era ele que sustentava, veio marcar sua nova vida, trazendo medos e tristeza. Assim, o simples fato do filho entrar e ficar quieto no quarto de seu pai o levou a empurrá-lo com força por uma porta que um de seus lados saiu esfolado. E isto foi seguido de um violento golpe de bengala em suas costas, no qual sangrou em abundância.

Em outro momento, seu pai arremessou com raiva diversas maçãs em Samsa, sendo que uma o acertou com tanta força que encravou-se em suas costas, maçã esta que, já que ninguém viera retirar de suas costas, acabou apodrecendo, deixando dores enormes. Sua mãe, sempre muito chorosa [e apagada] na história, tentava mediar os conflitos entre Samsa e seu pai, mas que com o decorrer do tempo, foi fazendo vista grossa e não se importando mais com seu filho. Já sua irmã, que era a pessoa que mais cuidava dele na família, e por quem Samsa mostrava ter um carinho todo especial, mudou totalmente sua forma de agir diante do irmão. No início era a única que cuidava do Samsa, preocupando-se com sua alimentação e se seu quarto estava adequado para ele. Então foi deixando o quarto cada vez mais sujo, e cada vez menos ligava para sua alimentação.

O sentido da vida de Gregor era ajudar a família, sustentá-los, pagar suas dívidas, e sua família se acomodou nesta posição. Mas agora que ele não podia mais, sua família o trata cada vez mais como um inseto, tanto que, no fim da história, eles, sequer, o nomeiam mais de Gregor, de ser humano, e sim de coisa, um animal. E é neste momento, quando sua adorada irmã não mais o reconhece como irmão, como

ser humano, e que, por isto mesmo, deveria desaparecer e os deixar em paz, que Gregor perde todo sentido da sua vida, num novo despertar, e morre:

De sua família, ele se recordava com amor e comoção. Sua própria opinião de que deveria desaparecer era, talvez, ainda mais decidida do que a da irmã. Permaneceu nesse estado de reflexões vazias e pacíficas até que o relógio da torre bateu três horas da madrugada. Ainda vivenciou o início do alvorecer geral do dia lá fora, além da janela. Em seguida, sem que ele o quisesse, sua cabeça inclinou-se totalmente para baixo e das suas ventas brotou, fraco, o último suspiro. (KAFKA, 2014a, p. 95-96).

A vivência de Kafka e Samsa com seus pais parecem exemplares às vivências do homo sacer com o poder soberano. Aos holofotes deste terrível grande outro, suas vidas tornam-se indignas de serem vividas. E isto lembra algo do qual foi escrito pelo próprio Kafka:

Adquiri junto de ti – és, quando se trata de tuas coisas, um orador excelente – um modo de falar entrecortado, gaguejante, e também isso era demais para ti, de modo que por fim calei, primeiro por teimosia talvez, mais tarde porque diante de ti eu não conseguia pensar nem falar. (KAFKA, 2014, p. 36).

Percorrer os textos “Carta ao pai” e “A metamorfose” nos faz, através dos olhos do autor, enxergar um pai que, embora com os inúmeros defeitos que tinha, se posicionava diante do filho como alguém que fazia a lei, que era a lei, e ao qual o filho deveria se submeter, ignorando até mesmo sua subjetividade, seus pensamentos, seus desejos. E ele efetivamente o fazia, ora devido a um sentimento de culpa, ora devido a uma dívida que achava que deveria pagar. Kafka e Samsa não foram capazes de superar, romper, destruir a soberania paterna e constituírem suas próprias famílias, morrendo em um quarto, com dor no peito, seja por tuberculose, seja por uma maçã apodrecida atirada pelo próprio pai. Mas porque a família teve efeito de destino para Kafka e Samsa? E no caso das pessoas que não tem mais vínculos familiares, por exemplo aquelas que saíram de períodos de longa internação, há outros caminhos possíveis para que não se sintam menos que humanos?

2.2.5 A cidadania dignificando vidas: o SRT e a nova família possível

A família é a instituição primordial – primeira e mais importante – na transmissão da cultura (LACAN, 1987). Tem um papel fundamental ao mediar valores e significados advindos do meio sociocultural à criança, e por isto mesmo se constitui como importante contexto para a constituição das identidades. Ela também permite o estabelecimento das bases afetivas para seus relacionamentos atuais e futuros. Diversos estudos entendem a família como um sistema complexo de relações entre seus componentes e demais sistemas sociais (RAMIRES, 1997; LEWIS & DESSEN, 1999).

As relações advindas da tríade pai-mãe-filho são exemplares dos próprios moldes de como as subjetivações vão se constituindo, desde a postura frente ao meio social até nas formas de se estabelecer os laços afetivos. Se o Complexo de Édipo é uma especulação teórica que aglutinou prestígio e utilidade tanto no meio acadêmico quanto na sociedade como um todo, é devido justamente por ser com ele que Freud valoriza a família na constituição psíquica. Mas este valor dos primeiros cuidadores na constituição dos seres humanos já está em Freud bem antes da elaboração de sua teoria sobre o Édipo.

A origem da importância destes primeiros cuidadores é reconhecível na própria constituição do aparato psíquico. Para Freud (1895/1976), o aparato psíquico é constituído de forma a dar conta dos estímulos internos e externos que o bebê sente nestas partes de organismo que ainda não conformaram um corpo. Para o organismo, a forma mais eficiente de acabar com a energia, ou a tensão, advinda do incômodo sentido do meio externo é descarregando-a motoramente, ou seja, devolvendo a quantidade de energia para o ambiente. Por isto, a principal finalidade do aparato psíquico é a descarga motora. Mas uma diferença fundamental deve aqui ser pontuada: enquanto o organismo consegue fugir do estímulo externo, o mesmo não pode acontecer com o estímulo que se origina nele próprio. Estímulos estes que apenas cessam mediante certas condições que devem ser realizadas no mundo externo, como trazer comida.

Esse é um dos motivos para o organismo não se desfazer de toda energia que chega nele, pois a quantidade de energia armazenada será utilizada para realizar

a ação específica necessária para realizar as condições externas que iram cessar os estímulos liberados do corpo. Aqui temos a função primária e secundária do sistema nervoso, respectivamente: manter o nível mais baixo de energia, ao mesmo passo em que armazena energia para poder cessar os estímulos internos através da realização de trabalho externo. É por isto que a memória da experiência depende da magnitude da impressão (alta quantidade de energia) e da frequência desta (quantas vezes a experiência se repete). Nisto, mesmo sem nenhum estímulo externo, a própria baixa quantidade de energia originária do corpo é por si só capaz de originar recordações e lembranças.

Das memórias mais importantes para a subjetivação humana está a experiência de satisfação. Na experiência da satisfação, a ineficácia das alterações internas para resolver um aumento de estímulos internos, como os provenientes da fome, propicia uma intervenção que irá suspender temporariamente este aumento de quantidade de energia no corpo, estabelecendo, no psiquismo, embora inicialmente de maneira fusional, objetos e um mundo externo ao sujeito. Como nos primeiros momentos da vida, o bebê humano é incapaz de realizar a ação específica necessária para obter tais condições, como buscar comida, é preciso uma intervenção alheia que lhe ajude em tal tarefa: “Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” (FREUD, 1895/1976, p. 431).

Este tipo de descarga seria a experiência de satisfação com grandes repercussões para a criança, já que significaria: o cessar imediato da urgência que causou o desprazer; a catexia, investimento de energia, e, portanto, facilitação da imagem mnêmica do objeto que propiciou a descarga da quantidade de energia interna; o surgimento de novas excitações sensoriais devido a todo o processo de descarga motora, como as excitações dos lábios ao mamar, que produziria uma imagem motora sinestésica de tal processo.

Com a descarga de satisfação, a quantidade de energia em tais imagens mnêmicas será também descarregada. Mas, “com o reaparecimento do estado de urgência ou de desejo, a catexia também passa para as duas lembranças, reativando-as. É provável que a imagem mnêmica do objeto seja a primeira a ser afetada pela ativação do desejo” (FREUD, 1895/1976, p. 433). Não é à toa que o próximo passo que Freud (1895/1976) vai dar é supor uma lei de associação por simultaneidade que

ligaria os diversos neurônios e vias de condução neuronais. Esta associação por simultaneidade é justamente o processo de associação que ocorrerá caso dois neurônios estejam catexizados a partir da quantidade de energia proveniente de uma mesma fonte, exógena ou endógena.

A catexia de um neurônio também implicará no aumento da catexia do outro neurônio. A associação por simultaneidade vai revelar, então, que a catexia nos neurônios funciona como uma facilitação de quantidades de energia neles. O estado de desejo resulta, segundo Freud (1895/1976), numa atração para a imagem mnêmica do objeto de satisfação, objeto desejado. Esta atração se dá justamente porque a catexia desta imagem mnêmica de satisfação supera amplamente a catexia de qualquer outra simples percepção. Assim, novas percepções tenderão a se desviar, a se aproximar, do complexo, da cadeia, formada a partir da experiência de satisfação. A catexia de desejo gerada pela imagem mnêmica da experiência de satisfação seria então constituída por uma série de neurônios que dificilmente ou nunca será igual a qualquer outra percepção do mundo externo que se terá em toda a vida.

A primeira imagem mnêmica da experiência de satisfação geralmente envolve o seio materno. É só com o auxílio de um objeto externo, o seio da mãe, que as condições externas necessárias surgem para que, através da sucção do leite pela boca, sejam realizadas mudanças significativa no organismo do bebê. O processo se constitui: sucção do leite, cessação da tensão devido à falta de nutrientes no organismo, produção de diversas mudanças corpóreas, como o relaxamento dos músculos, que darão a sensação de prazer, experiência de satisfação vinculada ao objeto familiar, geralmente a mãe. Todo este processo favorece a associação da imagem mnêmica primeira do seio materno com as imagens cinestésicas de sucção e de relaxamento motor, que desencadeiam a cessação da tensão.

O contato com a mãe e com o pai, na psicose, é diferenciado. Na psicose, a falta de sentido, ou seu oposto, a total significação da angústia humana, cessa justamente a possibilidade tanto da descarga motora, ou alívio do sofrimento, quanto a possibilidade de formação de laços sociais. Esta fase inicial da mãe com o bebê é fundamental na estruturação psicótica, pois, para Aulagnier (1991, p. 54):

entre os inúmeros problemas que a psicose coloca, tentei elucidar o que se passa nesta época, particularmente fecunda, que chamamos fase oral, e mais

particularmente nesta primeira etapa que vai do nascimento a este momento, entre todos o privilegiado, que é o confronto do Ego com seu ego especular.

Acredito, com efeito, que é neste ponto preciso, ao nível do equilíbrio intra-sistêmico, que vai produzir-se esta distorção das linhas de força, esta alienação endógena, cujas consequências, no plano clínico, podem nos parecer, cedo ou tarde, como sinônimos de psicose.

Já a função do pai é de deslocar a díade mãe-bebê para a tríade mãe-bebê-sociedade. E nisto, Lacan (1988) é incisivo, pois afirma que desde Freud a função paterna é a de equilíbrio psíquico, de basta. Contudo, este ponto de basta falta no psicótico, ele se torna bastante afetado pelos seus pensamentos, seus pensamentos ganham peso em detrimento do seu meio ambiente, pois não tem nada que sirva para equilibrá-los. Há, então, uma dificuldade de se desprender dos pensamentos, do mundo interno, e interagir com as pessoas do mundo externo. A família, então, é determinante na própria estruturação psíquica de neuróticos e psicóticos.

Por isto que a família, ou o grupo em que o bebê é cuidado ao nascer, não é apenas a primeira e a mais importante instituição na transmissão cultural, mas ela em si é fonte de desejo e é estrutural para subjetivação humana. É em torno da própria família que se pode gerar o sentimento de exclusão e de não pertencimento social, bem como de todo sofrimento psíquico decorrente disto. É através da família que a experiência humana de não adequação total, ou de não satisfação total, pode encontrar um escape ou um destino com a criação de significação inerente aos laços afetivos.

Assim, cada membro familiar tem papel fundamental na estruturação subjetiva, seja qual for sua composição, pois não é à toa que Lévi-Strauss (2012) chega a afirmar que o parentesco é um fenômeno universal. A família é um fenômeno universal constituída de uma aliança, onde seu exemplo principal é o casamento, e de uma filiação, seus descendentes, os filhos. Seria a família uma diferença fundamental do mundo humano, qualificado, do mundo animal, da vida nua.

É só no reconhecimento grupal que podem existir futuramente alianças fora da consanguinidade, e que estas alianças são detentoras do direito à filiação, que as próprias sociedades podem se constituir. A formação da família, então, se dá por meio de uma troca, ou seja, o estabelecimento dos laços matrimoniais, e de uma proibição, o que, em última instância, a psicanálise popularizou como sendo a proibição do incesto, de que as famílias só poderiam gerar alianças com outras famílias, e não na

sua própria, movimento este mesmo de disponibilizar historicamente a circulação de mulheres (ROUDINESCO, 2003).

Da época moderna, Roudinesco (2003) distingue três tipos de famílias na história Ocidental: família tradicional, serve para assegurar a transmissão de um patrimônio, a qual os casamentos são arranjados entre os chefes de cada família, onde o Pater Poder é evidente; família moderna, fundada no amor romântico e na reciprocidade dos sentimentos e desejos entre um homem e uma mulher, com uma valorização para a divisão do trabalho entre os esposos e para a criação dos seus filhos como o futuro da nação; família contemporânea ou pós-moderna, une “dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual (ROUDINESCO, 2003, p. 19).

Se um critério distingue cada um destes tipos familiares, este critério seria o lugar da autoridade. Na família tradicional, o lugar da autoridade está do lado dos pais de família, Pater Familias. Neste tipo de família, há um uso por parte do pai do suposto direito nato, imutável, assegurado pelo próprio Deus, signo máximo do Pater Familias, para trocar de mulheres, e desta forma efetuarem negócios, estabelecimento e controle de patrimônios, além de outros interesses sociais;

Já a família moderna prima por uma autoridade mais relativa, onde apesar da autoridade do pai da família continuar como um fantasma a reger as constituições familiares nucleares, sendo que o mundo social e do trabalho ainda é uma característica do mundo do homem, sua autoridade no mundo privado é subtraída em função da importância que a mulher passa a ocupar no seio familiar, detentora do futuro da nação – as crianças – e da própria organização do lar, inclusive na sua entrada no mundo do trabalho, contudo sendo vista apenas como complemento de renda para sua família. Vale lembrar que estas constituições familiares já envolveriam a tomada da mulher como sujeito desejante, fundamentais da noção de amor romântico que uniria tais famílias. Constituir família passa a ser uma afirmação de ser desejante e ser desejada, um imperativo estrutural para a produção em série desta forma familiar nuclear.

Por último, a família pós-moderna é a relativização dos lugares da autoridade, pois, todo e qualquer referencial pode guiar as inúmeras formas de constituição familiar. A autoridade pode ser tanto advinda do homem ou da mulher, como advinda do governo, dos sacerdotes, dos especialistas, da televisão, do Google, do líder de

partido, compartilhada com outro homem, ou com outra mulher, das próprias crianças etc. Não dá mais para afirmar que um único referencial na família importa ou vale mais que os outros. E isto coloca em xeque a questão da soberania que estudamos até então.

A família sempre se viu às voltas com a questão da soberania, principalmente no século XVIII quando a soberania dada por Deus ao pai é desafiada pela irrupção do feminino e com o advento da burguesia. A família, então, passa a se tornar nuclear, com pai, mãe e filhos, numa composição na qual a maternidade irá ganhar espaço privilegiado (ROUDINESCO, 2003). Com isto:

A nova ordem familiar conseguiu represar a ameaça que esta irrupção do feminino representava à custa do questionamento do antigo poder patriarcal. A partir do declínio deste, cuja testemunha e principal teórico foi Freud ao revisitar a história de Édipo e de Hamlet, esbouçou-se um processo de emancipação que permitiu às mulheres afirmar sua diferença, às crianças serem olhadas como sujeitos e aos “invertidos” se normalizarem. Esse movimento gerou uma angústia e uma desordem específica, ligadas ao terror da abolição da diferença dos sexos, com a perspectiva de uma dissolução da família no fim do caminho. (ROUDINESCO, 2003, p. 11).

O papel de pai soberano é aquele que remete ao pai arcaico, das antigas lendas e histórias, o pai que detém o poder de salvar ou castigar sua família, onipotente sobre o destino de seus corpos. No direito romano, “pater” era aquele que se designava como pai de uma criança (ROUDINESCO, 2003). Sua palavra, afirmando ser pai da criança, era a única forma de filiação legal. Assim, mesmo sendo o genitor de uma criança, se o homem não o nomeasse como seu filho, estes não teriam pai. O simbólico sobressai ao real pela nomeação. Pela nomeação, o homem torna-se pai, a criança torna-se filho. Para o antigo direito romano, sem a nomeação, a criança não pode advir como homem, a vida nua não torna-se qualificada. O “pater” irá indicar a condição da soberania pelo ato performático.

Com o advento do Cristianismo, o ato performático da nomeação deve andar de par com o ato sexual da reprodução consentida pelos votos sagrados do casamento. O essencial agora não é mais nomear o filho, mas nomear a mãe do filho, ou melhor, dizer que uma mulher por direito é sua, pois a união foi abençoada pelo pai Deus, e que, portanto, os filhos gerados nela são seus. O pai transmite ao filho a

sua imagem/semelhança através do sangue, e o seu nome, através da linguagem. É no ato sexual que o pai dá à mãe o filho, e é pelo ato da fala que ele o tira dela:

De um lado o engendramento biológico designa o genitor; de outro a vocação discursiva delega ao pai um ideal de dominação que lhe permite afastar sua prole da besta, da animalidade, do adultério e do mundo dos instintos, encarnado pela mãe. A palavra do pai, ao delinear a lei abstrata do logos e da verdade, não prolonga a alimentação materna senão ao preço de separar o filho do laço carnal que o une, desde seu nascimento, ao corpo da mãe. (ROUDINESCO, 2003, p. 23).

A mãe, ou melhor, a mulher é temida por representar uma ameaça à soberania do homem e do pai. Seu poder de sedução é capaz de corromper o virtuoso *logos* e o reconhecimento das ações sob sua sombra. Não é à toa que é à figura da bruxa, uma mulher, que na Idade Média a toda poderosa Igreja Católica dedicou força e crueldade a seu extermínio, pois estas mulheres, frágeis e vulneráveis, como quaisquer mortais, representavam perigo para o onipotente, onisciente e onipresente Deus Pai.

Com a diminuição do poder da igreja em favorecimento ao poder do Estado e ao advento do capitalismo, o lugar do pai tem de se deslocar daquele representante de Deus, para o de representante do empreendimento capitalista e governo do Estado. Mas mesmo este lugar seria rapidamente ameaçado com a entrada da mulher no mercado de trabalho que, não sem lutas, mortes, violência e reivindicações, vem começou a brigar pelo seu lugar também na frente dos negócios e das nações. Este é o momento mesmo em que a autoridade antes certa por ser “o pai”, agora não é mais garantida por tal significante, e o lugar do pai passa a ser o de se reinventar.

O pai em Freud herda este trono só após ser destronado. Seu principal mito paterno, o mito do pai primevo (AZEVEDO, 2001), só se lança como mito estruturante na medida em que o pai se dá como morto pela sua própria prole. E para cada um da prole poder se tornar pai só o pode fazer na medida em que se faça de forma outra ao que até então o pai primevo havia feito. Os antigos filhos do poder soberano só podem agora se constituírem como pai na condição de não exercerem o poder soberano. Nisto, as portas se abrem para a família poder se reinventar

Assim, aquilo que no antigo modelo familiar, ou a família tradicional, nuclear, estável, composta por pai, mãe e filhos, era marcado pela hierarquia e pela rígida

divisão de tarefas entre os gêneros, é cada vez mais descaracterizado como sendo “o” modelo familiar. O que se vem evidenciando na contemporaneidade são as constantes transformações nas relações familiares, tanto debatidas pelos meios científicos, quanto noticiadas pela mídia, como a diminuição da autoridade dos pais; maior inserção da mulher no mercado de trabalho, onde mais do que direitos, elas procuram reconhecimento por seu trabalho; surgimento acelerado de novas tecnologias de comunicação, bem como maior acesso a elas pela população; bem como as novas tecnologias da reprodução.

Surgem novas composições familiares, e a família composta exclusivamente através dos laços conjugais, entre homem e mulher, e parentais, entre pais e filhos, perde força no imaginário social. Inclusive o próprio ordenamento jurídico brasileiro, tendo pela Constituição Federal sua lei máxima, não estabelece apenas um tipo de família. A família passou a ser o lugar que tem por objetivo dignificar a pessoa humana, devendo possuir valores como solidariedade, igualdade e liberdade. Desta forma:

Respeitar a dignidade da pessoa humana na esfera do Direito das Famílias é reconhecer como entidade familiar as relações que se baseiam no afeto (principalmente), e também, na solidariedade, no amor, na confiança e no projeto de vida em comum. (ALMEIDA, 2014, p. 263).

Passa a existir então uma ideia de que o importante para a constituição humana são os suportes afetivos e materiais tidos. E essa ideia é fundamental para a valoração e a implementação de um equipamento fundamental para a reforma psiquiátrica: o Serviço de Residência Terapêutica.

No Brasil, as políticas públicas de saúde começam a ser implementadas com as campanhas sanitárias de Osvaldo Cruz, no começo do século XX, e anos depois com o processo de industrialização do Brasil, época em que o governo passa a cuidar da saúde do trabalhador para que o mesmo não adoça e atrapalhe o processo produtivo. A política da saúde pública voltada apenas aos trabalhadores foi implementada no Brasil até a década de 80, quando a nova Constituição Federal é promulgada, estabelecendo a saúde como um direito universal, a atender a integralidade da sua população de forma igualitária. Assim, seja trabalhador ou

desempregado, rico ou pobre, branco ou preto, homem ou mulher, adulto ou criança, todos passam a ter direito à saúde, um direito que deve ser garantido pelo Estado.

Já que deve atender a integralidade, as políticas públicas de saúde no Brasil não ocorrem desvinculadas das políticas de saúde mental. Como já foi visto o processo das políticas públicas no Brasil, falta agora discutir um equipamento fundamental na saúde mental que vem dar suporte justamente às pessoas que não tem mais família ou uma casa onde morar: o Serviço de Residência Terapêutica.

Devido à reforma psiquiátrica, iniciada em 1992, inicia-se uma ampliação da rede de atenção da saúde mental extra-hospitalar, já que parte importante da reforma é a diminuição do número de leitos dos hospitais psiquiátricos para a possível extinção das situações desumanas que vinham ocorrendo nestes, a exemplo de Barbacena. A lei 10.216, de 6 de abril de 2001, definiu que todo tratamento de saúde mental deve alcançar a recuperação das pessoas com transtorno mental através de sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Então, alguns equipamentos se farão necessários para garantir esta territorialidade. Um destes equipamentos é o Centro de Atenção Psicossocial, o lugar onde as pessoas com algum tipo de transtorno mental fazem tratamento de acordo com o projeto terapêutico de cada um, que deve ser baseado em suas necessidades e vontades, e para tanto possui equipe que pode ser constituída de psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, entre outros, para garantir uma saúde biopsicossocial. Outro equipamento são os Centros de Convivência (CECCOS), destinados a fortalecer a convivência das pessoas com transtorno, já que os vínculos sociais geralmente são rarefeitos. Tais lugares tem atividades de cultura e de lazer.

Um último equipamento destinado para garantir a inserção das pessoas com transtornos mentais no meio social é o SRT. Com a diminuição de leitos e a extinção de alguns hospitais psiquiátricos, uma parte das pessoas que moravam nestes voltaram para suas famílias. Contudo, várias pessoas, por não terem mais contato com seus familiares por anos, e até décadas, ficaram sem ter para onde ir. Foi necessário então que o governo criasse lugares para que as pessoas possam ficar. Só que era necessário não repetir o mesmo erro dos hospitais psiquiátricos, onde as pessoas eram amontoadas como coisas e ficavam totalmente excluídas da sociedade. Então foram criadas as residências terapêuticas, através das portarias nº 106, de fevereiro de 2000, e nº 3090, de dezembro de 2011. Cada residência terapêutica deve

ser composta de no máximo oito pessoas, que tenham transtorno mental grave, que sejam egressos de hospital psiquiátrico, que tenham tempo de internação superior a dois anos, e que não possuam suporte familiar ou social.

A residência terapêutica propicia não só um lugar onde dormir, mas uma casa onde as pessoas podem verdadeiramente habitar, constituindo seu lar. Estas casas devem ser localizadas no espaço urbano, e as pessoas moradoras podem sair delas, indo realizar suas atividades terapêuticas, suas obrigações do dia-a-dia, ou simplesmente para passear e ter lazer. Assim, a residência terapêutica, bem como todos os equipamentos de saúde mental, parecem propiciar um suporte fundamental para as pessoas que devido ao acometimento de um sofrimento psíquico grave tiveram suas vidas desestruturadas. Mas se este suporte é suficiente para superar a situação de exclusão sofrida, só saberemos disto perguntando a elas e às pessoas ao seu redor.

*eu sou bem precisamente o que eu ignoro, pois o
que tu acabas de dizer é absolutamente
indeterminado, eu não sei aonde tu me
conduzirás.*

(LACAN, 1988, p. 351)

3 METODOLOGIA

Severino faz a distinção entre método e técnica: "Entende-se por métodos os procedimentos mais amplos de raciocínio, enquanto técnicas são procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos mediante emprego de instrumentos adequados" (SEVERINO, 2002, p. 162). Enquanto para Minayo (2000), a metodologia contempla a fase de exploração de campo, a definição de uma amostra que garanta a representatividade dentro da dimensão do problema, a definição das técnicas a serem utilizadas para a pesquisa de campo e como os dados serão organizados e analisados.

Diante da nossa tarefa de tomar a noção de homo sacer como lente para pensar o lugar social de pacientes com psicose, optamos pelo método qualitativo por ser o que melhor poderia ajudar neste tema, pois aborda a complexidade do sujeito humano. Sujeito de seus próprios sonhos, de suas próprias limitações, de suas próprias crenças, de seus próprios ideias, de suas próprias relações, sujeito a viver na corda bamba por ser ao mesmo tempo objeto e sujeito.

A pesquisa qualitativa parece justamente legitimar o tipo de compreensão de que nenhuma forma ou uso de técnicas e instrumentos conseguirá determinar a totalidade do objeto a ser estudado, como se existisse uma verdade última passível de compreensão. Pois, como disse Figueiredo (1991, p. 191): "não há um ponto de vista soberano que nos introduza na coisa mesma, que faculte a compreensão imediata, adequada e indubitável". Esta pesquisa qualitativa é baseada na tentativa de construir um saber que é histórico e fruto da relação entre sujeitos diferentes.

Já a validação dos dados qualitativos devem, segundo Chizzotti (2000), obedecer alguns critérios como a fiabilidade, a credibilidade, a constância interna e a transferibilidade. Percebe-se então três momentos nestes critérios: O primeiro se refere ao comportamento do pesquisador frente aos dados qualitativos e de suas análises frente a estes a mais imparcial possível. E dizer o mais imparcial possível significa que foi tomada, de saída, a neutralidade científica como um mito, já que o conhecimento produzido acaba sendo bastante influenciado pela ideologia, história de vida e entendimento teórico e metodológico do pesquisador. Contudo, tentou-se nesta pesquisa relatar e analisar os dados com o mínimo de interferência pessoal possível.

Ao analisar quais técnicas e instrumentos poderiam contribuir com esta pesquisa, optamos pela observação participante, com uso de diários de campo, e pela entrevista semiestruturada. Com estes instrumentos tentou-se obter, por meio do contato direto do pesquisador com os participantes, amostras de ações e falas, principalmente a partir de seus pontos de vista. Este contato direto do pesquisador com as pessoas pesquisadas propicia uma coleta de dados dos aspectos mais particulares destas, inclusive sobre suas relações com outras pessoas, instituições e meios onde estão inseridos.

O processo da intersubjetividade é grande ao utilizar estas técnicas. Assim tentou-se garantir a pertinência e fiabilidade dos dados, eliminando impressões apenas emocionais ou interpretações fluidas, como preconiza Chizzotti (2000). Os resumos descritivos são importantes para a observação deste processo, pois eles:

descrevem as formas de participação do pesquisador (intensidade, frequência etc.), as circunstâncias da participação (tensões, mudanças e decisões) e os diversos instrumentos (fotografia, filmagens, anotações de campo) que deverão ser reduzidas ao registro das observações. Este deve conter todas as informações sobre as técnicas, os dados, o desenrolar do cotidiano da pesquisa, as reflexões de campo e as situações vividas (percepções, hesitações, interferências, conflitos, empatias etc.) que ocorreram no curso da pesquisa (CHIZZOTTI, 2000, p. 91).

Desta forma, segue a descrição das principais etapas desta pesquisa qualitativa.

3.1 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A metodologia escolhida foi a pesquisa qualitativa, constituída de um estudo transversal de cunho exploratório da área da saúde mental, com uso de entrevistas semiestruturadas e de diários de campo. Antes de iniciar a ida ao campo, foi necessário cumprir primeiro com a principal exigência para realização de pesquisa com seres humanos em todo território nacional, que é a submissão e a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. Desta forma, foi submetido o projeto de pesquisa, através da Plataforma Brasil, para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da

Universidade de São Paulo. Tanto a submissão do projeto, quanto sua aprovação pelo referido Comitê de Ética, se deram no ano de 2017.

Desta forma, com a aprovação do projeto e com os roteiros das entrevistas e termos de consentimento já construídos, a próxima etapa foi a seleção e convite de participação do equipamento de saúde mental denominado Serviço de Residência Terapêutica (SRT). Como, em tese, para a pesquisa só seria necessária a participação de uma residência terapêutica, foi planejado primeiro encontrar uma SRT que fosse mais acessível aos pesquisadores e, se esta recusasse, iria se tentar encontrar outra, e assim sucessivamente, até alguma aceitar participar.

Foi localizada então uma primeira residência terapêutica acessível aos pesquisadores, e foi entrado em contato telefônico com a coordenadora responsável por tal residência. Por contato telefônico com a coordenadora do serviço, foram apresentados brevemente os pesquisadores e a estrutura da pesquisa, bem como informado o nome do Comitê de Ética que aprovou sua existência, perguntando se seria possível realizar a pesquisa no equipamento.

A coordenadora prontamente se mostrou solícita e foi combinado uma reunião para formalizar tal participação. A primeira visita ao serviço foi realizada, e após análise de todos os documentos, a coordenadora aceitou que o equipamento participasse, assinando e carimbando os documentos necessários da formalização desta participação. Como foi sugerido pela coordenadora do SRT, e com o acordo dos pesquisadores, as etapas da pesquisa com os moradores e cuidadores do SRT foram todas realizadas dentro do próprio local, e nas tardes de segunda a sexta, já que muitos moradores realizavam atividades pela manhã fora da casa, e aos finais de semana se dedicavam ao lazer.

3.1.1 Participantes

Os **critérios de inclusão** dos participantes da pesquisa foram: ou ser morador de um SRT, que já tenha realizado tratamento em hospital psiquiátrico e seja diagnosticado com alguma nosografia relativa às psicoses, independente do sexo, com idade entre 18 a 59 anos; ou ser um profissional contratado para trabalhar como cuidador de SRT, independente do sexo, com idade entre 18 a 59 anos; ou ser

profissional de nível superior (técnico) que atue em algum serviço da saúde mental, independente do sexo, com idade entre 18 a 59 anos; e aceitar participar da pesquisa, inclusive concordando e assinando o TCLE.

Dentre os **critérios de exclusão** da pesquisa, estão: ou ser morador da SRT que não esteja frequentando as atividades do CAPS, ou que começou há pouco tempo, já que poderia estar sem suporte para a participação na pesquisa; apresentar, no momento da pesquisa, pouco recurso linguístico e/ou sofrimento afetivo.

Com a concordância de cada participante, foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada um ler, questionar e decidir se queria participar ou não. Com alguns participantes que apresentaram maior problema na leitura do termo, foi realizada uma leitura conjunta e explicativa. Todos os participantes desta entrevista deram seu consentimento verbal e assinaram o TCLE em suas duas vias, ficando com uma e devolvendo outra ao pesquisador.

No final da pesquisa, participaram nove pessoas, sendo: três moradores do SRT; três cuidadores do SRT; três técnicos de nível superior atuantes em equipamentos de saúde mental. Maiores detalhes dos participantes estão no capítulo quatro, “Resultados e Discussões”.

3.1.2 Riscos e benefícios

Os riscos desta pesquisa a todos os seus participantes envolvidos foram os mesmos das pesquisas que empregam métodos retrospectivos sem objetivar nenhuma intervenção intencional que acarrete mudanças àqueles envolvidos, seja a nível biológico, intelectual, psicológico, moral, econômico ou social. Como boa parte das pesquisas qualitativas no campo da Psicologia, os dados coletados têm a ver com a singularidade de cada participante, não obstante, sendo necessário sua rememoração e elaboração mediante às perguntas que foram realizadas, e disto era previsível que alguns sentimentos pudessem advir diante de tal trabalho psíquico.

Em termos sociais, esta pesquisa poderá contribuir com um maior entendimento dos lugares sociais, imaginários e simbólicos, que a sociedade destina aos antigos moradores dos Hospitais Psiquiátricos, ampliando o conhecimento do

processo histórico da reforma psiquiátrica e a construção da saúde mental. Sociedade esta representada neste estudo pelos cuidadores dos residentes, pelos técnicos de ensino superior que se dedicam no trabalho com a saúde mental, bem como com os próprios moradores, antigos residentes dos hospitais psiquiátricos. Em termos individuais, esta pesquisa possibilitou um momento a mais para que os participantes pudessem rememorar e elaborar suas próprias histórias de vida.

3.1.3 Material e procedimento

Agora serão explorados o material, instrumentos e o procedimento utilizados, ou seja, quais foram as técnicas implementadas na pesquisa. A técnica é entendida por González-Rey (1998) como sendo um procedimento totalmente definido para observar e analisar a expressão do sujeito. Os instrumentos, nisto, são simplesmente um meio para estimular esta expressão.

Assim, as técnicas e os instrumentos devem ser construídos de forma que se possa trabalhar o mais fielmente possível com as informações advindas do meio, neste processo de busca/coleta/analise dos dados. Encontrar técnicas que se adequem às múltiplas dimensões do objeto a ser estudado é imprescindível principalmente para a validação das pesquisas qualitativas. Para Chizzotti:

a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito [...] o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. (Chizzotti, 2000, p. 79).

Percebe-se então que as técnicas utilizadas em qualquer pesquisa qualitativa precisam necessariamente relevar esta relação dinâmica. Relação dinâmica que, caso a pesquisa tenha como objeto estudado o próprio ser humano, torna-se ainda mais complexa, pois o objeto observado pelo sujeito, pesquisador, é outro sujeito, o participante: “[...] todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam” (Chizzotti, 2000, p. 83).

Nestes parâmetros, o pesquisador deve tomar bastante cuidado na sua relação com o pesquisado, pois a subjetividade de ambos pode criar barreiras e empecilhos para a condução da pesquisa. Instrumentos não apropriados ou palavras indevidas podem gerar sentimentos e/ou consequências que, além da inviabilização da pesquisa, podem gerar ações inconvenientes ou precipitadas que ocasionem sequelas ao sujeito ou população pesquisadas, ao ambiente local ou ao próprio pesquisador. Além disto, a avaliação dos instrumentos e como foram utilizados demonstra um pouco da validade da pesquisa: “O pesquisador deverá, porém, expor e validar os meios e técnicas adotadas, demonstrando a cientificidade dos dados colhidos e dos conhecimentos produzidos” (Chizzotti, 2000, p. 85).

3.1.3.1 Observação participante e diário de campo

Após cada dia de contato com as pessoas participantes, as situações vivenciadas foram registradas em diários de campo. O diário de campo é considerado por vários pesquisadores como um dos principais instrumentos de trabalho de campo, pois é uma espécie de registro vivo de tudo que aconteceu no dia do pesquisador, possuindo a importância de conter os momentos de grande intensidade do dia e de detalhes ocorridos.

3.1.3.2 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas foram combinadas de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas realizadas foram registradas em um aparelho de recepção e gravação de áudio e foram, posteriormente, transcritas. Assim como o diário de campo foi um instrumento essencial de registro do dia-a-dia da ida ao campo, o gravador foi o instrumento mais importante utilizado nas entrevistas semiestruturadas, pois permitiu a *"captação de informações, depoimentos, histórias de vida [...]"* (Queiroz, 1991, p. 57).

Assim, foi possível registrar os diversos elementos das falas que seriam provavelmente perdidos pelo pesquisador no uso apenas de sua memória ou ao tentar

escrever, pois a velocidade com que se fala é maior do que a que se escreve, além do que, ao escrever, a atenção se perderia daquilo que a pessoa falava. Também, o escrever, enquanto o entrevistado fala, poderia torna-se um inibidor desta, podendo perder assim materiais importantes. Já a transcrição do áudio gravado foi realizada da maneira mais próxima possível de como cada participante falou.

As entrevistas foram realizadas individualmente em espaço reservado, tentando buscar o mínimo de interferência possível. Inicialmente foram coletados perfis sócio demográficos, acerca de cada participante, dependendo do grupo que o participante se enquadrava: para os moradores do SRT, foi perguntado o nome, a idade e há quanto tempo mora na residência terapêutica e quanto tempo morou em hospital psiquiátrico; para os profissionais cuidadores do SRT, foi perguntado o nome, a idade e há quanto tempo trabalha no SRT; para os técnicos de nível superior, foi perguntado o nome, a idade e há quanto tempo trabalha em saúde mental. Contudo, por esta pesquisa não discutir questões de gênero, e nem ter uma discussão geracional, e com o objetivo de melhor preservar a confidencialidade da identificação dos participantes, nenhuma destas informações consta neste texto. Cada participante está referido neste texto de acordo com seu perfil e na ordem da realização das entrevistas, ficando, então, da seguinte forma: Morador 01, Morador 02, Morador 03, Cuidador 01, Cuidador 02, Cuidador 03, Técnico 01, Técnico 02, Técnico 03.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas, foram elaborados três diferentes roteiros norteadores, um para cada grupo representativo da entrevista: cuidadores do SRT, moradores do SRT e técnicos de saúde mental. Os roteiros norteadores seguem a seguir:

Quadro 1: Roteiro de entrevista com os cuidadores do SRT

<p style="text-align: center;">PESQUISA: A PSICOSE COMO HOMO SACER</p> <p style="text-align: center;">ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CUIDADORES DO SRT</p> <p>Bom dia! Meu nome é, e obrigado por colaborar com a minha pesquisa sobre saúde mental. Saliento que nesta conversa não existem respostas certas ou erradas. É importante para mim que você manifeste a sua opinião sobre o tema que lhe perguntar. Tudo bem com você neste momento? Podemos começar?</p> <p>1. Porque você acha que surgiram os hospitais psiquiátricos?</p>
--

2. O que você acha de bom e de ruim nos Hospitais Psiquiátricos?
3. O que você acha de bom e de ruim nas Residências Terapêuticas?
4. Você acha que os vizinhos agem de forma diferente quando uma Residência Terapêutica se instala na rua deles?
5. A sociedade vê de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem? Em quê?
6. Você acha que quem mora em Hospital Psiquiátrico tem liberdade em viver?
7. Você acha que quem mora em Residência Terapêutica tem liberdade em viver?
8. Na hora da contratação, você acha que os empregadores diferenciam quem tem transtorno mental e quem não tem? Pra quê?
9. É mais difícil iniciar um relacionamento quando a pessoa tem transtorno mental? Em quê? E os familiares, agem de forma diferente? Em quê?
10. No cumprimento das atividades diárias, você acha que a sociedade dá mais ordens a quem tem transtorno mental em relação a quem não tem?
11. Você acha que a sociedade deve ter leis, direitos e deveres diferenciados para quem tem transtorno mental? Diferentes em que? Por quê?
12. Para os outros, quem tem transtorno mental deve ter um controle diferenciado quando vai para shows e festas do que quem não tem?
13. Você acha que a sociedade vê quem tem transtorno mental com igual credibilidade do que quem não tem?
14. A sociedade acha que quem tem transtorno mental consegue gerenciar sua vida igual a quem não tem?
15. Você acha que quem tem transtorno mental tem igual possibilidade de ascensão social do que quem não tem?
16. Você acha que as igrejas aceitam a participação de igual maneira de quem tem transtorno mental e de quem não tem?
17. As pessoas com transtorno mental são tão respeitadas no mundo artístico quanto as que não têm?
18. Você acha que quem tem transtorno mental cuida tão bem de seu corpo quanto quem não tem?
19. Você desejaria acrescentar algum comentário quanto a esta entrevista?

Obrigado pela participação!

Quadro 2: Roteiro de entrevista com os moradores do SRT

PESQUISA: A PSICOSE COMO HOMO SACER
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS MORADORES DO SRT

Bom dia! Meu nome é, e obrigado por colaborar com a minha pesquisa sobre saúde mental. Saliento que nesta conversa não existem respostas certas ou erradas.

É importante para mim que você manifeste a sua opinião sobre o tema que lhe perguntar. Tudo bem com você neste momento? Podemos começar?

1. Porque você acha que surgiram os hospitais psiquiátricos?
2. O que tem de bom e de ruim em morar num Hospitais Psiquiátricos?
3. O que tem de bom e ruim em morar numa Residências Terapêuticas?
4. Você acha que os vizinhos agem de forma diferente em relação à Residência Terapêutica?
5. Você acha que as pessoas veem de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem? Em quê?
6. Você acha que quem mora em Hospital Psiquiátrico é livre?
7. Você acha que quem mora em Residência Terapêutica é livre?
8. Para conseguir emprego, você acha que os empregadores diferenciam quem faz tratamento na saúde mental e quem não faz? Por quê?
9. É mais difícil iniciar um relacionamento quando a pessoa faz tratamento de saúde mental. Em quê? E os familiares, agem de forma diferente? Em quê?
10. Você acha que as pessoas dão mais ordens no dia-a-dia a quem faz tratamento de saúde mental em relação a quem não faz?
11. Você acha que devem existir leis, direitos e deveres diferenciados para quem faz tratamento de saúde mental? Diferentes em que? Por quê?
12. Você acha que as outras pessoas querem ter maior controle a quem faz tratamento de saúde mental quando estes vão para shows e festas do que quem não faz?
13. Você acha que as pessoas veem quem faz tratamento de saúde mental com igual credibilidade a quem não faz?
14. As pessoas acham que quem faz tratamento de saúde mental consegue gerenciar sua vida igual a quem não faz?
15. Você acha que quem faz tratamento em saúde mental tem possibilidades iguais de subir na vida do que quem não faz?
16. Você acha que as igrejas aceitam a participação de igual maneira das pessoas que fazem tratamento mental?
17. As pessoas que fazem tratamento de saúde mental são tão respeitadas no mundo artístico quanto as que não têm?
18. Você acha que quem faz tratamento de saúde mental geralmente cuida tão bem de seu corpo quanto quem não tem?
19. Você desejaria acrescentar algum comentário quanto a esta entrevista?

Obrigado pela participação!

Quadro 3: Roteiro de entrevista com os técnicos de saúde mental

PESQUISA: A PSICOSE COMO HOMO SACER
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS TÉCNICOS DE SAÚDE MENTAL

Bom dia! Meu nome é, e obrigado por colaborar com a minha pesquisa sobre saúde mental. Saliento que nesta conversa não existem respostas certas ou erradas. É importante para mim que você manifeste a sua opinião sobre o tema que lhe perguntar. Tudo bem com você neste momento? Podemos começar?

1. Porque você acha que surgiram os hospitais psiquiátricos?
2. Quais são os pontos positivos e negativos na existência dos Hospitais Psiquiátricos?
3. Quais são os pontos positivos e negativos na existência das Residências Terapêuticas?
4. Você acha que os vizinhos agem de forma diferente quando uma Residência Terapêutica se instala na rua deles?
5. A sociedade vê de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem? Em quê?
6. Você acha que quem mora em Hospital Psiquiátrico tem liberdade em viver?
7. Você acha que quem mora em Residência Terapêutica tem liberdade em viver?
8. Na hora da contratação, você acha que os empregadores diferenciam quem tem transtorno mental e quem não tem? Pra quê?
9. Na escolha de um parceiro para uma relação conjugal, você acha que as pessoas agem diferentemente em relação a quem tem transtorno mental e a quem não tem? Em quê? E os familiares acolhem diferentemente? Em quê?
10. No cumprimento das atividades diárias, você acha que a sociedade dá mais ordens a quem tem transtorno mental em relação a quem não tem?
11. Você acha que a sociedade deve ter leis, direitos e deveres diferenciados para quem tem transtorno mental? Diferentes em que? Por quê?
12. Para os outros, quem tem transtorno mental deve ter um controle diferenciado quando vai para shows e festas do que quem não tem?
13. Você acha que a sociedade vê quem tem transtorno mental com igual credibilidade do que quem não tem?
14. A sociedade acha que quem tem transtorno mental consegue gerenciar sua vida igual a quem não tem?
15. Você acha que quem tem transtorno mental tem igual possibilidade de ascensão social do que quem não tem?
16. Você acha que as igrejas aceitam a participação de igual maneira de quem tem transtorno mental e de quem não tem?
17. As pessoas com transtorno mental são tão respeitadas no mundo artístico quanto as que não têm?
18. Você acha que quem tem transtorno mental cuida tão bem de seu corpo quanto quem não tem?
19. Você desejaria acrescentar algum comentário quanto a esta entrevista?

Obrigado pela participação!

3.1.3.3 Agradecimentos aos participantes

Ao final da participação de cada um dos envolvidos deste estudo, foi feito um agradecimento pela colaboração nesta pesquisa e informado que, ao final desta, a equipe estaria à disposição para realizar uma devolutiva do estudo realizado no aspecto que fosse interessante para cada participante, se os mesmos desejassem.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada no Instituto de Psicologia, da Universidade de São Paulo, pela equipe executora do projeto de pesquisa, e foi inspirada na “análise de conteúdo”. Os dados das entrevistas estão no capítulo quatro, “Resultados e Discussões”. Com as informações obtidas na coleta de dados, surgiu a necessidade de se utilizar este tipo de análise para extrair as informações e as transformar em um único documento. Para poder utilizar alguns aspectos da análise de conteúdo, foi tomado por base os textos de Bardin (1979), de Chizzotti (2000) e de Ramires (1997).

Para Bardin, a análise de conteúdo é um “conjunto de instrumentos metodológicos [...] que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 1979, p. 9) e de “procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979, p. 42).

Para Chizzotti: “O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2000, p. 98). Para apreender o conteúdo explícito ou implícito, a análise de conteúdo pode ser utilizada de diversas formas, seja:

decompondo um texto em unidades léxicas (análise léxicológica) ou classificando-o segundo categorias (análise categorial), seja desvelando o sentido de uma comunicação no momento do discurso (análise da enunciação) ou revelando o significado dos conceitos em meios sociais diferenciados (análise de conotações).(CHIZZOTTI, 2000, p. 98).

Com o uso de alguns aspectos da análise de conteúdo espera-se compreender criticamente o sentido das falas dos participantes da pesquisa, ou seja, procurar discutir seu conteúdo manifesto e ter alguma noção do latente, suas significações explícitas ou ocultas, já que a inferência parece ser o fator comum da análise de conteúdo, sendo que a interpretação dos dados oscila entre a objetividade e a subjetividade. Pois, na análise de conteúdo não é exatamente um estudo da língua ou da linguagem, mas as condições de produções dos textos.

As condições de produções segundo Bardin (1979) são influenciadas tanto por variáveis psicológicas, sociológicas e culturais dos indivíduos envolvidos, quanto pelo contexto da produção da mensagem. Levando em consideração tais condições de produção, a análise de conteúdo trata os dados colhidos a partir daquilo que está descrito nos textos, e dos fatores observáveis ou deduzidos que influenciaram tais dados. Para esta pesquisa, a análise de conteúdo parece ser uma das melhores opções disponíveis metodologicamente, já que, como bem fala Bardin (1979):

A leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura <<à letra>>, mas antes um realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes ou de significados (manipulados), outros <<significados>> de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc. (BARDIN, 1979, p. 41).

Sistematizando, os dados descritos nesta pesquisa foram gerados através de código linguístico oral (Língua Portuguesa), em entrevistas realizadas em locais específicos com cada participante, e em concordância com estes, fazendo uso de um aparelho receptor e gravador de áudio e de roteiro norteador das entrevistas. Os dados gravados foram posteriormente tratados e transcritos para construção dos textos sistematizados oriundos das entrevistas para realização da análise.

Em relação à análise de conteúdo, levou-se em consideração as três etapas criadas por Bardin (1979): a pré-análise, ou a organização total do material; a descrição analítica, na qual foram criadas as categorias a partir dos dados da pesquisa de campo e da pesquisa teórica; e a interpretação inferencial, na qual foi feita uma revisão final das categorias e a discussão final de todo o material realizado. Todas as categorias do capítulo seguinte foram divididas em duas fases, como propõe Ramires (1997): descritiva e interpretativa.

A nível descritivo, foram ordenados os dados em macrogrupos de acordo com cada categoria construída, e em microgrupos de acordo com o grupo categorial de cada participante (morador, cuidador e técnico de saúde mental). A partir disto foram feitas as inferências pertinentes, tentando-se compreender significados e valores presentes nas falas. Após as inferências, foi realizada uma síntese integradora delas, para formar uma compreensão de todos os dados como um único documento, como um todo, evidenciando os pontos de concordância e de discordância nas categorias criadas e se foi possível comprovar nossa hipótese de pesquisa.

Mais um pouco e teria agido como esses nativos de certas tribos africanas que, quando um deles cai acidentalmente na água, batem no infeliz com os remos e afastam a chalupa, impedindo que se salve. Na correnteza, os répteis conhecem a ira divina: é possível lutar contra as potências invisíveis? Seu companheiro já está condenado: ajudá-lo não significa se colocar, em relação a elas, num temerário pé de igualdade? [...] Sua dor nos gratifica com a consciência de nosso poder, por um instante nos igualamos aos deuses.

(BIANCO, 2013, p. 67)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cada subtítulo deste capítulo representa uma categorização feita, sendo que a primeira categoria construída baseou-se nos dados registrados nos diários de campo da observação participante mais algumas respostas de perguntas feitas nas entrevistas que se relacionaram devido ao conteúdo manifesto destas; os subtítulos posteriores são categorias construídas integralmente das respostas dos participantes das entrevistas semiestruturadas que possuíam relação entre si; com exceção do último subtítulo, que se dedica a fazer uma síntese das inferências realizadas em cada categoria e em todo o trabalho de maneira geral com o objetivo de finalizar a comprovação ou refutação da hipótese da presente pesquisa.

4.1 CARINHO E COMPROMISSO COMO DIGNIFICADORES DE VIDA

Esta categoria foi criada a partir dos dados registrados no diário de campo sobre as observações realizadas na residência terapêutica, das interações de seus participantes, acrescido aos dados coletados através de algumas perguntas das entrevistas semiestruturadas que se relacionavam à observação por meio de uma ideia central que se transformou nessa primeira categoria. Agrupadas nesta categoria estão as perguntas 4 – sobre a vizinhança das residências terapêuticas, 9 – sobre relacionamento amoroso e saúde mental, e 16 – sobre participação religiosa.

4.1.1 Descrição

O primeiro contato com o Serviço de Residência Terapêutica foi realizado por meio de telefone com a coordenadora desse. Por telefone, foram explicados os motivos do contato, apresentação breve dos pesquisadores e da presente pesquisa, além de questionado se o equipamento aceitaria participar deste estudo, a coordenadora mostrou-se bastante solícita e em outro dia acordado, foi feita a ida ao SRT onde se formalizou a participação deste, podendo-se iniciar as etapas da pesquisa. No geral, as duas tardes necessárias para realizar as entrevistas com os moradores e os cuidadores foram tranquilas, não havendo intercorrências. A seguir,

as observações pertinentes a cada dia de observação participante na residência terapêutica:

No primeiro dia de entrevistas, o pesquisador responsável pela realização das entrevistas (orientando em doutoramento) foi recepcionado por uma das cuidadoras do SRT, cuidadora inclusive que já era sua conhecida. Ela já sabia da realização da pesquisa e abriu o portão para que o mesmo pudesse entrar. Foi bastante amigável e solícita com o pesquisador, inclusive apresentando-o a alguns moradores da casa. Após ser apresentado aos moradores que se encontravam na casa, uma moradora foi até o pesquisador e iniciou uma conversa, perguntando se o mesmo gostaria de escutar uma música que havia aprendido. O pesquisador respondeu que se ela queria cantar, o mesmo a escutaria, e a moradora iniciou seu canto. No momento em que o pesquisador chegou tinham poucos moradores da casa, pois boa parte deles havia ido participar da “Copa da Inclusão”, inclusive a coordenadora do equipamento estava junto deles. A Copa da Inclusão é um famoso torneio de futebol na área da saúde no qual participam pessoas que são usuárias de algum serviço de saúde mental na região metropolitana de São Paulo. Cerca de uma hora depois que o pesquisador chegou na casa, os moradores que haviam ido jogar retornaram. Os moradores chegaram bastante eufóricos, comemorando o passeio, e neste momento o pesquisador foi apresentado ao restante dos moradores da casa pela coordenadora. Alguns comentaram como havia sido o jogo, e pareciam contentes com a partida que realizaram. Já o treinador do time, que é educador físico, disse que o time jogou bem, mas que não estavam muito focados. Também comentou que o time já foi um dos melhores do torneio, tendo jogadores que poderiam estar em bons clubes. Tanto a coordenadora quanto uma das cuidadoras comentaram um pouco sobre como os moradores foram morar no SRT e também sobre seus diagnósticos. Foi a partir destas falas que pensamos em quem poderíamos convidar a participar, e tanto moradores quanto as cuidadoras convidadas neste dia aceitaram participar das entrevistas.

No segundo dia, a coordenadora não estava e quando o pesquisador chegou à frente da casa, um dos moradores foi recepcioná-lo, mas também não abriu o portão, inclusive por não ter a chave. Foi chamar uma das cuidadoras que, ao verificar sua autorização de pesquisa no equipamento o deixou entrar e também recepcionou parte da sua estadia neste dia. Alguns dos moradores que haviam conversado com o pesquisador na ida anterior à residência voltaram a ficar conversando com este. Boa

parte destas conversas tinha a ver com o dia-a-dia na casa e com o que cada um gosta de fazer na mesma. Também foi comentado por dois moradores os passeios e atividades externas que já fez. Tanto no dia-a-dia, quanto nos passeios, o nome da coordenadora sempre estava envolvido, parecendo que sempre participava destes. Pouco tempo depois chegou uma cuidadora que também havia conversado com o pesquisador em sua ida passada. Tal cuidadora, conversou bastante sobre o lugar, como foi fundado, lembrando da época em que os primeiros moradores chegaram. Como tal equipamento tem menos de dez anos de fundação, os primeiros moradores continuam habitando a casa. Como no primeiro dia, tanto os moradores, quanto os cuidadores aceitaram participar das entrevistas. A seguir, as perguntas agrupadas nesta categoria.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que os vizinhos agem de forma diferente em relação à Residência Terapêutica?

Morador 01: [Você sai, você conversa com os vizinhos?]² *É. Né X³?* [O que você acha dos vizinhos?] *Legal. Não tenho problema com ninguém não, não tem pessoa metida. Pessoa metida eu não gosto. Pessoa metida é ruim.* [E você gosta dos vizinhos?] *Gosto. As pessoas aqui conversam.* [Os vizinhos conversam?] *Pessoa metida eu não gosto não. Com pessoas metidas eu não converso. Melhor quem sabe conversar com as pessoas, pessoas que ficam de gracinha assim não é comigo não.*

Morador 02: *Os vizinhos são colegas, eu dou boa noite para eles. Dou bom dia, boa tarde... faz meia hora... a vizinha.* [Você tem contato com eles?] *Tem contato.* [E você gosta deles?] *Eu gosto deles.* [Você acha que eles gostam de você?] *Gostam de mim.*

Morador 03: *Vizinhos?* [Sim, os vizinhos?] *X⁴?* [Não, os vizinhos, que moram nas casas vizinhas.] *Eles são legal.* [São legais.] *São legal.*

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que os vizinhos agem de forma diferente quando uma Residência Terapêutica se instala na rua deles?

Cuidador 01: *No começo sim, mas depois eles se adaptam. Aqui mesmo eles se adaptaram bem.* [No começo você achava o que?] *Eu acho que no começo teve*

² As falas do entrevistador durante as respostas dos entrevistados apareceram sempre dentro de colchetes.

³ A letra "X" foi utilizada para substituir o nome de uma pessoa nesta resposta que passou próximo do local em que estávamos e que o morador avistou.

⁴ A letra "X" substitui o nome de um dos moradores da casa nesta resposta.

vizinho que olhava estranho. Tinha aquele negócio. Mas como a maioria aqui dos vizinhos, todos nossa, tem um carinho por todos eles. Tem vizinho aqui que eles já se adotam. Perguntam como estão, como está, por que fulano não está indo aí, cadê eu não estou vendo mais fulano cantando, cadê ele? Já perguntam, a gente fala ah fulano está fazendo tal coisa, nossa não vi hoje, cadê ele. Outro vizinho mesmo, tem uma vizinha aqui que eles chamam de vó, “oi vó” e elas com o maior carinho, “oi meu filho”, “oi meu neto”. Nenhum trata eles mal.

Cuidador 02: De verdade eu não presto atenção nisso, não mesmo. Porque o meu trabalho aqui é cuidar daqui, lá fora a gente só vai para limpar e pronto, então eu não presto atenção nisso. [E você nunca notou nenhum incidente?] Não, nunca. Não presto atenção nisso não. Aqui nunca vieram falar nada então não sei nada, nesse sentido não sei o que responder.

Cuidador 03: Acho que sim, geralmente sim, por causa do barulho, eles gritam, falam alto então incomoda né.

- Pergunta aos Técnicos: Você acha que os vizinhos agem de forma diferente quando uma Residência Terapêutica se instala na rua deles?

Técnico 01: Então eu não tenho muito conhecimento porque eu nunca trabalhei com residência terapêutica, o que eu sei é de ouvir outras pessoas que já trabalharam e no caso, não sei se eu consigo fazer essa comparação, mas eu já trabalhei em abrigo com crianças aí sim a gente sente muita diferença sim, quando vai se instalar um abrigo numa vizinhança, os vizinhos ficam bastante incomodados e que eu ouvi de alguns profissionais é que também tiveram essa sensação na vizinhança onde as residências estão mas eu não saberia te falar muito, eu tenho a experiência de um abrigo que é da assistência, sobre residência terapêutica eu não conheço mas eu acredito que tenha.

Técnico 02: Olha, o que eu percebi lá em X⁵ é que as pessoas estranharam, mas a maioria foi muito acolhedora, mas o que eu acho é que as pessoas têm dificuldade com as crises. Ter uma residência terapêutica ok, morar uma galera que veio de internação aqui tudo bem, ter esquizofrênicos morando lá na minha casa ótimo, a não ser quando eles fazer alguma coisa que perturba a minha paz. Então, tinha um vizinho da residência terapêutica lá que tinha esse cuidado especial de ficar fiscalizando tudo

⁵ A letra “X” substitui um nome de cidade nesta resposta.

e fazendo denuncia toda hora, então eu percebia que quando acontecia alguma coisa que perturbava eu percebia que as pessoas eram reativas, começavam a não gostar, mas na convivência no dia dia era bem tranquilo, era bem acolhedor, eles conseguiram sociabilizar com a vizinhança bem depressa até.

Técnico 03: Eu acho que isso é geral né, eu acho que tanto os CAPS como as residências terapêuticas por estar inserido dentro da comunidade, dentro do entorno da região. Eu acho que as pessoas têm uma questão de preconceito com relação a elas, exatamente por achar que ali só tem louco, de achar que ali as pessoas não têm minimamente um projeto de vida, que elas não conseguem mais se reconstituir na sociedade. Então, acho sim que os vizinhos têm algum problema, mas acho que isso pode ser mudado, uma forma seria momentos educativos com a população para trabalhar justamente essas questões, que dentro da residência terapêutica está sim pessoas com transtorno mental, mas que não necessariamente eles são loucos e não podem ser reinseridos na sociedade.

- Pergunta aos moradores dos SRT: É mais difícil iniciar um relacionamento quando a pessoa faz tratamento de saúde mental. Em quê? E os familiares, agem de forma diferente? Em quê?

Morador 01: [Para iniciar seu relacionamento foi difícil?⁶] Não. [Foi não, foi fácil?] Eu namorava já. [trecho inaudível] pedi em namoro pra ela “você quer namorar eu X⁷?”. Um paciente batia muito nela, judiava dela. [Quem?] Um rapaz lá. Donato. Batia nela todo dia. [Era o que? Era colega dela?] Namorado. [Era um ex namorado?] [trecho inaudível] judiava da menina direto. Judiava dela. Eu conversava “quer namorar eu Y”. É assim, eu xavecava ela. [E as outras pessoas ao redor?] Eu não conversava muito com as pessoas em X⁸.

Morador 02: Pessoas. Eu ajudo, ajudo adoçar o café, adoçar o chá. [Com as outras pessoas você tenta ser útil?] É.

Morador 03: Foi bem difícil. [Por que foi difícil?] Foi difícil. [Foi difícil? Você acha que as pessoas ficavam tentando te impedir?] Não sei não.

⁶ O entrevistador sabia que o entrevistado, no momento da entrevista, tinha um relacionamento sério.

⁷ A letra “X” foi utilizada para substituir o nome da pessoa com quem tem relacionamento sério nesta resposta.

⁸ A letra “X” foi utilizada para substituir o nome da cidade onde ficava o Hospital Psiquiátrico em que morava nesta resposta.

- Pergunta aos Cuidadores: É mais difícil iniciar um relacionamento quando a pessoa tem transtorno mental? Em quê? E os familiares, agem de forma diferente? Em quê?

Cuidador 01: *Olha, eu acho que esse negócio de transtorno mental na questão do amor, do casal a dois, eu acho que isso aí influencia só se você não gostar. Tem tanto casal aí que o homem tem problema e a mulher não tem problema nenhum e vivem tão bem, um ajudando o outro. Tem aquela questão de você gostar um do outro, o respeito, tendo respeito e o cuidado tudo vai. [E pros familiares?] Então, pros familiares você não precisa nem ter uma pessoa com transtorno mental, o problema é que família pesa muito em muitas coisas né. Família tem vezes que a família vira e fala: “ah você está casando com quem? Ah é um pedreiro. Ah você não pode casar com pedreiro. Ah com ele também não”. Família aponta muito o dedo e tem vezes que acaba pesando muito pra você. Você não sabe como agir, depende muito da cabeça da pessoa como agir.*

Cuidador 02: *Nossa, que pergunta muito complexa para se responder. Faz de novo para ver se eu consigo responder. [Deixa só eu repetir ela, qualquer coisa eu faço ela com outros termos está. É mais difícil iniciar um relacionamento quando a pessoa tem transtorno mental?] Não, não acho. Porque eles são tão carentes, tão carentes que não vejo essa dificuldade. [E em relação aos familiares das pessoas que elas estão iniciando esse relacionamento? Você acha que eles agem de forma diferente esses familiares?] Ai já é mais provável que sim. Acredito que sim. [Em que?] Como eu vou te explicar. Uma coisa é você sentir para você e outra coisa é falar. É o jeito de conversar, de achar que aquilo não vai dar certo por isso, porque é assim, por um rótulo naquela situação. Eu acho isso horrível por rótulo. E eu acho que tem sim.*

Cuidador 03: *Não entendi. [Se é mais difícil iniciar um relacionamento, principalmente um relacionamento amoroso por exemplo, quando alguma das pessoas tem transtorno mental?] Não. [E os familiares da pessoa com quem está se relacionando, você acha que elas veem de forma diferenciada ou agem de forma diferenciada?] [trecho retirado para não identificação dos participantes] Eu não posso falar nada.*

- Pergunta aos Técnicos: É mais difícil iniciar um relacionamento quando a pessoa tem transtorno mental? Em quê? E os familiares, agem de forma diferente? Em quê?

Técnico 01: *Sim, também muito por essas questões de preconceito. Também acompanhando, tive mais contato com adolescentes, com crianças e adolescentes com transtorno mental e a gente via muito essa dificuldade. A vontade deles de namorar, de querer ter uma vida que os outros adolescentes, se descobrir sexualmente e eles sofriam muito, muito medo, muito preconceito e aí tinha outros, tinham muitos adolescentes que acabavam preferindo ou investiam muito em relações, tipo adolescentes de 17, 18 anos que preferiam procuravam não namorar, um menino de 10, 11 anos porque achavam que são crianças, não iriam rejeitá-los, não iriam tratar ele tão mal, não se aproveitaria dela por conta das questões que ela tinha, então acho que tem uma diferença. Familiares também, de alguns familiares também que eu ouvi eram de adolescentes, tinha uma preocupação muito grande de estar se relacionando com alguém que pode usar dele, se aproveitar por conta do transtorno. Acham então ela não pode namorar, não pode ou às vezes o contrário, ela quer namorar então ela não tem nada, ela é uma safada, tem muito julgamento, muitas dificuldades de entender o desejo sexual desses jovens, dos adolescentes e o transtorno mental, acham então que quem tem transtorno não tem desejo, não pode ter uma vida sexual ativa e se tem então é porque está mentindo no transtorno, na dificuldade que a pessoa tem.*

Técnico 02: *Essa é uma pergunta muito boa para eu responder, porque recentemente a gente começou lá no CAPS que eu trabalho um grupo de afetividade e sexualidade que quem coordena esse grupo sou eu, justamente porque em uma conversa em outro grupo os usuários falaram: “olha aqui no CAPS a gente toma um monte de remédio que prejudica nossa vida sexual e a gente tem muita dificuldade e ninguém fala disso, vocês agem como se isso não fosse importante na nossa vida”. Então a gente começou um grupo para falar sobre afeto, para falar sobre relação e nesse grupo eu percebo, é um grupo muito novo tem um mês que a gente está fazendo, mas eu percebo que são vários os limites né. Por conta do preconceito eles tem dificuldade de acessar as pessoas, de abordar as pessoas porque eles consideram que vão ser rejeitados, muitas vezes sofrem rejeição só pelo fato de ser um usuário do CAPS, então as vezes tem festas vemos familiares, é aquela coisa de se interessa por alguém, vai lá falar e aí não quero nem falar com ele porque ele é um doente do CAPS, então tem sim muita discriminação, tem várias pessoas que contam que quando conhecem alguém por aplicativo de relacionamento ou algum outro local não contam essa parte da vida, muitos só contam que só depois que veem que o relacionamento*

vai se consolidar, com relação as famílias eu também percebo algumas questões porque as famílias dos usuários costumam tutelar muito, não pode isso, não pode aquilo, não pode nada e por outro lado a família do companheiro ou do namorado que não é usuário do CAPS, não tem transtorno mental discrimina muito – ah namorar com aquela pessoa, ih, vai te dar trabalho –, será que você aguenta então eu percebo que é um fator que atrapalha muito a vida dessas pessoas. A maioria dessas pessoas não tem relacionamento afetivo ou pagam pra ter sexo, então essas pessoas se referem que só tem relações quando pagam pra alguém.

Técnico 03: Eu acho que volta a questão do preconceito, muitas das pessoas com transtorno mental acabam se relacionando com pessoas que ou tiveram algum transtorno mental também ou que se conhecerem em algum ambiente de cuidado. Exatamente por isso, porque tem um certo preconceito em relação a olhar para a pessoa com saúde mental, ao olhar para a pessoa com transtorno mental. Mas isso também não pode ser um empecilho. Acho que, eu sempre digo que a pessoa com transtorno mental ela passa por um momento de dificuldade, o transtorno mental não vem do nada, vem de algum lugar aí, alguma desorganização que houve que pudesse chegar a estar fazendo esse tratamento. Mas que isso é possível de ser reabilitado e aí a gente não precisa estigmatizar o indivíduo que tem transtorno mental, já que por ele ter passado por um momento difícil e que precisa de um acompanhamento em saúde mental, não quer dizer que ele vai ter sempre esse problema. Então saúde mental ou problema mental em alguns tipos a gente pode caracterizar muito parecido com diabetes, hipertensão, que tratado tem uma certa reabilitação. Quem tem transtorno mental a gente trabalha exatamente nisso. Um paciente com uma organização, um projeto de vida corrompido e a gente vai reabilitar esse paciente para que ele volte as atividades normais do dia-dia. [E você acha que os familiares acolhem diferentemente quando uma pessoa decide namorar alguém que tem transtorno mental?] Acho que a família hoje é um pilar super importante aí na construção do cuidado desse indivíduo que tem transtorno mental. Nos relatos de familiares a gente percebe muito que eles sofrem junto com o usuário, o familiar de alguém que tem esse transtorno. Nesse sentido acho que a família busca o melhor seja para o filho, seja para o indivíduo familiar que está ali tendo transtorno mental. Na questão do relacionamento acho que as famílias vão meio que podando devido ao preconceito da própria população “então vai com calma” “será que ela vai aceitar” “será que ele vai aceitar você por ter transtorno mental”. Mas isso a família vai podando pelo cuidado

com o próprio indivíduo; está ali em jogo em relação à visão da população ou da sociedade de forma geral que ainda é muito preconceituosa. [E a família da pessoa que ele vai se relacionar, como você acha que ele vai aceitar essa pessoa que está chegando com transtorno mental?] Se não tiver um olhar ampliado, se essa família que vai receber o indivíduo que tem transtorno mental ou que está passando por um momento, eu acho que se ela não tiver um preparo, um olhar ampliado dessa questão da saúde mental acho que sim, o preconceito ainda vai continuar acontecendo. Acredito ainda que em alguns momentos isso pode ser, em algumas famílias tem esse pensamento mais ampliado ainda assim há um não desejo de que seu filho ou filha se relacione com alguém que tem transtorno mental.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que as igrejas aceitam a participação de igual maneira das pessoas que fazem tratamento mental?

Morador 01: *Eu gosto de ir na igreja. [Você vai?] Eu não vou muito. [Mas você ia?] Lá, lá em X⁹ eu ia. [E como as pessoas lidavam com você?] Lidavam. Conversavam comigo. [Normalmente?] Falavam da igreja, para de fumar que é feio. [Você acha que elas tentavam te ajudar?] É. Ajudar. Davam conselho para mim, conversavam comigo. Falavam na igreja que é feio fumar muito, morre aí depois. Dava conselhos direto. [Você gostava desses conselhos?] Gostava.*

Morador 02: *É possível. [Tem dificuldade de participar?] [trecho inaudito] [E as pessoas da igreja, como é a interação com elas?] Acho bom. [trecho inaudito].*

Morador 03: *Frequentava. [Quando você ia, você achava que as pessoas te tratavam bem ou não?] Tratava bem. [E você deixou de frequentar?] Deixei. [Por quê?] Porque eu não quero.*

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que as igrejas aceitam a participação de igual maneira de quem tem transtorno mental e de quem não tem?

Cuidador 01: *Essa aí eu vou... Esse negócio de religião é meio difícil de responder. Só quando alguém que participa eu acho que igual, assim eu acho que se tiver alguém da família, alguém que está ali dentro daquela comunidade, não importa a religião ali nesse momento, pode ser a igreja que é, se tem alguém da família que tem transtorno mental vai dar valor aquele que está entrando na igreja assistir um culto ou assistir*

⁹ A letra "X" substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

uma missa. Agora para quem não tem e nem participa de nada é capaz da pessoa sentar no banco e ninguém querer sentar do lado. Cadeirante então é a mesma coisa. Ninguém está nem aí com o outro, infelizmente.

Cuidador 02: Acho que as igrejas estão mascaradas, mas eu penso que sim, quero acreditar que sim né. Porque é uma casa de reunião, é uma casa de oração, eu acho que tem que aceitar sim, se não faz deveria, no meu ponto de vista.

Cuidador 03: Não, as igrejas até te recebem bem, recebem né.

- Pergunta aos Técnicos: Você acha que as igrejas aceitam a participação de igual maneira de quem tem transtorno mental e de quem não tem?

Técnico 01: Isso não vou saber te responder, não tenho contato, não tive pessoas que relataram nenhum tipo de dificuldade e nem facilidade, não sei, também gostaria de saber.

Técnico 02: Olha não é um assunto que eu vou conseguir falar com muita certeza porque não frequento igrejas há uns dez anos. Na época que eu frequentava eu acho que também era um espaço que tinha discriminação, no espaço que eu frequentava era raro aparecer alguém que tinha um transtorno mental, eventualmente uma pessoa em situação de rua que ia até a igreja e tal, que a gente percebia que tinha ali talvez alguma questão, mas nada muito claro. E, geralmente, as pessoas eram acolhidas até a página dois, ah ele veio vou dar ali um dinheirinho, uma comidinha pra ele, o cara começava a falar muita coisa que não tinha sentido o pessoal já perdia a paciência e ia cuidar da vida, então não sei se há um espaço em que o acesso não é permitido mas ele não é facilitado também, principalmente porque quem acaba chegando na igreja que tem transtorno mental são pessoas que estão numa situação mais vulnerável e essas pessoas sofrem preconceito em todos os espaços, seja pela condição que tá vestida, pela higiene pessoal, por várias questões, então são várias questões que são discriminadas também. Quando estão dentro de um ambiente familiar e tem uma possibilidade maior de autocuidado e tal, acho que as vezes é mais aceito. Mas existe sim um preconceito acho que dentro das igrejas também acontece.

Técnico 03: Acho que essa pergunta é um pouco meio que problematizadora dessa questão da vida com transtorno mental porque muitas vezes as igrejas vão numa perspectiva contrária a questão positiva para o tratamento. O que eu quero dizer com isso, muitas vezes as próprias igrejas dizem que tomar remédio não faz nenhum efeito, que é ir para a igreja e buscar Jesus Cristo que a cura vai vir. Então a própria igreja

não tem conhecimento da patologia desse indivíduo, da história de vida desse indivíduo e do que ele necessita enquanto saúde para se manter. Então eu acho que a igreja ela entra num momento importante, mas ela acaba utilizando esse momento importante que ela tem dentro da vida desse indivíduo de maneira muito negativa, então isso acaba desorganizando mais ainda esse usuário. Então a igreja ainda acho que ainda vou considerando um fator negativo em relação a isso, em relação a querer dizer contra o acompanhamento que esse usuário precisa ter em relação a sua saúde mental.

4.1.2 Interpretação

Trabalhar em serviço mental não é das tarefas mais fáceis, pois a todo instante o profissional pode ser convocado a lidar com situações de agressividade, sofrimento, e de automutilação (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009) que podem gerar angústias e isso, às vezes, por não ter com quem compartilhar tais sentimentos, acaba afetando a saúde do próprio profissional e comprometendo sua vontade de permanecer no serviço. Compreensão, ética e disponibilidade são características fundamentais para que os profissionais de saúde mental possam efetivar um cuidado efetivo (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009) e estas características parecem estar presente em alguns profissionais que trabalham na residência terapêutica pesquisada.

Assim, a principal observação feita das visitas ao equipamento, tanto no primeiro dia quanto no segundo dia, foi a existência de uma disponibilidade e cuidado da coordenadora, de um dos cuidadores e do técnico de educação física para com os moradores, e um carinho dos moradores para com os profissionais e para com os outros colegas da casa. No primeiro dia, foi observado uma euforia quando a coordenadora chegou do jogo de futebol junto com os moradores, comentando os lances mais inusitados da partida. Todos os moradores/jogadores e os profissionais pareciam bastante empolgados com a partida, e do ponto de vista do observador, aquelas pessoas demonstravam uma sinergia e afetividade que os assemelhava mais a um grupo do que a uma relação biomédica fria e distanciada.

Carinho também foi percebido durante as conversas informais que foi possível ter ao longo dos dois dias no SRT. Ao falar sobre os moradores, a coordenadora, o técnico de educação física e uma das cuidadoras pareciam conhecer muito sobre a história de cada um, seja de onde vieram, quem eram suas famílias, onde estiveram internados, seus sofrimentos, e como estão se saindo na residência terapêutica. Todo este conhecimento sobre os moradores parece ser uma demonstração de carinho por estes. A preocupação também do educador físico quanto ao desempenho dos moradores na partida de futebol, além de que isto poderia ajudar a eles terem um futuro melhor também é demonstração de carinho e comprometimento. Para este, a “Copa da Inclusão” não é apenas uma atividade a mais da saúde mental, mais é uma oportunidade dos jogadores poderem aparecer socialmente. Esta é uma postura que qualifica o usuário de saúde mental como podendo ascender profissionalmente, característica fundamental de uma vida humana qualificada, e não estereotipada nesta cultura bastante conhecida na figura americana do *loser*, aquele que é “rotulado como perdedor” (LASCH, 1983, p. 69). Já nas conversas fora das entrevistas com os moradores, principalmente no segundo dia, estes sempre deixavam transparecer a importância dos profissionais, principalmente da coordenadora, em suas vidas, falando sempre com muito carinho dela.

Assim, o compromisso e o carinho com que coordenadora, cuidadora e educador físico têm para com os moradores da residência, e o carinho que os moradores pareceram também retribuir no modo como falavam com eles, indicam, para os moradores, que o SRT está sendo um lugar onde é possível o estabelecimento de laços afetivos mais dignos e saudáveis do que os mantidos nos hospitais psiquiátricos, como veremos em categorias posteriores. As entrevistas também confirmam o estabelecimento de vínculos positivos propiciados pela territorialidade da residência terapêutica.

Assim, os três moradores afirmam ter relações de respeito com os vizinhos, inclusive o Morador 02 refere que: “Eu gosto deles. [...] Gostam de mim” (sic). Os cuidadores 01 e 02 também confirmaram a boa relação com a vizinhança, sendo que o Cuidador 01 até comentou que no início a relação era mais complicada, mas que com o tempo melhorou: “Eu acho que no começo teve vizinho que olhava estranho. Tinha aquele negócio. Mas como a maioria aqui dos vizinhos, todos nossa, tem um carinho por todos eles. Tem vizinho aqui que eles já se adotam. Perguntam como

estão, como está, por que fulano não está indo aí, cadê eu não estou vendo mais fulano cantando, cadê ele? Já perguntam, a gente fala ah fulano está fazendo tal coisa, nossa não vi hoje, cadê ele. Outro vizinho mesmo, tem uma vizinha aqui que eles chamam de vó, ‘oi vó’ e elas com o maior carinho, ‘oi meu filho’, ‘oi meu neto’” (sic).

Estas palavras de carinho surgidas nestes novos vínculos potencializam a superação de estereótipos e exclusões sociais, e podem significar um alto-falante capaz de quebrar essa surdez social para o que aquele outro, que é diferente de mim, está falando. Os técnicos 02 e 03 também referem que embora inicialmente exista um sentimento de estranhamento quando uma residência terapêutica se instaura numa rua, esta situação pode ser mudada, e o dia-a-dia, com tal dedicação, propiciaria tal mudança.

A proximidade de pessoas diferentes parece ser fundamental para diminuir os pré-conceitos em relação a ela. Isto também se revela no que os participantes falam da participação de pessoas com transtorno mental nas igrejas, já que além dos três moradores falarem que suas relações com as pessoas da igreja eram boas, e os três cuidadores concordarem com isso, o Cuidador 01 adverte que a relação depende se aquela pessoa com transtorno mental é ou não conhecida das pessoas da igreja, ou se tem já algum familiar frequentando-a. Neste sentido, o Cuidador 01 fala que: “eu acho que se tiver alguém da família, alguém que está ali dentro daquela comunidade, não importa a religião ali nesse momento, pode ser a igreja que é, se tem alguém da família que tem transtorno mental vai dar valor aquele que está entrando na igreja assistir um culto ou assistir uma missa. Agora para quem não tem e nem participa de nada é capaz da pessoa sentar no banco e ninguém querer sentar do lado” (sic).

Esta aceitação do psicótico no meio social condicionado a se ele tem algum familiar inserido neste meio, também foi comentado pelo Técnico 02: “quem acaba chegando na igreja que tem transtorno mental são pessoas que estão numa situação mais vulnerável e essas pessoas sofrem preconceito em todos os espaços, seja pela condição que tá vestida, pela higiene pessoal, por várias questões, então são várias questões que são discriminadas também. Quando estão dentro de um ambiente familiar e tem uma possibilidade maior de autocuidado e tal, acho que as vezes é mais aceito. Mas existe sim um preconceito acho que dentro das igrejas também acontece” (sic). A aparência se mostra fundamental para o estabelecimento das relações sociais, e veremos mais sobre isso na categoria 4.3.

Bem, esta “aceitação” por parte de vizinhos e da igreja muda de tom quando a pessoa com transtorno mental vai tentar estabelecer vínculos amorosos. Se o alvo do investimento amoroso for uma outra pessoa com transtorno mental, talvez seja mais fácil, como ocorreu com o Morador 01, que tem um relacionamento afetivo com uma pessoa que também tem transtorno mental. Já o Morador 03 refere não ser fácil estabelecer um relacionamento. O Cuidador 01 refere que se tiver respeito, cuidado, e se um gostar do outro, o transtorno mental não se torna um impeditivo para a relação, mas já os familiares talvez usem isto para desmerecer o parceiro amoroso. A fala do Cuidador 02 também vai no mesmo sentido que a do Cuidador 01, na qual são os familiares que podem gerar barreiras para o relacionamento afetivo, rotulando o parceiro com transtorno mental.

Já os três técnicos comentam haver bastante dificuldade para quem tem transtorno mental iniciar um relacionamento, e os técnicos 02 e 03 também referem que a família da pessoa com quem o psicótico quer se relacionar é quem coloca maiores dificuldades para isto ocorrer. O Técnico 02, que coordena um grupo sobre afetividade e sexualidade em um CAPS, refere que existem diversas dificuldades e limitações dos participantes de seu grupo em se relacionar com outras pessoas. Estas dificuldades surgem por conta do preconceito, de terem medo de abordar as pessoas e serem rejeitados, inclusive de nem querer conversar com eles por serem usuários de CAPS, além do próprio preconceito da família de quem o usuário quer se relacionar, ou da própria família do usuário que, num comportamento tutelar, acha melhor que ele não se relacione. Outra dificuldade que o psicótico tem em manter um relacionamento afetivo diz respeito à medicação usada, e o Técnico 02 relata uma fala representativa disto de um usuário do CAPS: “olha aqui no CAPS a gente toma um monte de remédio que prejudica nossa vida sexual e a gente tem muita dificuldade e ninguém fala disso, vocês agem como se isso não fosse importante na nossa vida” (sic).

Toda a fala do Técnico 02 traz diversos elementos esclarecedores sobre as dificuldades que o psicótico tem de estabelecer um relacionamento amoroso, e dentre estas dificuldades destacamos: a baixa autoestima dos usuários da saúde mental e a valorização do tratamento farmacológico em detrimento da subjetividade do outro. Com as diversas estereotipias e preconceitos direcionados aos psicóticos, não é sem fundamento que esses apresentem baixa autoestima, já que a imagem de si e do corpo para qualquer ser humano não é fixa, mas muda no “contínuo contato com o

mundo” (ABERASTURY, 1982, p. 53). Ao ver uma parte de seu corpo, que é importante para a relação sexual, não funcionar como deveria, estas estereotípias e preconceitos podem ser interiorizados mais facilmente se o psicótico entender que essa disfunção corporal corrobora o rótulo de que ele é o *loser*. Ser um profissional competente em saúde mental não tem a ver com prescrever ou garantir que seus usuários tomem a medicação, mas de criar espaços críticos de superação da discriminação.

Entretanto o que permeia o imaginário social quando se fala de tratamento é sim o uso de medicação. Vimos que a indústria farmacológica é a segunda mais lucrativa do mundo, perdendo apenas para a indústria bélica. Isto significa que a psiquiatria foi conseguindo alcançar cada vez mais pessoas, valendo-se inclusive de “tratamentos biológicos clinicamente eficazes e de aplicação massiva (BEZERRA JR, 2010, p. 120) auxiliados pelos grandes manuais estatísticos como o DSM-V e o CID-10. E embora parte do sucesso da descentralização dos serviços da saúde mental se deva a existência da medicação psicotrópica, o problema surge quando a medicação é imposta sem nenhum diálogo com o usuário que fará uso, e foi este desrespeito pela vida subjetiva do psicótico que o participante do grupo coordenado pelo Técnico 02 revelou. A diferença se uma ação é acordada ou não entre duas pessoas é indício se a relação é entre cidadãos ou se é entre o poder soberano e o homo sacer. O SRT parece ser o lugar que favorece o primeiro tipo de relação.

4.2 O SRT COMO ALTERNATIVA AO SOFRIMENTO, ABANDONO E MORTE NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Nesta categoria foram agrupadas as perguntas 1 – sobre a origem dos hospitais psiquiátricos, 2 – sobre os pontos positivos e negativos dos hospitais psiquiátricos; e 3 – sobre os pontos positivos e negativos nas residências terapêuticas.

4.2.1 Descrição

- Pergunta aos moradores dos SRT: Porque você acha que surgiram os hospitais psiquiátricos?

Morador 01: *Eu não sei.*

Morador 02: *Ah fechou né. Eles fecharam.* [E por que você acha que eles abriram?]¹⁰
Por causa do caso. Por causa o hospital psiquiatra. Tava ruim o dia, chato o dia. Eu comia, comia, batia essa parte... Chorava. [Chorava de dor? Por que você não gostava?] *Não gostava. Foi a X¹¹, foi a Y¹². Conhece a X?* [Não, não conheço. Mas aí você veio para cá depois?] *Aí morei aqui.*

Morador 03: *Foi assim, é X¹³ né, no meu primeiro eu fugi da casa da minha mãe, fui na FEBEM, depois da FEBEM eu tava perdida na igreja, da igreja eu fui pra cadeia e da cadeia eu fui pra casa. Então foi isso.* [Então você foi pra FEBEM é isso né?] *Foi.* [E depois da FEBEM você foi para onde?] *Para a cadeia.* [E depois da cadeia?] *Fui para minha casa.* [Para sua casa onde?] *Lá em Y¹⁴.* [interrupção] [Você chegou a morar em hospital psiquiátrico Z¹⁵?] *Lá em X.* [Por quanto tempo?] *Fiquei 4 dias lá só. 4 dias.* [Já morou por muito tempo em hospital psiquiátrico?] *Lá em X só. [Só 4 dias?] 4 dias.* [Não chegou a morar anos em algum lugar não?] *Não, só aqui em A¹⁶ só.* [Aqui em A? Aqui em A? Nesta casa ou em outro lugar?] *Só aqui só.* [Só um minuto. Oh B¹⁷! AC¹⁸ ela nunca morou em hospital psiquiátrico?] [B: *Morou, ela morou em...*] *Lá em X.* [B: *Quando ela era criança a mãe dela deixou ela na frente de uma igreja porque ela estava com problemas de saúde e ela foi morar com uma irmã em Minas. Ai da igreja ela foi pra FEBEM, depois ela ficou até 18 anos morando na FEBEM e da FEBEM ela foi transferida para o hospital da D¹⁹.*] *Aí eu estava na cadeia.* [B: *Estava na cadeia não amor.*] *Sim, estava sim.* [B: *Sim, porque hospital é preso, não é livre como aqui.*] [trecho inaudito] [B: *Para de fantasiar, não é assim. Ela foi levada, quando ela foi deixada na frente da igreja que a FEBEM levou ela, então ela ficou, passou um tempo que a família não foi procurar, então ela foi para a adoção. E aí quando o pai dela apareceu na tentativa de trazer ela de volta, ela já tinha sido colocada para a adoção*

¹⁰ Todas as intervenções do entrevistador viram dentro de colchetes.

¹¹ A letra "X" está substituindo aqui o nome de uma pessoa nesta resposta.

¹² A letra "Y" está substituindo o nome de outra pessoa na mesma resposta.

¹³ A letra "X" está substituindo o nome da cidade em que morou no Hospital Psiquiátrico nesta resposta.

¹⁴ A letra "Y" está substituindo o nome do estado nesta resposta nesta resposta.

¹⁵ A letra "W" está substituindo o nome da entrevistada nesta resposta.

¹⁶ A letra "A" está substituindo o nome de uma cidade, mas não é a cidade do SRT onde a entrevistada reside nesta resposta.

¹⁷ A letra "B" está substituindo o nome da coordenadora do equipamento nesta resposta. Neste momento, o entrevistador interpelou a coordenadora que estava próxima por achar que talvez a entrevistada estivesse com desorientação tempo-espacial neste momento, visando interromper a entrevista caso fosse melhor para a entrevistada. Contudo, com a intervenção da coordenadora, contando a história de vida da entrevistada, a mesma voltou a se situar, e a entrevista pôde seguir.

¹⁸ A letra "C" está substituindo o nome da entrevistada nesta resposta.

¹⁹ A letra "D" está substituindo nome de outra cidade nesta resposta.

e já tinha sido, então ele perdeu o direito de trazer ela de volta. E aí ela permaneceu lá, ele deixou o endereço. E quando deu a maioridade ela foi para o hospital das D, viveu lá por 20 anos. Depois ela foi transferida para uma residência terapêutica em X. A C é de E²⁰, nascida em E. E lá no hospital ela conheceu o D²¹, quando eles foram para a residência eles começaram a namorar. Ela na residência feminina e ele na masculina daí os dois namoraram.] Pelo portão né. [B: Pulava o portão né, se ferrou todinha, machucou a perna. Machucou a perna]. [Trecho retirado da entrevista, pois possibilitaria a identificação da entrevistada]. [B: Mas ela viveu sim no hospital psiquiátrico.] [Por quanto tempo?] [B: 20 anos. Só no hospital psiquiátrico né e o restante na FEBEM, desde que ela tinha 10 anos. A mãe dela deixou ela. Eu fui atrás do endereço que o pai deixou, mas não tem mais.]

- Pergunta aos Cuidadores: Porque você acha que surgiram os hospitais psiquiátricos?

Cuidador 01: Por que? Eu acho que para falar a verdade, eu acho que muita gente nunca teve um fim de saber, nem estudar, nem ajudar, o hospital psiquiátrico para mim virou um lixão. Nunca teve assim um carinho por ninguém lá dentro, só se foi de agora para cá. Do jeito que eu vi, que eu fui, que a gente já conhecia alguns, a gente se assusta como eles não tem cuidado e nem carinho com ninguém. Hospital psiquiátrico para mim era um lixão, um lugar de abandono, que cadeia é melhor que hospital psiquiátrico. A cadeia pelo menos tem horário de comida e comida boa, se a comida não tiver boa eles fazem uma rebelião e a comida vem boa. Agora hospital psiquiátrico se a comida tiver gelada eles vão comer, se a comida tiver ruim eles vão comer, a roupa é assim ou a roupa é assado, ninguém tem um carinho. O que falta é, ah sei lá, um carinho, algum contato, alguma coisa, porque para mim o hospital psiquiátrico foi criado só para depósito, de quem não quer cuidar do que tem.

Cuidador 02: Por que surgiram? Eu acho que falta de compreensão, falta de carinho, de apoio de família mais fácil tirar de perto.

²⁰ A letra "E" substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

²¹ A letra "D" está substituindo o nome de uma pessoa com quem ela tem um relacionamento sério.

Cuidador 03: *Para mim acho que é para o abandono dos pais, é isso que eu entendo. Os pais são doentes ou não aceitam a criança e preferem abandonar, acho que é mais fácil para eles no caso.*

- Pergunta aos Técnicos: Porque você acha que surgiram os hospitais psiquiátricos?

Técnico 01: *Por conta de uma dificuldade da sociedade em cuidar de algumas pessoas que eram diferentes, que tinham um modo de lidar com a vida, de pensamentos diferentes. Ai as pessoas não sabiam como lidar, não tinham condições e aí surgiu os hospitais psiquiátricos, também como uma forma de isolar um pouquinho essas pessoas.*

Técnico 02: *Os hospitais psiquiátricos surgiram de um entendimento que as pessoas que tem transtorno mental precisavam ficar separadas, afastadas, eram nocivas, eram assustadoras, eram esquisitas, então a ideia do hospital é uma ideia de segregar as pessoas diferentes, que não se adéquam por algum motivo. Então entendo que o que fez esse hospital existir e até as estruturas parecidas hoje é essa mesma ideia, esse entendimento de que supostamente a gente pode tratar, mas a ideia é afastar essas pessoas do convívio com as outras que se consideram normais.*

Técnico 03: *Os hospitais psiquiátricos ele surge num momento anterior a essa reforma psiquiátrica né, onde as pessoas que tinham algum problema/transtorno mental ou com saúde mental não tinham para onde ir, não tinham esse acompanhamento, esse cuidado mais próximo como temos hoje que é os capes e a rede trabalhando em conjunto. Mas acho que os hospitais psiquiátricos surgem na intenção mesmo de dar esse suporte né, de fazer com que esses pacientes que tem algum transtorno mental pudessem ser cuidados, mas um cuidado muito desumano, então eu acho que surge nessa perspectiva. Aí vendo toda essa trajetória que os hospitais psiquiátricos não é o melhor lugar para tratar essa população, surge nessa perspectiva os capes como uma proposta mais, um cuidado mais integral e de uma equipe multiprofissional.*

- Pergunta aos moradores dos SRT: O que tem de bom e de ruim em morar num Hospitais Psiquiátricos?

Morador 01: *Ah hospital é muito ruim né. Morre muito paciente lá também. [Morre muita gente em hospitais?] Morreu. Uns pares deles que a família internava morria. Morreu muito paciente lá.*

Morador 02: *Bate, xinga, xinga, bate.* [As pessoas do hospital psiquiátrico xingam e batem?] *Batem, eu vejo.* [E quem bate são as pessoas que moram lá ou são os profissionais?] *O X, a Y, a Z²².* [Eles todos batiam e xingavam?] *Batiam e xingavam eu. Davam choque, do nada davam choque.* [E o que você achava quando faziam isso?] *Vivia na cama.* [inaudível].

Morador 03: *Nada.* [Não tem de bom?] *Eu gosto daqui. Desta casa aqui. Não quero sair daqui não, deusolivre.* [E por que você gosta daqui?] [trecho inaudito] *Aqui a gente come bem, janta bem, toma remédio, toma banho. Eu arrumo meu quarto, passo pano no meu quarto, limpo o banheiro, limpo a pia, eu arrumo minhas coisas, arrumo minha cama.* [Você faz tudo da sua vida?] *Arrumo minha coberta, dobro minhas roupas, dobro as roupas do meu marido.*

- Pergunta aos Cuidadores: O que você acha de bom e de ruim nos Hospitais Psiquiátricos?

Cuidador 01: *De bom? Nada. De bom é que eles pelo menos ficam, vamos lá dar minha resposta, de bom é que eles pelo menos ficam com as pessoas já que as famílias não querem mais né. Igual eu falei agora pouco, para mim hospital psiquiátrico é como se fosse um depósito de pessoas que ninguém quer mais. Ninguém quer mais cuidar, ninguém quer mais ter carinho, ninguém quer mais ter mais nada. E de ruim é para mim é um depósito, porque ninguém se preocupa, nenhuma lei, nenhum órgão, alguns órgãos até se preocupam, mas não são todos que abraçam a causa.*

Cuidador 02: *Alguns existem muitos maus tratos, isso é ruim. O bom é que ajuda a família, sei lá, que de repente não tem como cuidar deles.*

Cuidador 03: *Eu nunca entrei assim num hospital psiquiátrico então eu não posso te afirmar o que é bom e o que é ruim, eu uma vez, uma vez não, uns 5, 6 anos atrás eu entrei para trabalhar num hospital de repouso e eu vi muitos maus-tratos, tanto que eu consegui ficar apenas 15 dias porque era muitos maus-tratos e eu preferi sair. E eu tentei chamar os colegas para fazer, denunciar né, vir alguém para olhar isso e aquilo só que todo mundo saiu fora então eu sozinha não podia. E nesta né aí eu peguei e sai, mas agora aqui eu tô vendo que é outro esquema, são bem tratados e não tem nada que eu fique triste com os tratos deles, não tenho nada a dizer.*

²² As letras “X”, “Y” e “Z” estão nesta resposta representando nomes de pessoas faladas na entrevista.

- Pergunta aos Técnicos: O que você acha de bom e de ruim nos Hospitais Psiquiátricos?

Técnico 01: *Eu acho que ter um lugar onde elas possam ser cuidadas de forma temporária, momentânea, para um momento de crise eu acho muito importante, mas a ideia do hospital ser algo onde elas vão ficar por muito tempo ou dependendo da forma também como é feito alguns acompanhamentos, alguns tratamentos eu acho que são alguns pontos negativos em existir hospital. E essa retirada da pessoa da sua vida cotidiana, eu acho que se for um momento de crise eu acho positivo, mas por muito tempo eu acho que não é bacana.*

Técnico 02: *Nossa, pontos positivos (risos). Não sei, acho que a partir da ideia de saúde mental que a gente tem hoje eu acho que quando a gente esgota as nossas possibilidades extra hospitalares uma internação é necessária. Então eu acho que o único ponto positivo é considerar que as vezes internar as pessoas por um período, mas a ideia toda do hospital psiquiátrico e o prolongamento da internação e tudo mais eu não consigo enxergar pontos muito positivos assim principalmente porque a estrutura não favorecia o cuidado dessas pessoas. Pontos negativos eu vejo vários né, o isolamento, o cuidado não ser feito de uma maneira adequada, não ser feito a fiscalização do espaço de funcionamento suficiente para fazer esse acompanhamento, essas pessoas ficarem meio por conta delas mesmo, a institucionalização, eu acho que são os pontos negativos mais importantes assim.*

Técnico 03: *Quando você diz hospital psiquiátrico é hospital mesmo? [Hospital psiquiátrico mesmo, os antigos manicômios etc.] Pode repetir a pergunta. [Quais são os pontos positivos e negativos na existência dos hospitais psiquiátricos?] Eu acho que hoje um ponto negativo é a institucionalização desses usuários né, pensando hoje na reforma psiquiátrica ela preconiza contra essa proposta de tentar cuidar do usuário mas levar esse usuário para a vida de cada um mesmo então um ponto positivo eu acho que é isso, onde a gente institucionaliza esse usuário e aí a gente esquece de pensar no projeto de vida que ele tem. Acho que os hospitais nesse momento eu não sei se tem um ponto positivo, acho que os hospitais ele tem um ponto positivo na perspectiva de passar em algum momento de sofrimento em que o capes não consegue dar conta e aí sim eles vão para fazer esse procedimento, esse acompanhamento no hospital, mas tendo em vista que ele logo logo receberá alta. Então ele vem para o capes que é exatamente para fazer esse trabalho contrário,*

esse projeto de vida, a construção desse projeto de vida para que ele de seguimento na vida diária.

- Pergunta aos moradores dos SRT: O que tem de bom e ruim em morar numa Residências Terapêuticas?

Morador 01: *É bom. [O que você gosta?] Poder sair um pouco. Conheço tudo na rua aí.*

Morador 02: *Acho melhor. Bem melhor. Eu quero... [interrupção][falando do hospital psiquiátrico – trechos inaudíveis] Ficava no quarto sozinho. Amarrava os pacientes na cama. [E aqui na residência terapêutica, o que há de bom e de ruim?] É bom, é bom. [Você gosta?] Gosto.*

Morador 03: [Respondeu na pergunta anterior.]

- Pergunta aos Cuidadores: O que você acha de bom e de ruim nas Residências Terapêuticas?

Cuidador 01: *Ah na residência terapêutica igual aqui onde eu trabalho, o que eu gosto é que pelo menos todos aqui são muito bem tratados. Os pacientes não têm, o que eu gosto também é que os moradores que moram na residência nem são chamados de pacientes, são moradores. Agora eles não são pacientes, pacientes é quem tá em hospital, aqui não é um hospital, aqui é uma casa, que eles moram, que eles têm o que eles querem. Se eles querem sair, eles têm livre acesso, a gente acompanha eles. O de ruim é que eu acho que deveria ter um pouquinho mais a visão do, das pessoas dos órgãos competentes, o lado deles também, já que nunca teve para sanatório, imagina para uma residência né. Então quem trabalha tem que ter um carinho, não adianta trabalhar só para falar ah eu estou aqui e meu salário está lá no final do mês, ah então você está no lugar errado.*

Cuidador 02: *Olha, sinceramente em 2 meses que estou aqui não tenho o que dizer de ruim. Eu acho que está tudo muito normal, tudo dentro das normalidades de uma casa de família entendeu e aí fica legal. Não vi nada de ruim, eu acho ótimo. Eles têm a alimentação deles normal, café da manhã, almoço, janta, saem. Vai fazer, como foram hoje, assistir jogo. Então eu acho que tem uma, tem tudo, é muito gratificante para a gente que está trabalhando e para eles também ajuda muito, eles podem estar interagindo com o povo lá fora, eles não precisam estar trancados, nisso eu gosto.*

Cuidador 03: *Eu só trabalhei aqui, então não tem o que falar, para mim tá tudo ótimo entendeu.*

- Pergunta aos Técnicos: O que você acha de bom e de ruim nas Residências Terapêuticas?

Técnico 01: *Os pontos positivos entra como uma possibilidade de um lugar de cuidado, acho que a ideia para mim principalmente uma possibilidade de cuidado pra pessoas que não tenham outras possibilidades, outros lugares para ficar, com familiares, com amigos ou sozinhas. Então eu acho que a ideia de você ter esse lugar de cuidado para as pessoas que tem algum transtorno acho muito importante, que elas possam ter outras pessoas e estar inseridas num meio, num território, num meio onde ela vive, ser uma casa que ela possa ter liberdade para que ela possa fazer suas coisas acho isso um ponto muito positivo da residência. Negativo eu não sei, acho que aí depende muito de cada residência, de cada organização dela, aí sim como ela tiver organizada, dos cuidadores, das pessoas envolvidas pode ter algum ponto negativo, mas eu acredito na ideia da residência terapêutica bastante.*

Técnico 02: *Acho que os pontos positivos das residências terapêuticas são o fato de sair do hospital psiquiátrico, ter o local que as pessoas por conta de terem ficado muito tempo internadas perderam o referencial de família, de território, desconhecem o paradeiro dos seus familiares, então internar era pensar também aonde destinar né e a residência é um destino para as pessoas que perderam boa parte da vida internadas. Acho que são pontos positivos a ressocialização, a reabilitação psicossocial, a possibilidade da pessoa se redescobrir, se humanizar depois de um período muito grande que ela passa separada da sociedade, do convívio com as pessoas. Pontos negativos eu vejo, minha experiência com residência terapêutica é bem específica porque eu trabalhei numa cidade que abriu uma residência que foi X²³, então o meu parâmetro é mais essa cidade, aquela região. Hoje por exemplo a gente tem uma orientação naquela região de que todas as residências vão ser administradas de maneira terceirizada, então acho que isso já é um ponto negativo a terceirização do atendimento, a maneira como lidar com o interesse, com a curiosidade muitas vezes das pessoas, as pessoas tanto da gestão quanto próximas acabam sendo invasivas com o espaço da residência, muitas vezes não fica bem delimitado que aquilo ali é*

²³ A letra "X" substitui um nome de cidade nesta resposta.

uma casa, não é um serviço público, então eu acho que são coisas que poderiam ficar mais claras, que precisariam ser mais respeitadas, isso eu vejo como questões alternativas. É muito burocrático o processo para o repasse começar a ser feito, então o município acaba tendo um gasto importante com a residência até conseguir que o ministério da saúde comece a fazer esse repasse, então eu acho que a burocratização também. O programa de volta para a casa também é super burocrático então eu acho que a burocracia é uma coisa importante no funcionamento das residências.

Técnico 03: Eu acho que as residências terapêuticas ela entra como um fator importante nessa construção da reforma psiquiátrica. Tendo todo o histórico que a gente sabe que a pessoa com transtorno mental, as pessoas que tem algum problema com saúde mental, a população, o próprio familiar não aceita quando a existência desse problema acaba meio que desvinculando desse próprio usuário então muitas vezes ele fica sem suporte familiar, então a residência terapêutica nesse sentido tem um ponto muito positivo de dar esse espaço onde o usuário tem direito à moradia, a lazer, tem direito ao cuidado. E paralelo a isso, trabalhar em conjunto com outros equipamentos da rede. Um ponto que eu acho negativo é exatamente ele não ter o suporte familiar necessário e ter que ir para a residência terapêutica, isso não precisaria acontecer se o familiar, se a população tivesse conhecimento muito mais ampliado, o olhar ampliado em relação a saúde mental, de ver que não é um problema que desabilite ele a fazer alguma coisa, mas que ele precisa ser reinserido na sociedade. Um ponto negativo que eu acho seria isso.

4.2.2 Interpretação

Embora não saibam porque surgiram os hospitais psiquiátricos, os moradores rapidamente tomam o signifiicante “hospital psiquiátrico” à sua própria história, e as lembranças associadas não são nada boas. O Morador 01 não consegue ver nada de bom em morar no hospital psiquiátrico, e além de deixar claro que o “hospital é muito ruim né” (sic), pontua que conheceu muitas pessoas que morreram dentro do hospital psiquiátrico: “Morre muito paciente lá também. [...] Morreu. Uns pares deles que a família internava morria. Morreu muito paciente lá” (sic). O Morador 02 falou que não gostava de morar no hospital psiquiátrico, e retomou diversas experiências de dor vivenciadas dentro do próprio hospital: “Eu comia, comia, batia essa parte... Chorava” (sic); “Bate, xinga, xinga, bate. [...] Batem eu vejo” (sic); “Batiam e xingavam eu.

Davam choque, do nada davam choque. [...] Vivia na cama.” (sic). Já o Morador 03 associou o hospital psiquiátrico à cadeia, e em toda sua fala, sobre os momentos que vivenciou no hospital psiquiátrico, o Morador 03 não referiu que o lugar era um hospital psiquiátrico, e sim o que realmente era para ele, uma cadeia. Uma cadeia que não tinha nada de bom em se morar.

Os três cuidadores também associam os hospitais psiquiátricos a um local de sofrimento e de abandono de pessoas. Para eles, o abandono primeiro veio da família, e o hospital psiquiátrico surge como um lugar para se abandonar quem não se quer por perto. Os cuidadores 02 e 03 associam o hospital psiquiátrico a maus tratos: “Alguns existem muitos maus tratos, isso é ruim”, fala o Cuidador 02. Já o Cuidador 01 é mais radical e refere que o hospital psiquiátrico “virou um lixão” (sic), um verdadeiro “depósito de pessoas que ninguém quer mais” (sic). Fala também que dentro do hospital os funcionários não têm cuidado e nem carinho por ninguém, e que até a cadeia é melhor que o hospital. O Cuidador 01 ainda responsabiliza o Estado por falta de fiscalização: “ninguém se preocupa, nenhuma lei, nenhum órgão, alguns órgãos até se preocupam, mas não são todos que abraçam a causa” (sic).

Já os três técnicos também associam o hospital psiquiátrico como lugar de abandono, só que eles especificam que este abandono se dá devido a sociedade enxergar estas pessoas abandonadas divergentes da norma social: pessoas “diferentes”, para o Técnico 01, consideradas sem eu meio como “nocivas, eram assustadoras, eram esquisitas”, para o Técnico 02, ou que tinham “algum problema/transtorno mental”, para o Técnico 03. No hospital psiquiátrico, estas pessoas são excluídas da sociedade, e embora o que justifica socialmente sua existência deveria ser o tratamento, onde as pessoas pudessem passar um tempo em momentos de crise para se estabelecerem até poderem seguir com suas vidas, mas na prática o que prevalece é exclusão e tratamento desumano, onde as pessoas são abandonadas, inclusive pelo poder público, em sua falta de fiscalização, como refere o Técnico 02.

Embora nenhum dos participantes desta pesquisa tenham morado ou trabalhado no Hospital Colônia de Barbacena na época em que Arbex (2013) localiza seus estudos, a situação indigna que as pessoas viviam é extremamente parecida com os hospitais dos quais nossos participantes falam. Pois, todos os participantes de nossa pesquisa associaram o hospital psiquiátrico a maus tratos, abandono ou encarceramento. E essas palavras ganham mais peso nas falas dos egressos destes

hospitais, onde nenhum deseja retornar para lá, pois eram vítimas de agressões numa institucionalização que várias pessoas morreram dentro da própria instituição, como fala o Morador 01.

É importante pontuar que se há um abandono familiar das pessoas com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos, não podemos referir que houve também um abandono por parte do Estado já que este não fiscalizava. O que havia em relação ao Estado não era uma simples ignorância das situações dos hospitais psiquiátricos, mas um lucro compartilhado com os hospitais psiquiátricos, como vimos em Arbex (2013). Assim, as faculdades de Medicina negociavam os cadáveres das pessoas que faleciam nos hospitais para dar suas aulas, ou as pessoas com poder encarceravam seus inimigos políticos e até ex-esposas para que não problematizassem suas novas relações, além da higiene social que o Estado promovia ao tirar mendigos, negros e alcoolistas das ruas.

Este verdadeiro holocausto brasileiro, como Arbex (2013) refere, é similar, em sua estrutura básica, àquilo que estudamos em Agamben (2004) como *iustitium*: com a justificativa de conservar um tipo de ordem social, podia-se fazer tudo que os cidadãos, ou as pessoas que partilhavam o poder, julgassem necessário. E é impressionante como não haviam critérios mínimos na institucionalização das pessoas nos manicômios. Nossos participantes certamente comprovam que na história da saúde mental brasileira, os hospitais psiquiátricos serviram como depósitos de pessoas.

Já o Serviço de Residência Terapêutica parece ser entendido como contraponto do que ocorria nos hospitais psiquiátricos. Os três moradores afirmam gostar de morar na residência, sendo que a primeira associação que o Morador 01 faz com a residência é sobre se sentir livre: “É bom. [...] Poder sair um pouco. Conheço tudo na rua aí” (sic). O Morador 02 diz que gosta da residência, e que é bem melhor em comparação ao hospital, onde “Ficava sozinho no quarto [...] Amarrava os pacientes na cama” (sic). E o Morador 03 mostrou bastante afetividade ao se perguntar sua opinião sobre a residência terapêutica, falando: “Eu gosto daqui. Desta casa aqui. Não quero sair daqui não, deusolivre” (sic). Esse expressa ter uma vida qualificada, uma vida digna, na casa, pois “Aqui a gente come bem, janta bem, toma remédio, toma banho” (sic). Além disso, o Morador 03 indica outras qualidades que passou a ter na casa, que é fundamental na sociedade, que é a utilidade e o cuidado

de si: “Eu arrumo meu quarto, passo pano no meu quarto, limpo o banheiro, limpo a pia, eu arrumo minhas coisas, arrumo minha cama” (sic).

Os cuidadores também pontuam a qualidade de vida dos moradores na residência terapêutica, como um espaço de dignidade humana. O Cuidador 01 é bem categórico neste sentido: “todos aqui são muito bem tratados. Os pacientes não têm, o que eu gosto também é que os moradores que moram na residência nem são chamados de pacientes, são moradores. Agora eles não são pacientes, pacientes é quem tá em hospital, aqui não é um hospital, aqui é uma casa, que eles moram, que eles têm o que eles querem. Se eles querem sair, eles têm livre acesso” (sic). Os cuidadores 02 e 03 falam que a residência é como uma casa normal. O Cuidador 02 inclusive fala que é normal como uma casa de família: “Eu acho que está tudo muito normal, tudo dentro das normalidades de uma casa de família entendeu e aí fica legal. Não vi nada de ruim, eu acho ótimo. Eles têm a alimentação deles normal, café da manhã, almoço, janta, saem. Vai fazer, como foram hoje, assistir jogo. [...] eles podem estar interagindo com o povo lá fora, eles não precisam estar trancados, nisso eu gosto” (sic).

Poder superar o abandono e se firmar como pessoa digna são características que perpassam a opinião dos três técnicos quanto a residência terapêutica. O Técnico 01 afere a residência como espaço de cuidado para as pessoas que foram abandonadas por família e amigos. A residência é a oportunidade de fazer novos laços e de se fixar no território. O Técnico 02 também afere a residência como lugar de reestruturação para quem perdeu seus vínculos, contudo responsabiliza por parte da perda desses vínculos não só a família, mas também os longos períodos de internação. O Técnico 02 ainda adverte do perigo de terceirizar os serviços da residência terapêutica, pois o SRT não é um equipamento público qualquer, e sim uma casa para seus moradores. E para o Técnico 03, a residência é fator importante da reforma psiquiátrica, pois é o lugar onde aquele que foi abandonado vai poder ter moradia, lazer e cuidados, ou seja, condições básicas de uma vida humana.

Desta forma, as características que os participantes trouxeram das residências terapêuticas são opostas àquelas dos hospitais psiquiátricos. Enquanto o hospital psiquiátrico era, resumindo pelas palavras da Cuidadora 01, um lixão, ou um depósito de pessoas abandonadas, a residência terapêutica é uma casa de família, onde seus moradores podem viver dignamente. A residência não apenas reinsere o psicótico no meio social, mas lhe dá estrutura para poder constituir vínculos sociais não baseados

na agressão, no sofrimento, e na morte, como presenciados pelos internos dos manicômios, e sim baseados na liberdade, na dignidade, na utilidade e no respeito que deveria ser constante nos laços sociais independentemente de cor, raça, sexo, gênero, idade, religião ou diagnóstico, já que essas características tornam a vida humana em vida qualificada.

Ao se estabelecer no território, fazendo novas vinculações e novos laços, o SRT torna-se não apenas a nova casa da pessoa com psicose, mas sua oportunidade de formar uma nova família. Uma família que inclusive pode ser mais estruturada que qualquer outra família que já tiveram em suas vidas. A residência dá condições, então, para o surgimento de uma nova família, devidamente referenciada num território, e que seus membros vão aos poucos se vinculando a outras pessoas. Obviamente para que o SRT forneça condições de sustentação contínuas e constantes a seus moradores (SZTAJNBERG; CAVALCANTI, 2014), é necessário que o Estado se mantenha atuante e comprometido com a saúde mental, e não na sua antiga cegueira seletiva pela qual se beneficiava de vidas sendo transformadas em indignas de serem vividas.

4.3 A PSICOSE COMO RESISTÊNCIA AO EU ESPETACULAR

Nesta categoria foram agrupadas as perguntas 5 – sobre opinião social de quem tem transtorno mental, 13 – credibilidade e saúde mental, e 17 – mundo artístico e saúde mental.

4.3.1 Descrição

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que as pessoas veem de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem? Em quê?

Morador 01: *Ahh sim, gracinha, ficam fazendo gracinha com pessoa que não conhece né. [trecho inaudível] Até levou uma bofetada das tias lá. Eu conversava, eu respeitava as pessoas. Tem que conversar com respeito. Conversar com amigos, com colega. Eu tenho muita amizade, eu sai do hospital lá, da casa lá e eu ia no terminal lá em X²⁴*

²⁴ A letra “X” substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

lá conversar com as pessoas lá. Saia comigo direto. [Vocês conseguem sair direto?] É.

Morador 02: *Faz né. [Em quê?] Dá remédio. [trecho inaudito] Limpa casa, limpa o meu quarto, tudo. Eu gosto de limpar.*

Morador 03: *Elas tratam a gente bem.*

- Pergunta aos Cuidadores: A sociedade vê de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem? Em quê?

Cuidador 01: *Sim, quem tem transtorno mental a sociedade vê isso mesmo, infelizmente. É uma visão muito distorcida porque isso aí engloba tanta coisa se fosse para falar agora. É porque a sociedade vê o que, o que você faz, ele não olha, se vê que uma pessoa tem problema mental “nossa tem problema mental, não vamos chegar perto porque acho que pega”. Nem sabe o que é, por que a pessoa tem aquilo, ou o que a pessoa tem, é só, tem medo até de pegar na mão, acha que é contagiosa. Vou colocar o exemplo de HIV, HIV você pode pegar na mão da pessoa, você não pode é ter relação sexual e nem transfusão de sangue aí você vai pegar, isso você não pega, mas tem gente que acha que só de saber que ele tem transtorno mental ou ele tem HIV, nenhum dos dois eu vou chegar perto. Só que é muito, as mentes das pessoas são muito fechadas, elas deviam ter mais horizontes para poder ter mais informações. Os lugares, os postos, não só postos públicos, mas os particulares também, estar visando isso, explicando que quem tem transtorno mental não é um bicho, não é um animal, é uma pessoa igual eu, igual você.*

Cuidador 02: *Infelizmente sim. Em tudo. Em tudo, seria muito hipócrita de falar que não. Claro que tem, infelizmente tem, como tem de racismo tem deles também. Tem e é uma pena, que isso só deixa eles mais agressivos. Porque eles sentem quando você não gosta, quando você não quer ficar perto, quando você não quer dar atenção, eu penso nisso.*

Cuidador 03: *Ah vê. São muito discriminados né! Pessoas psiquiátricas infelizmente.*

- Pergunta aos Técnicos: A sociedade vê de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem? Em quê?

Técnico 01: *Sim eu acho que sim porque ainda é muito difícil lidar com o diferente, lidar com pessoas que pensam diferente de você, então eu acho, eu entendo muito como um medo de lidar com o desconhecido, de achar que aquela pessoa que tem*

um transtorno mental vai agir de uma forma muito diferente, vai ser agressiva, vai ser violenta ou enfim vai te constranger de alguma forma, eu acho que tem um tratamento bem diferente.

Técnico 02: Ah com certeza, vê de forma diferenciada e geralmente discriminatória, eu trabalho num CAPS adulto em X²⁵, CAPS II, e nos acolhimentos, nos plantões e mesmo nas discussões com a família assim a gente percebe que existe muito preconceito. Com a figura do profissional que atende, então não quero ser atendido pelo psicólogo, não quero ser atendido pelo psiquiatra, quem faz isso é maluco. E também tem com a figura da pessoa que tem transtorno mental que é o louco, maluco, que sempre vai tirar a roupa no meio da rua, que sempre vai causar constrangimento para alguém, então as pessoas têm uma ideia da pessoa que tem transtorno mental que é muito nesse sentido da violência e do constrangimento. Acho que o imaginário das pessoas está muito por aí, se tem uma pessoa que tem transtorno mental ou ela vai me envergonhar ou ela vai me agredir, acho que é um olhar da maioria e dos próprios usuários mesmo entre eles assim. Eles fazem uma medida de quem é – muitas aspas- mais louco e menos louco, então eu tenho um problema, estou aqui, mas eu não sou tão doido quanto ele, então tem muito preconceito, muito preconceito nesse espaço.

Técnico 03: Acho que ela tem esse preconceito, é carregado lá de antes da reforma psiquiátrica de achar que o louco não tem voz, de achar que o louco não tem vez e acho que a sociedade ainda tem certo preconceito diante disso. Pode repetir a pergunta. [Se você acha que sociedade vê de forma diferenciada quem tem transtorno mental e quem não tem?] Eu acho que hoje ela ainda tem esse tipo de pensamento, de achar que eles não são capazes quem tem transtorno mental e os normais, os normativos que a gente chama acham que essa população devia estar em um lugar distante da sociedade. E eu acho que o meu trabalho hoje dentro do serviço CAPS está exatamente no lado contrário dessa corrente de pensamento. Exatamente nessa reinserção social, nessa redescoberta de potencialidades e a descoberta do reconhecimento das fragilidades que cada um tem. Independentemente de ter transtorno mental ou não, a gente aí tem dentro da nossa construção humana potencialidades e dificuldades. Então, essa diferença aí na sociedade ainda existe

²⁵ A letra “X” substitui um nome de cidade nesta resposta.

então eu acho que o trabalho dos profissionais dentro do CAPS está em trabalhar essa corrente contrária a esse pensamento.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que as pessoas veem quem faz tratamento de saúde mental com igual credibilidade a quem não faz?

Morador 01: *Tem. [Tem?] [trecho inaudito] falavam palavrão para as funcionárias, tudo isso. [Não fala palavrão? Não fala você falou?] Respeita as funcionárias. [Respeita as funcionárias igual?] Respeita. Eu respeito. Eu respeitava as funcionárias lá. [E as funcionárias te respeitam?] Respeitam.*

Morador 02: *Não tem, faz não. [Por que não tem X²⁶?] Doente mental não tem.*

Morador 03: *[Não foi perguntado]*

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que a sociedade vê quem tem transtorno mental com igual credibilidade do que quem não tem?

Cuidador 01: *Se dá credibilidade a quem não tem? [Se você acha que as pessoas que tem contato vê quem tem transtorno mental com tanta credibilidade como qualquer outra pessoa?] Não. Não vê. São poucos. A visão de muita gente é a visão meia xucra ainda, parece uma visão ainda da época imperial que quem manda mais é só aquele que tem dinheiro, aquele que foi estudado. Mas a questão do transtorno mental aí é “ah mas por que não está internado?” “Por que não está em algum lugar?” “por que que ele está aqui?” “Ele não bate, não vai me machucar?” “Ah ele não vai pôr a mão em mim?” Se você que é funcionário você comentar que trabalha com quem tem transtorno mental “nossa”. Você trabalha em residência terapêutica “nossa”. Você trabalha em CAPS, “CAPS o que?” Ah mas não importa, “paciente mental, ah você é corajoso”. Infelizmente você escuta muito isso, de profissional de área ainda.*

Cuidador 02: *Claro que não. A sociedade não vê isso. Se eles puderem sair de perto de uma pessoa que tem problema mental eles vão sair. É um ou outro que você vai ver que tem essa sensibilidade. As pessoas tão muito massacrantes hoje, não tem como, de olhar com um olhar diferente, especial, de carinho, de atenção. Claro que eles fazem diferença sim. Infelizmente, como fazem com velhos, com negros, eles fazem. É só mais um rotulo né, o de deficiente mental.*

²⁶ A letra “X” aqui substitui o nome do entrevistado.

Cuidador 03: *Não entendi. [Se a sociedade vê quem tem transtorno mental com a credibilidade igual a quem não tem?] Vê vê, percebe na hora, percebe. [Percebe o que?] Assim que é doente né. Tem transtorno.*

- Pergunta aos Técnicos: Você acha que a sociedade vê quem tem transtorno mental com igual credibilidade do que quem não tem?

Técnico 01: *Acho que não, credibilidade no sentido do que ele fala ser visto como verdade? [Uhum] Eu acho que não, acho que não é visto, é confundido ou colocado junto com transtorno mental que a pessoa seja confusa, que a pessoa crie situações, acho que isso tem muito essa ideia, que todos os transtornos são iguais e que todo mundo que tem transtorno não vai ter uma condição de talvez diferenciar, de um olhar crítico sobre o que acontece.*

Técnico 02: *Acho que não, acho que a sociedade desabona a priori quem tem transtorno mental, tem muitas pessoas que a gente percebe no trabalho que consideram toda pessoa com transtorno mental já como incapaz, então, por exemplo, essa coisa da interdição né, não é todos os casos, por sinal é a minoria deles. Mas, para muitas pessoas isso fica até como pré-requisito, quem tem transtorno mental não pode responder por ele mesmo, inclusive usuário de droga, tem essa interpretação. Por exemplo, o cara é dependente de craque ele não pode responder por ele, ele não sabe o que ele quer, ele não pode decidir, então as pessoas acabam desabonando muito, desacreditando muito as pessoas que tem transtorno mental. Isso acontece também dentro dos serviços, eu vejo por exemplo que tem muitos profissionais lá que exigem a presença de alguma pessoa da família no atendimento, poxa é um CAPS adulto, a maioria das pessoas que está ali tem condições de responder por si só e não tem necessidade de um acompanhante em tudo que a gente faz. Mas, tem essa visão inclusive dos trabalhadores de que ah, melhor vir a mãe junto porque melhor do que fazer o acordo só com o usuário, então eu vejo que eles são muito desacreditados.*

Técnico 03: *Acho que a credibilidade é muito menor, as pessoas dão uma credibilidade muito menor para quem tem transtorno mental de quem não tem. Exatamente por isso, por não conhecer, por desconhecimento da patologia, por desconhecimento da condição de saúde que o indivíduo apresenta naquele momento e acho que fica exatamente nisso, fica no biológico, fica na doença e não pensa que nesse indivíduo de maneira muito mais ampla, que ele tem habilidades, ele tem competência para desenvolver qualquer outra coisa como qualquer outra pessoa. Não*

porque ele tem um problema de saúde mental que ele é maior ou menor que outra pessoa.

- Pergunta aos moradores dos SRT: As pessoas que fazem tratamento de saúde mental são tão respeitadas no mundo artístico quanto as que não fazem?

Morador 01: *Tem.*

Morador 02: *É [É respeitado?] [não respondeu].*

Morador 03: *Não.*

- Pergunta aos Cuidadores: As pessoas com transtorno mental são tão respeitadas no mundo artístico quanto as que não têm?

Cuidador 01: *Não, não são tão respeitadas assim. No mundo artístico e no outro. No mundo comum, no nosso é muito diferente. No mundo artístico podem ser respeitados como eu te falei, tem que ter dinheiro. O dinheiro fala mais alto, o dinheiro compra tudo. É uma coisa feia de falar, mas infelizmente a sociedade acaba mostrando isso para a gente. Se você tem dinheiro você consegue, agora se você não tem nem queira, você consegue também, mas não do jeito que muitos querem. Tem gente que tem dinheiro, mas é uma coisa difícil de falar sobre isso.*

Cuidador 02: *Com algumas exceções são sim, são respeitados sim. Eu vejo porque, nós estamos falando do mental né, mas eu vejo down, eu vejo autistas, eu vejo umas entrevistas legais sobre carinho nesse sentido, sobre pessoas que realmente se emocionam, vê ou ajudar, acho que mental também.*

Cuidador 03: *Não sei.*

- Pergunta aos Técnicos: As pessoas com transtorno mental são tão respeitadas no mundo artístico quanto as que não têm?

Técnico 01: *Tô ouvindo a pergunta, são tão respeitadas no mundo artístico, se os artistas respeitam essas pessoas? [Se os artistas que tem transtorno mental são respeitados?] Fazendo uma referência em relação ao que a gente trouxe, eu acho que as pessoas com transtorno mental na mídia a gente não vê muito, mas eu acho que a inserção deles é muito difícil, se eles são respeitados ou não, como que é? [Se as pessoas que tem transtorno mental são tão respeitadas no mundo artístico do que as pessoas que não tem?] Não, entendendo o respeito como você levar a sério a pessoa. Eu acho que não.*

Técnico 02: *Também é uma pergunta difícil, acho que a gente consegue responder essas perguntas da mesma maneira que a gente responde questões de raça. Olha lá na televisão, tem bastante gente com transtorno mental? Não, então eu acho que o acesso não é fácil, acho que pela representatividade fica mais fácil da gente perceber essas coisas. Então, alguém vai interpretar uma pessoa com transtorno mental, geralmente não é uma pessoa que tem transtorno mental, é um artista fazendo esse papel. Então pessoas com transtorno mental é difícil você ver no teatro, no cinema, na TV, pessoas com transtorno mental grave que compromete a autonomia, enfim, é difícil se sentirem representadas, acho que enfim isso é um indicativo de que isso não é fácil, até porque o que vem antes disso é possibilidade de estudo, de acessar esses espaços e isso é prejudicado pela questão do preconceito. Então, muitas vezes a pessoa nem chega nesse local para poder ser ou não selecionada.*

Técnico 03: *Eu acho que a arte ela tem um poder de potencializar a vida de qualquer pessoa seja na maneira mais sensível de olhar esse indivíduo e não ter certa diferença, porque a arte ela aparece exatamente nesse sentido para sensibilizar o outro que o outro é humano como qualquer um de nós. Então eu acho que no mundo da arte qualquer pessoa é aceita sem discriminação. Eu acho que o mundo da arte seria, a arte seria um dispositivo de fortalecimento que esse indivíduo tem direito, que ele pode voltar para a sociedade e que ele pode demonstrar através de pinturas, de danças, de teatro, de canto, as manifestações artísticas que ele também é capaz de fazer qualquer outra coisa como qualquer outra pessoa.*

4.3.2 Interpretação

A nossa percepção de como os outros nos vê parece ser de extrema importância na contemporaneidade. Como foi visto anteriormente, antigas reflexões como “o que sou?”, ou até mais recentes, de cunho capitalista, como “o que tenho?”, são menos importantes para uma sociedade voltada aos espetáculos midiáticos, e se algum tipo de reflexão se faz importante é “o que pareço?”. A vida midiática toma forma no saber e no agir contemporâneo de crianças a adultos, ditando comportamentos e pensamentos, numa necessidade crescente de modulação corporal e agregação às inúmeras tecnologias cosméticas, renovadas

periodicamente, e que indicam valoração social. A visibilidade que cada um tem torna-se indicativo de sua valoração social.

Para as pessoas com psicose, que por tanto tempo foram excluídas de qualquer valoração social, pois estavam abandonadas em hospitais psiquiátricos, o olhar que a sociedade tem sobre eles ainda é bastante excludente, e isto inclusive é um obstáculo a fazerem novos vínculos afetivos, como foi visto em categoria anterior. Além de todos os problemas que existe em se ter dificuldades de se fazer novos vínculos quando todos os vínculos do passado foram perdidos devido às internações de longa permanência, perceber que o outro não nos acha interessante, ou que os outros denigrem nossa imagem, torna cada vez mais difícil a aceitação de nossa autoimagem.

Desta forma, boa parte dos participantes referem uma não aceitação por parte da sociedade de quem tem transtorno mental. O Morador 01 sentiu isto na pele: “Ahh sim, gracinha, ficam fazendo gracinha com pessoa que não conhece né. [...] Eu conversava, eu respeitava as pessoas. Tem que conversar com respeito” (sic). O respeito aqui aparece como uma comprovação de que aquela vida é digna. Já o Morador 02 associa a forma como os outros lhe veem às ordens que lhe dão para tomar seus remédios, bem como à realização de seus trabalhos na casa. Ver o psicótico como alguém a ser controlado e que não consegue gerenciar a própria vida faz parte da herança que a política manicomial deixou no imaginário social. Isto é tão importante para a determinação do lugar do psicótico na sociedade que reverberações disto apareceram ainda em duas categorias. Desrespeito e ordens excessivas acabam erigindo um muro onde, de um lado, estão as pessoas qualificadas, dignas de respeito, e que sabem gerenciar suas vidas e o meio social. Do outro lado, aqueles que são desqualificados, que nem sabem gerenciar suas vidas e por isso devem ser controlados. Por esta ótica, os psicóticos são incluídos no meio social apenas através de sua exclusão, e isso indica uma semelhança lógica entre o ordenamento jurídico e o homo sacer.

Esta exclusão é confirmada, além dos moradores, por todos os cuidadores e por todos os técnicos participantes. O Cuidador 01 inclusive fala de preconceitos absurdos em relação aos transtornos mentais que aumenta ainda mais a exclusão social: “É porque a sociedade vê o que, o que você faz, ele não olha, se vê que uma pessoa tem problema mental “nossa tem problema mental, não vamos chegar perto porque acho que pega”. Nem sabe o que é, por que a pessoa tem aquilo, ou o que a

pessoa tem, é só, tem medo até de pegar na mão, acha é contagiosa” (sic). O Cuidador 03 refere que “São muito discriminados né!” (sic), o Técnico 01 justifica essa discriminação por ser “muito difícil lidar com o diferente” (sic), e o Técnico 02 considera o equipamento de saúde mental CAPS uma ferramenta de mudança desta discriminação.

Já o Técnico 02 faz uma fala fundamental para esta pesquisa: “Acho que o imaginário das pessoas está muito por aí, se tem uma pessoa que tem transtorno mental ou ela vai me envergonhar ou ela vai me agredir, acho que é um olhar da maioria e dos próprios usuários mesmo entre eles assim. Eles fazem uma medida de quem é – muitas aspas – mais louco e menos louco, então eu tenho um problema, estou aqui, mas eu não sou tão doido quanto ele, então tem muito preconceito, muito preconceito nesse espaço” (sic). Embora esta fala será melhor trabalhada no item 4.7, sobre a inferência integradora, aqui já podemos pontuar dois aspectos importantes: o primeiro é que existe um receio fantasmático de que estar perto de alguém com transtorno gerará prejuízo de alguma forma a minha pessoa, seja físico ou moral, e por isto eu tenho que ficar longe dela. Este receio é apenas mais uma justificativa dentro do vasto repertório de justificativas para deixar excluída a pessoa com psicose. O ser “contagiosa”, como falou o Cuidador 01 também está dentro deste repertório de justificativas que constitui o muro da exclusão; o segundo ponto, e esse sim mais importante para a presente pesquisa, é fazer a medição entre pessoas mais e menos loucas. De certa forma, este tipo de medição subverte esta ideia de muro, de separação entre quem é normal e quem é louco, e poderia até ajudar na superação da exclusão, pois as fronteiras entre normal e loucura seriam menos fixas, já que todos poderiam ser entendidos como loucos, variando apenas a intensidade de suas loucuras. Mas o que veremos na inferência integradora é como isso é usado de uma forma mais cruel que a simples divisão de normais e loucos.

Este contexto de exclusão social do psicótico também é refletido em sua falta de credibilidade perante a sociedade, de tal forma que, quanto a ter credibilidade, o Morador 02 fala que “Doente mental não tem” (sic). Para o Cuidador 01, o psicótico não só não tem credibilidade na sociedade, como, para algumas pessoas, nem deveria estar circulando livremente, pois deveriam continuar internados. O Cuidador 02 compartilha da mesma opinião, e para ele assim que as pessoas percebem que alguém tem transtorno mental, elas saem de perto.

Os três técnicos também concordam que quem tem transtorno mental não tem credibilidade social. Para o Técnico 02 este descrédito está associado ao meio social enxergar os psicóticos como incapazes, e o Técnico 03 refere que as pessoas não pensam que quem tem transtorno mental também pode ter competências e habilidades sociais.

Embora as opiniões sobre a falta de credibilidade do psicótico no meio social se deem quase como consenso entre nossos participantes, a inserção do psicótico no mundo artístico não seguiu o mesmo caminho, surgindo falas bem distintas. Exemplos desta diferença está entre o Cuidador 01 e o Cuidador 02. Enquanto o primeiro refere que quem tem transtorno mental não é respeitado no mundo artístico, e que na verdade só é respeitado na mídia quem tem dinheiro, o segundo refere que são respeitados sim. Só que a fala do Cuidador 02 vai no sentido das pessoas com transtorno mental serem foco das matérias dos programas, e não delas serem quem apresenta os programas. Os psicóticos servem para ser os objetos dos programas, mas não seus sujeitos. Quando às falas dos técnicos, também houveram discrepâncias. Enquanto os técnicos 01 e 02 referiram que quem tem transtorno mental não está inserido no mundo artístico, o Técnico 03 referiu que no mundo artístico qualquer pessoa é aceita sem discriminação.

A fala do Técnico 03 parece ser bem problemática, já que dizer que qualquer pessoa é aceita no mundo artístico parecer tamponar a existência daquilo que vimos por montagem perversa. A montagem perversa está na contramão desta visão de que a arte legitimaria todas as formas de alteridade, pois, primando por manter o poder dos meios de comunicação já consolidados, a montagem perversa tenta garantir o maior número possível de subjetividades homogêneas, já que tudo é produzido na mídia para formar uma única forma de ver os acontecimentos sociais (SODRÉ, 1987). A montagem perversa, desta forma, tenta inserir um tipo de visão de mundo que favorece a perpetuação das relações de poder já postas em detrimento de todas as outras visões de mundo. A psicose, como uma visão de mundo radicalmente outra, certamente não está representada pela montagem perversa. Mas talvez o fato do psicótico, por sua própria construção da realidade ter parâmetros outros que não o da massa neurótica, encontremos neles formas de resistência da montagem perversa e de um discurso totalitário.

4.4 O PSICÓTICO ENTRE O CONTROLE ANIQUILADOR E A LIBERDADE ACOMPANHADA

Nesta categoria foram agrupadas as perguntas 6 – sobre liberdade nos hospitais psiquiátricos, 7 – sobre liberdade nas residências terapêuticas, 10 – sobre controle em saúde mental, 11 – sobre leis, direitos e deveres em saúde mental, e 12 – sobre controle no lazer em saúde mental.

4.4.1 Descrição

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que quem mora em Hospital Psiquiátrico é livre?

Morador 01: *Tem.* [Quem mora num hospital psiquiátrico? De sair, conversar?] *É.*

Morador 02: *Hospital X*²⁷. [Você acha que é livre quem mora em hospital psiquiátrico? Tem liberdade?] *Acha que tem liberdade? Ou não?]Não tem.*

Morador 03: *Não tem liberdade.*

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que quem mora em Hospital Psiquiátrico tem liberdade em viver?

Cuidador 01: *Eu digo que viver em transtorno mental, quem já vive de muitos anos não tem essa mesma liberdade que eu e você, de ir e vir. Eu acho que ele vive muito recluso, não tem essa liberdade não. Liberdade acho que não sabe nem o que é. Para ele estando ali ele está liberto, não sabe nem o que é. Não sabe nem o que é pegar um ônibus. Eu mesmo quando saio, eu já levei a X*²⁸ *para pegar ônibus comigo, que é uma das moradoras, achou o máximo “nossa vamos passar a catraca vamos”. Já é uma alegria, para nós é uma coisa boba mas para eles não. Coisas poucas igual andar de elevador, eles têm medo mas você começa a mostrar que não vai cair, eles vão se acostumando, vão gostando e vão andando. Mas imagina uma pessoa que já tem muitos anos lá dentro, nunca vai sair, coloca uma pessoa dessas para andar dentro de um ônibus, não sabe nem por onde que entra. Tem que levantar o pé, tem que sentar, tem que segurar como que é? Não sabe.*

²⁷ A letra “X” nesta resposta substitui o nome do Hospital Psiquiátrico em que morou.

²⁸ A letra “X” substitui o nome de uma moradora nesta resposta.

Cuidador 02: *Não conheço muito, só de ouvir falar, mas, pelo que eu ouço, pelo que eu li eu penso que não. Não tem liberdade para nada. É lei, é regra e pronto. Não vai sair daquele sisteminha nunca.*

Cuidador 03: *Acho que ter liberdade, como assim? Não entendi a pergunta. [Ter liberdade em fazer as suas coisas, ter liberdade em ser uma pessoa autônoma?] Acho que desde que a pessoa tenha condições, tem condições de dizer eu vou fazer isso, a pessoa gosta de fazer aquilo, daí sim. [Nos hospitais psiquiátricos?] Sim.*

- Pergunta aos Técnicos: Você acha que quem mora em Hospital Psiquiátrico tem liberdade em viver?

Técnico 01: *Acho que não, acho que não tem. Em alguns casos que eu acompanhei de pessoas que ficaram em hospital foi momentâneo, foi momento de crise, mas já nesses momentos elas não tinham a liberdade delas era bastante tolhida, tipo está numa instituição, tem os horários da instituição, o almoço, tomar banho, a ligação, a visita é tudo muito tutelado, tudo muito limitado, os vestuários, não podem usar as roupas que querem, as ações, tem gente que queria namorar, não pode namorar, quer comer alguma coisa diferente, não pode comer, eu acho que a liberdade delas fica bem restrita.*

Técnico 02: *Acho que não. Eu nunca visitei um hospital psiquiátrico funcionando, já visitei uma comunidade terapêutica, mais de uma na verdade, que eu acho que é um modelo bastante semelhante, mas não posso dizer com certeza porque nunca visitei um hospital, mas pelo modelo imagino que seja bem semelhante. E a minha experiência visitando a comunidade terapêutica é justamente do oposto, as pessoas não tem liberdade para fazer ligação, não tem liberdade para sair, não tem liberdade para ser visitadas, não tem liberdade para conversar com as pessoas da família delas, até a interação entre os sujeitos lá dentro é bastante limitada. Teve uma comunidade que eu visitei que as pessoas eram trancadas por fora nos quartos na hora de dormir, então o que menos eu vislumbrei foi liberdade. Assim tem muita coisa, muita restrição, muita regra, liberdade é o mínimo assim, quase nada, liberdade de existir no máximo.*

Técnico 03: *Eu acho que o hospital em si não é um lugar de moradia, acho que isso já começa aí. O hospital deveria ser um lugar onde as pessoas ficam internadas quando tem algum problema de saúde e vão lá para se tratar. E se a gente for pegar os hospitais psiquiátricos eles trabalham nessa mesma linha, fechado em quatro paredes e as pessoas moram lá. Diferentemente de um hospital comum que as*

peessoas recebem alta, as pessoas moram lá nos hospitais psiquiátricos, tipo manicômios, por muito tempo. Então eu vejo que os hospitais psiquiátricos... Repete. [Você acha que quem mora em hospital psiquiátrico tem liberdade de viver?] Eu acho que o hospital não é um lugar para isso, para as pessoas morarem no hospital, acho que essa liberdade é muito restrita e as pessoas tem direito de ir e vir, comer, tomar banho, fazer as atividades básicas do dia dia. Mas eu acho que o hospital não é o melhor lugar então pra pensar nessa liberdade e nem nesse acompanhamento terapêutico que o hospital não dá conta em si, é preciso outro serviço de saúde.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que quem mora em Residência Terapêutica é livre?

Morador 01: *Tem. [Você acha que tem mais ou menos liberdade?] Mais liberdade. [Tem mais liberdade quem mora na residência?] É.*

Morador 02: *[trecho inaudito] É livre nas residências. [É livre nas residências, você é livre nas residências? Já morou em quatro?] Já morei em quatro.*

Morador 03: *Aqui é legal, aqui eu faço de tudo, varro o chão, arrumo meu quarto, dobro minha coberta, passo produto no chão, na pia, tudo isso que eu faço.*

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que quem mora em Residência Terapêutica tem liberdade em viver?

Cuidador 01: *Tem. São muito bem tratados. De uma visão geral eles são muito bem tratados, cada um com seu transtorno, quem quer sair todos podem. A gente já fez, a maioria deles tem conhecimento do território, tem morador aqui que já sabe ir e vir, voltar sozinho tranquilo. Ir no mercado comprar uma bala, comprar um refrigerante sozinho, e se sente liberto, se sente bem.*

Cuidador 02: *Como aqui são 8 pessoas, são 8 moradores eu acho que eles têm muito mais liberdade, tem, tem visita, tem a saída, que eles podem estar indo para o CAPES, fazer exercícios, então eu acho que tem sim. Acho não, penso que sim.*

Cuidador 03: *Tem.*

- Pergunta aos Técnicos: Você acha que quem mora em Residência Terapêutica tem liberdade em viver?

Técnico 01: *Eu acho que tem mais liberdade de viver, eu acho que daí entra nos limites que inclusive a gente tem, quando a gente vive se for ver se tem liberdade de fazer as*

nossas coisas. Eu acho que lá tem bem mais entre algumas outras questões eu acho que quem mora com seus familiares também vai ter os seus limites talvez entre umas questões dependendo da instituição de novo comparando com o abrigo as vezes você está em um lugar como um lar, mas é uma instituição colocar os limites de até onde vai a liberdade, as questões de uma casa e as questões de organização da instituição acho que tem um pouco de conflito nesse sentido é um pouquinho mais.

Técnico 02: Eu acho que quem mora em residência terapêutica, pela proposta, pelo modelo tem mais possibilidade de explorar suas liberdades, acho que como a residência ela necessita dos cuidadores e dos trabalhadores muitas vezes essas pessoas que trabalham não tem muita capacitação com relação ao que é aquele serviço e elas acabam tutelando muito as pessoas que moram na residência. Então ao invés de elas favorecerem a autonomia, elas ficam ali servindo de babá para as pessoas e aí eu acho que elas acabam impedindo o desenvolvimento da autonomia e acabam prejudicando a liberdade daquelas pessoas que estão lá. Mas eu acho que pelo modelo, ter a possibilidade de sair, ir e vir, escolher o horário de tomar banho, comer, já é uma liberdade muito maior que tem num hospital psiquiátrico, mas eu acho que se a gente investisse mais em capacitação das pessoas que trabalham, que dão apoio dentro das residências eu acho que poderia explorar mais essa possibilidade de liberdade.

Técnico 03: Eu acho que a residência terapêutica ela vem de uma proposta muito bacana, então não é o melhor lugar também a residência terapêutica, como eu falei numa pergunta anterior, o melhor seria, mais interessante que a família recebesse esse usuário para que ele não pudesse chegar a essa condição. Mas eu acho que a residência terapêutica é um espaço, é uma estratégia então para a gente poder cuidar da saúde mental desse indivíduo com transtorno mental. Talvez seja uma estratégia aí que a sociedade, que as políticas públicas encontraram de dar um olhar mais ampliado a esse sujeito que não tem para onde ir, que não tem suporte familiar, que não tem [trecho inaudito]. Então acho que nessa perspectiva ela ajuda, mas não seria o lugar ideal né. Talvez ele tenha sim uma certa liberdade para ter a maneira de fazer as suas questões de vida diária porque ele vai ter que se virar, vai ter que aprender, mas acho que ainda não é o melhor lugar. Mas acho que minimamente ele tem sim uma liberdade de poder produzir o que ele quer.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que as pessoas dão mais ordens no dia-a-dia a quem faz tratamento de saúde mental em relação a quem não faz?

Morador 01: *Dá mais ordens.* [Dá mais ordens?] *Dá. Eles brigam. No hospital os funcionários amarravam.* [Os funcionários amarravam?] *Amarrava na cama.* [Quando você estava no hospital?] *Quando eu estava no hospital. Amarrava um monte de menina na cama. Aprontava eles amarravam na cama.* [E brigavam também?] [trecho inaudito] *amarrava o dia inteiro elas, depois do almoço não soltava mais.* [E ficava amarrada?] *Ficava amarrada. Davam injeção, tinha um médico que era ruim lá, amarrava tudo as meninas. Doutor X²⁹.* [Ele fazia o que?] *Entupia as meninas de remédio.* [Dava muita medicação?] *É. Muita medicação. Dava direto para as meninas.*

Morador 02: *Ordens. Recebe.* [E o que você acha disso?] *Eu acho bom.* [Por que você acha bom?] *Eu acho bom por ser mental. Arrumar um serviço na roça, trabalhar na roça, plantar feijão, plantar milho, plantar tudo.* [Você acha que por isso se consegue trabalhar?] *É.*

Morador 03: *Como assim?* [Pra fazer as coisas do dia dia, você acha que recebe ordens?] *Varrer?* *Eu varro aqui.* [Você já faz por você?] *Eu já faço comigo, por mim.* [E no hospital psiquiátrico? Você recebia muitas ordens?] [Não respondeu.]

- Pergunta aos Cuidadores: No cumprimento das atividades diárias, você acha que a sociedade dá mais ordens a quem tem transtorno mental em relação a quem não tem?

Cuidador 01: *Sim, sim. As pessoas gostam muito de ficar opinando, opinam muito nas pessoas. Opinam muito em quem trabalha com transtorno mental e quem tem transtorno mental eles não querem dar ordem, eles querem debochar. Ficam nossa, olha ali olha ali, não chega perto não. Não é assim que funciona, não deveria ser.*

Cuidador 02: *Eu penso que não. Eu acho que eles cobram mais de quem está cuidando do que deles mesmo. Que nem no caso aqui, foi aberto porque a pessoa que estava aqui tomando conta, administrando, ela gosta de verdade, faz bem para ela estar aqui, então não tem como tratar diferente, chamar mais a atenção deles. Claro que existe uma hora que tem umas regras que devem ser cumpridas, é banho,*

²⁹ A letra "X" foi usada para substituir o nome do médico que atendeu o morador na época em que morava no Hospital Psiquiátrico.

é escovar os dentes, tem que estar tudo em ordem, nessas horas se não faz claro que tem que chamar a atenção. É como se fosse filho, filho não fez você dá uma bronca para fazer, você vai falar mais alto ele vai te entender melhor, porque se não fica sem limites, tem que ter infelizmente.

Cuidador 03: *Acho que, com certeza.*

- Pergunta aos Técnicos: No cumprimento das atividades diárias, você acha que a sociedade dá mais ordens a quem tem transtorno mental em relação a quem não tem?

Técnico 01: *Acho que sim, acho que essa ideia de que eles precisam ser tutelados, que eles não sabem fazer, eu acho que dá sim. De novo remetendo acho que um pouco ao abrigo que a gente tinha um adolescente com transtorno, nossa... ele... todo mundo queria mandar no coitado, era realmente acho que tinha uma diferenciação. Não sei se também achavam que era mais fácil mandar nele, que podiam mandar nele, acho que ele sofria muito mais do que os outros adolescentes, com relação aos outros adolescentes acho que tinha uma confiança maior de deixar que eles pudessem fazer um pouco mais as coisas deles e os que tinham transtorno sempre estavam no pé.*

Técnico 02: *Nossa, essa pergunta é difícil de responder, agora assim eu não consigo pensar com muita clareza nisso, mas o que eu vejo dos usuários do capes é que principalmente dentro do âmbito familiar eles são muito tutelados pelas pessoas que para eles conseguirem fazer algo mínimo eles precisam se esforçar e reivindicar muito, mas então eu acho que nessa micro sociedade isso acontece com certeza na macro e reproduz. Nós mesmos os trabalhadores do capes muitas vezes fazemos isso né, a gente acaba direcionando muito, o que os usuários têm que fazer, para onde eles têm que ir e a gente mesmo acaba no automatismo tirando a autonomia deles. Então, de uma maneira geral sem muita convicção acredito que sim, essas pessoas são bastante orientadas e subordinadas a diversas hierarquias o tempo inteiro, muitas dessas hierarquias não são nada legítimas, mas são postas ali né.*

Técnico 03: *Acho que esse olhar está sendo mudado hoje, eu não se seria ordem na verdade, eu acho que ele minimiza o indivíduo que tem o transtorno mental. Então, se for pegar nessa linha de raciocínio eu vou mandar ele porque ele tem um transtorno mental então ele tem um pensamento, uma linha de raciocínio muito menor. Mas, acho que nessa questão não sei se tem essa diferença. Eu acho que sim, quando descobre*

que a pessoa tem um transtorno mental acho que aproveita disso, aproveita dessa situação para continuar minimizando. Mas, acho que isso vem mudando, não sei se isso seria um ponto de quem tem e quem não tem para dar ordem.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que devem existir leis, direitos e deveres diferenciados para quem faz tratamento de saúde mental? Diferentes em que? Por quê?

Morador 01: *Sim. [Deve existir? Por que você acha?] Porque é bom né. Trabalhar um pouco, estudar. Eu estudava antes em X³⁰ numa escola lá. Muitas coisas fazia. Nós limpava e capinava as coisas lá. O rapaz que me levava para a escola lá chama Y³¹, levava todo dia lá na escola. As carteiras de escola também.*

Morador 02: *Mas faz. [Deve existir?] [não respondeu].*

Morador 03: *[Não respondeu.]*

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que a sociedade deve ter leis, direitos e deveres diferenciados para quem tem transtorno mental? Diferentes em que? Por quê?

Cuidador 01: *Leis depende da lei, deveres acho que deveria ter, não diferenciado, acho que ter. Vou dar um exemplo, a pessoa com transtorno mental não pode estar trabalhando certo horário, não consegue estar trabalhando, não consegue levantar muito cedo por causa da medicação, então só consegue entrar no serviço 10 horas. Acho que deveria ter esse felling da pessoa ir no médico, o médico fazer um documento falando olha por conta da medicação que ele tem que tomar tal dia ele tem que trabalhar das 8 às 5 ele vai trabalhar das 10 às 7. Deveria ter um pra poder ajudar e não só pra não maltratar, com a questão do horário de serviço, de um tá cuidando do outro, de coisas assim mais ou menos.*

Cuidador 02: *Sim. Diferentes em que, mesmo porque eles já são deficientes mentais, você não pode deixar uma liberdade, tem que ter uma diferença mesmo. Você não pode dar liberdade total financeira por exemplo, ele tem o benefício tem que ter um responsável para receber. Eu acho que sim, que tem que ter.*

³⁰ A letra "X" substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

³¹ A letra "Y" substitui o nome de um rapaz nesta resposta.

Cuidador 03: *Ah sim. Você tratar por igual né, você vai fazer isso vai fazer aquilo, vou dar um emprego para você, uma atividade para você, para dizer eu vou ver a mente da pessoa né, entendeu.*

- Pergunta aos Técnicos: *Você acha que a sociedade deve ter leis, direitos e deveres diferenciados para quem tem transtorno mental? Diferentes em que? Por quê?*

Técnico 01: *Acho que sim, por conta da equidade sim, de garantir um acesso mais equiparado, mais igualitário aos direitos, as condições, acho que tem que ter.*

Técnico 02: *Eu acho que do ponto de vista da equidade é muito importante, a gente tem que tomar muitos cuidados porque ao mesmo tempo que a gente quer respeitar o direito de quem tem algumas questões que são mais específicas a gente acaba caindo num lugar de discriminação, a gente acaba tendo um vagão só pra mulheres no metro né. Então, acho que é uma coisa difícil de fazer assim, a gente pensar políticas e atendimentos e especificidade das pessoas com transtorno mental sem que isso gere discriminação. Mas, eu vejo como algo importante sim, acho que do ponto de vista da equidade são necessidades diferenciadas para serem olhadas de maneira diferente, não podem ser niveladas todo mundo e dizer não é isso aí para trabalho, se não existe uma lei de cotas, quem tem transtorno mental não conseguem acessar, não adianta a gente fingir que elas conseguem, seria muito bacana, mas não conseguem. Então, enquanto a gente não tem educação pra isso e um trabalho de verdade pra mudar um pouco essa realidade eu acho que é necessário sim ter uma orientação mais específica, uma formulação legal que tenha mais direcionamento, acho que até o que a gente tem hoje é meio generalizado, fica muito fácil até, por exemplo a própria lei de cotas é uma lei de cotas pra pessoas com deficiência, o transtorno mental é um tipo de deficiência mas a maioria das empresas não considera, então é deficiente se for físico, se for visual, se for auditivo, se for mental não é deficiente então não precisa, então é uma questão que necessita de especificidade eu acho.*

Técnico 03: *Eu acho que leis a gente vai construindo com essas políticas públicas que estão sendo criadas. Então, o surgimento dos CAPS é uma lei que está implementada e que está sendo efetiva em cuidado com a saúde mental. Mas, eu acho que essa discussão é muito mais ampla. As pessoas com deficiência física têm leis específicas, tem a questão de cotas, então acho que sim. Em um primeiro momento acho que*

deveria ter espaços para que essas pessoas tenham essa reinserção social, essas pessoas com transtorno mental tenham essa reinserção. Como eu falei anteriormente, a sociedade ainda tem muito preconceito para disponibilizar trabalho, para disponibilizar espaços para lazer, para a cultura acho que isso é muito pequeno ainda. Então, acho que isso seja positivo, de lei, qualquer outro que possa vir beneficiar essa pessoa com transtorno mental, eu acho que é importante. Mas em algum momento eu acho que essa pessoa vai conseguir voltar as atividades normais do dia dia, prestar um concurso, prestar um vestibular, como qualquer outro indivíduo ai que está no mesmo patamar, mas acho que essas leis são importantes exatamente para a gente assegurar o direito que essa pessoa com transtorno mental tem.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que as outras pessoas querem ter maior controle a quem faz tratamento de saúde mental quando estes vão para shows e festas do que quem não faz?

Morador 01: *É. Controle.* [As pessoas controlam mais?] *Isso.* [interrupção] *Na casa da [trecho inaudito], ele levava pro terminal comprar um monte de cigarro [voz diferente].*

Morador 02: *Eu vou.* [Você vai?] *Vou no X³², vou no CAPS aqui.* [Você foi sozinho? Ou você foi com alguém?] *Eu fui sozinho.* [Aí você vai, se diverte e depois volta?] *Aí eu fui até quebrar o [trecho inaudito] Pitar cinzero. Eu acho melhor.*

Morador 03: *Não fui.* [Por que você não foi?] *Porque não quer ir.* [Por que você não quer ir? Você não gosta de participar?] *Não gosto.*

- Pergunta aos Cuidadores: Para os outros, quem tem transtorno mental deve ter um controle diferenciado quando vai para shows e festas do que quem não tem?

Cuidador 01: *Como assim?* [Se para a sociedade, para as pessoas, a pessoa que tem transtorno mental tem que ter algum tipo de controle diferenciado quando vai para shows e eventos, shows e festas?] *Acho que acompanhado de um familiar tranquilo, tranquilo, tem tantas pessoas assim em festas. Ah tem morador aqui que já foi em aniversário, uma outra paciente lá do capes foi e tinha bebida, tinha tudo e ela não bebeu nada, nem tentou. Todo mundo perguntou pra ela, e ai como que foi ele lá “super tranquilo, me ajudou, ajudou a servir o bolo, dançou, brincou” “e as bebidas?”*

³² A letra “X” substitui aqui um nome de cidade.

“*não nem chegou*”. [E ele foi sozinho?] *Foi sozinho, sozinho.* [E você acha por exemplo que as outras pessoas, quem não trabalha no serviço, não tem contato direto com os moradores, com os pacientes, você acha que essas pessoas acham... [Normal?] *É.* [Você acha que essas pessoas acham que essas pessoas deveriam ter certo controle, só poderia ser se fosse acompanhado, etc?] *Eu acho que não tem não, eu acho que muita gente de fora infelizmente olha estranho ainda olha não tem esse carinho, não tem...* [Quando eles vão sozinhos?] *Quando eles vão sozinhos e quando vão acompanhados também, já olha pra você que está acompanhando, olham pra você, acham estranho.* [Como assim estranho?] *Já não. Todo mundo já chega, te cumprimenta, todo mundo cumprimenta você com abraço, aperto de mão, aquele dia só e longe “e aí, tudo bom” dá um aceno com a mão, mas não chega perto. Não tem contato nenhum. Infelizmente isso ainda tem, tem muito. Isso é uma coisa que não podia ter, mas tem.*

Cuidador 02: *Pra os outros?* [Para as pessoas de uma forma geral quem tem transtorno mental deve ter algum tipo de controle diferenciado na hora de ir para shows, eventos, festas?] *Sim, para eles não se agitarem tanto. Para eles não ficarem muito agitados, porque eu acho que quando eles estão agitados eles ficam com euforia maior, eu acho que aí pode não ajuda-los. Eu acho que tem que ser sempre uma coisa mais tranquila para eles, porque eles são carentes e inseguros. Então acho que quanto mais agitado para eles eu não vejo que seja bom.*

Cuidador 03: *Geralmente eles nem querem chegar perto, tem medo, a não ser quando reúnem todos eles, todos os doentes mentais, aí sim é deles aí. Agora para a sociedade eu vejo discriminação né, são vistos como débil mental, retardado, então isso é coisa que machuca né, quem está por perto escutando né.*

- Pergunta aos Técnicos: Para os outros, quem tem transtorno mental deve ter um controle diferenciado quando vai para shows e festas do que quem não tem?

Técnico 01: *Eu acho que não, eu acho muito difícil colocar esse controle e eu acho que não tem como, na verdade para os outros num sentido, também não sei se eu entendi.* [Na verdade, para a sociedade. Se a sociedade acha que tem que ter algum tipo de restrição quem vai pra shows e festas, quem tem transtorno tem que ter algum tipo de restrição, algum tipo de controle diferenciado.] *Eu acho que fazer um controle assim seria muito complicado, muito difícil, por conta como você falou da*

especificidade, da gama de condições das pessoas, acho que não seria bom, seria complicado.

Técnico 02: Nossa, para os outros? [Para a sociedade de uma forma geral.] É difícil de responder essa pergunta assim, não sei se eu entendi muito bem o objetivo da pergunta. A questão do transtorno mental é diferente de uma deficiência física, por exemplo, que tem os fatores muito mais estabelecidos eu acho, ah o cara tem dificuldade de mobilidade então precisa dessa, dessa e dessa alternativa. O transtorno mental é muito variável de uma pessoa para outra então eu acho difícil a gente conseguir determinar algumas coisas. Então, não é toda pessoa que tem transtorno mental que precisa de apoio para ir num show por exemplo, mas algumas precisam. Então, eu acho que é muito da linha do projeto terapêutico particular, acho que é algo a se considerar, mas avaliar caso a caso mesmo, acho que de uma maneira geral é difícil a gente construir uma proposta que seja suficiente para todas as diversidades, para todas as dinâmicas diferentes, para as maneiras diferentes, para os sintomas diferente, acho que é complexo.

Técnico 03: Eu acho que mais uma vez se a gente está estigmatizando é muito claro isso, isso acontece ainda, de tentar podar o usuário que tem transtorno mental de fazer algumas questões, não pode sair sozinho, não pode pegar um ônibus sozinho, não pode ir no parque se divertir, não pode fazer uma atividade sozinho porque tem transtorno mental. Acho que isso não deve acontecer. Acho que a gente deve trabalhar exatamente contra isso e mostrar no trabalho que a gente faz hoje dentro do CAPS, mostrar que espaço de socialização não é só para as pessoas que não tem nenhum problema de saúde, é também para eles, eles também estão inseridos nesse processo. Eles são seres humanos, então eles precisam sim se apoderar desses espaços e aproveitar de maneira integral como qualquer outra pessoa.

4.4.2 Interpretação

Dentre as palavras que provavelmente ninguém associa a hospitais psiquiátricos está a liberdade. Poucas instituições tem o poder de aprisionamento de todos os aspectos da vida humana como têm os hospitais psiquiátricos, a tal ponto que Goffman (2013) considera uma instituição total. As instituições totais possuem características que as diferenciam das demais instituições sociais: ao passo em que qualquer instituição geralmente possui normas que obriga aos seus participantes

disponham parte de seu tempo à instituição, ou às obrigações para com ela, nas instituições totais o que existe é uma ocupação de todo o tempo dos participantes, inclusive os impedindo de saírem da instituição através de “portas fechadas, paredes altas, arame farpado” (GOFFMAN, 2013, p. 16).

Existem cinco tipos de instituições totais: instituições criadas para cuidar de pessoas inofensivas, como crianças e idosos; instituições criadas para proteger pessoas de outras pessoas, como penitenciárias ou os campos de concentração; instituições criadas como refúgio do mundo ou locais de instrução de religiosos, como os mosteiros; instituições criadas para propiciar um modo mais adequado para realizar tarefas; e por último, o caso dos hospitais psiquiátricos, que são instituições criadas para “cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional” (GOFFMAN, 2013, p. 16-17).

Para Goffman (2013), as instituições totais são um híbrido de comunidade residencial e organização formal, e para isso os internos vivem fechados nestas instituições, totalmente separados de todos os outros meios sociais. Os vínculos da vida pública e da vida privada são quebrados ao estar interno das instituições totais: na vida pública, a participação em uma instituição gera, geralmente, alguma competência monetária, e quem as recebe pode utilizá-la da forma que quiser. Contudo, a recompensa monetária nas instituições totais geralmente não existe, e quando existe o valor só é pago ao terminar sua vinculação em tais instituições totais; na vida privada, o laço com a família é interrompido, quando não desfeitos, com são o caso de nossos participantes. Um espaço doméstico, destinado a intimidade, como é o caso da casa e da família, acaba não existindo mais dentro das instituições totalitárias, onde todo o tempo dos internos é programado e compartilhado em grupo.

Mas talvez, o que mais caracteriza as instituições totais é o que Goffman desvela como sendo sua função principal ser “as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 2013, p. 22). E esta caracterização de Goffman tem muito a ver com a falta de liberdade que a maior parte de nossos participantes exprimiram quanto aos hospitais psiquiátricos.

Os moradores 02 e 03 referiram que quem mora em hospital psiquiátrico não tem liberdade em viver. O Cuidador 02 parece mais incisivo quanto ao que pensa do hospital psiquiátrico: “Não tem liberdade para nada. É lei, é regra e pronto. Não vai sair daquele sisteminha nunca” (sic). Já o Cuidador 01 traz que a falta de liberdade

dos hospitais psiquiátricos gera sequelas que seus internos irão levar para a vida inteira: “Eu acho que ele vive muito recluso, não tem essa liberdade não. Liberdade acho que não sabe nem o que é. [...] Mas imagina uma pessoa que já tem muitos anos lá dentro, nunca vai sair, coloca uma pessoa dessas para andar dentro de um ônibus, não sabe nem por onde que entra. Tem que levantar o pé, tem que sentar, tem que segurar como que é? Não sabe” (sic).

O Técnico 01, que já acompanhou pacientes internados em hospitais psiquiátricos em momento de crise, refere que a liberdade dos pacientes foi “tolhida” (sic) ao entrar no hospital. Refere que nos hospitais todas as ações são tuteladas e devem ocorrer em horários previamente programados. Os internos sempre devem comer e tomar banho no horário determinado pela instituição, não tem escolha quanto ao que vai comer, e até ter um relacionamento afetivo com outra pessoa é proibido.

O Técnico 02, que nunca visitou um hospital psiquiátrico em funcionamento, mas sim uma comunidade terapêutica, pensa que o modelo é semelhante, e que na comunidade terapêutica os internos também não têm nenhuma liberdade, seja para sair, para fazer ligações, para ser visitado, para ter contatos com sua família e nem sequer para poder ter contato com os outros internos. Seu relato é impressionante numa época que deveria ser pós-reforma psiquiátrica: “Teve uma comunidade que eu visitei que as pessoas eram trancadas por fora nos quartos na hora de dormir, então o que menos eu vislumbrei foi liberdade. Assim tem muita coisa, muita restrição, muita regra, liberdade é o mínimo assim, quase nada, liberdade de existir no máximo” (sic).

Já o Técnico 03 afirma que nenhum hospital deveria ser considerado como lugar de moradia, já que a liberdade dentro de um hospital é muito restrita. Quanto ao hospital psiquiátrico, além de não ser adequado para morar, também não é adequado para acompanhamento terapêutico, sendo que este deveria ser feito por outros serviços de saúde.

Moradores, cuidadores e técnicos trazem, então, características que se enquadram perfeitamente bem nas instituições totais definidas por Goffman (2013). Mas, como cada instituição total tem sua própria justificativa social para legitimar suas práticas, a justificativa do hospital psiquiátrico baseia-se num suposto saber sobre seus internos, um saber que nem os próprios internos sabem sobre si mesmos. Sobre isso, Goffman (2013) comenta que mal chegam aos hospitais, os internos já têm todas suas informações divulgadas por toda equipe, inclusive informações que os internos prefeririam esconder. Estas informações são usadas das mais diversas formas,

inclusive constrangendo-os, para que os internos se submetam às regras do lugar e tenham suas individualidades totalmente transformadas:

O fato de aprender a viver sob condições de exposição iminente, e com grandes flutuações de consideração, com pouco controle da obtenção ou perda de tal consideração, é um passo importante na socialização do paciente, um passo que diz algo importante a respeito do que significa ser um internado em hospital psiquiátrico. [...] O internado aprende que as degradações e reconstruções do eu não devem ser muito consideradas, e ao mesmo tempo aprende que a equipe dirigente e os outros internados estão preparados para interpretar, com certa indiferença, as destruições e reconstruções do eu. (GOFFMAN, 2013, p. 139).

O hospital psiquiátrico representa então um novo mundo onde um novo Eu deve ser reconstruído. Só que este novo mundo é dividido entre poder soberano e os internos, que como vimos são vida nua, literalmente, já que são despidos de seus pertences e tem de usar as roupas do lugar, são despidos de seus vínculos e têm de aceitar os vínculos que são impostos a eles, são despidos de suas próprias subjetividades e têm de se reconstruir moldados pelas regras e normas desta instituição total. Neste momento, já parece lógico poder dizer que a psicose pode ser considerada como uma das expressões do homo sacer.

Esta vivência de encarceramento nos hospitais psiquiátricos muda totalmente quando os seus antigos internos vão morar nas residências terapêuticas. A primeira mudança já começa com a nomeação, e não é uma mudança qualquer. Enquanto o lugar que viviam anteriormente se chama hospital, e eles tem status de internos deste hospital, onde vivem agora se chama residência e eles tem status de moradores. Inclusive os participantes deste presente estudo que residem no SRT foram apelidados aqui de Morador 01, Morador 02, Morador 03, e não de internos, pacientes, ou qualquer outra classificação originada do ambiente hospitalar. Desta forma os moradores 01 e 02 falam que se sentem livres ao morar na residência, e o Morador 03 acha “legal” (sic) morar lá, referindo uma série de atividades que gosta de fazer e que tem a ver com o sentimento de intimidade e de se sentir em seu próprio domicílio que os hospitais cercearam de suas vidas.

Os três cuidadores também referem que os moradores têm liberdade não só dentro da residência terapêutica, mas também fora dela, já que esta não é uma instituição total, e seus habitantes podem circular tranquilamente fora do lugar. A relação com o dinheiro também é diferente da que Goffman (2013) atribui às instituições totais. Na residência, como ficou registrado nos dias de observação

participante, os moradores recebem seus próprios benefícios, o Benefício de Prestação Continuada, e o usam para comprar coisas para a casa e para si mesmos. Um dos passeios preferidos de alguns moradores do SRT que pesquisamos é a ida ao *Shopping Center*. A residência certamente se configura como um lugar onde as subjetividades podem florescer sem moldes soberanos.

Para os três técnicos a residência é um lugar onde os moradores podem explorar suas liberdades mas com limitações que são inerentes à toda instituição do serviço público. O Técnico 02 receia que alguns cuidadores, por falta de capacitação, acabem tutelando demais os moradores, e isto seria um impeditivo para seu pleno desenvolvimento como alguém responsável. Já o Técnico 03 embora reconheça a importância dos SRT, refere que o ideal seria que os moradores tivessem uma família para recebê-los. Contudo, sabemos que é justamente por não ter uma família para recebê-los que o próprio serviço das residências foi planejado e implementado em âmbito nacional.

Quanto a receber ordens, todos os moradores referiram já ter recebido ordens, mas cada um remete a momentos distintos de sua vida: O Morador 02 lembrou da época que trabalhava na plantação e o Morador 03 trouxe suas atividades diárias na residência terapêutica. Os dois moradores trazem estas situações valorando positivamente, mostrando a importância do trabalho para a saúde humana, como está discutido em outra categoria aqui. Já o Morador 01 traz uma situação totalmente diferente. Ele volta a lembrar da época que viveu no hospital psiquiátrico, referindo que não apenas tinham mais ordens lá, mas que as pessoas eram amarradas, alguns o dia inteiro, além de que um dos psiquiatras “Entupia as meninas de remédio. [...] Muita medicação. Dava direto para as meninas” (sic).

A postura deste psiquiatra que o Morador 01 fala é condizente ao que Foucault (2006, p. 163) descreve como psiquiatra no “espaço disciplinar asilar”. No espaço asilar, o psiquiatra passa a ser aquele que sabe qual é a realidade que o paciente deve internalizar. Toda a suposição de saber e de verdade no discurso do interno do hospital é ignorada, em favorecimento do estabelecimento da verdade no discurso médico. No espaço asilar não existe a verdade de um sujeito agente, mas o erro de um objeto paciente. O psiquiatra faz tudo que achar necessário para que seu paciente aceite aquela realidade imposta, e é só no momento que a realidade imposta é aceita que a cura ocorre. Podemos dizer então, que a cura, no espaço asilar, é a aceitação

da verdade do psiquiatra. Cessar qualquer liberdade física ou mental do interno é justificável se for para curá-lo.

Enquanto que o Cuidador 03 concorda com os moradores de que quem tem transtorno mental recebe muitas ordens, os cuidadores 01 e 02 apontam que quem trabalha cuidando de quem tem transtorno mental é quem recebe mais ordens, reclamando que as pessoas ficam opinando quanto ao que deve ser feito. Os três técnicos também concordam que quem tem transtorno mental recebe mais ordens, acrescentado que o Técnico 02 origina tais ordens ao sistema familiar, e o Técnico 03 acha que isso está mudando atualmente.

Embora os participantes refiram um excesso de ordens a quem tem transtorno mental, eles também concordam que devem existir leis diferenciadas para garantir a equidade, com a exceção dos moradores 02 e 03 que não opinaram sobre isto. Quanto a se é necessário ter certo controle ao sair de casa, só o Morador 01 refere que se sente controlado. Já as respostas dos três cuidadores indicam que estes acham necessário ter alguém por perto acompanhando ou até controlando as pessoas que tem transtorno mental. Desta forma, o Cuidador 01 fala que: “Acho que acompanhado de um familiar tranquilo, tranquilo, tem tantas pessoas assim em festa” (sic). O Cuidador 02 refere que é necessário para não ficarem “agitados” (sic), além de “tem que ser sempre uma coisa mais tranquila para eles, porque eles são carentes e inseguros” (sic). Já o Cuidador 03 refere que “Geralmente eles nem querem chegar perto, tem medo, a não ser quando reúnem todos eles, todos os doentes mentais, aí sim é deles aí. Agora para a sociedade eu vejo discriminação né, são vistos como débil mental, retardado, então isso é coisa que machuca né, quem está por perto escutando né” (sic). É interessante como os próprios cuidadores que, em determinado momento criticam quem estigmatiza as pessoas com transtorno mental, em outros momentos, são eles mesmo que as estigmatizam, criam estereótipos e criam limitações generalistas.

Já os três técnicos, pelo contrário, além de não estigmatizar as pessoas com transtorno mental, criticam quem estigmatiza e generaliza. Neste sentido, o Técnico 02 fala que: “O transtorno mental é muito variável de uma pessoa para outra então eu acho difícil a gente conseguir determinar algumas coisas. Então, não é toda pessoa que tem transtorno mental que precisa de apoio para ir num show por exemplo, mas algumas precisam” (sic). Já o Técnico 03 vai além de problematizar a questão do controle, e comenta que as pessoas com transtorno mental devem se apoderar dos

espaços urbanos: “espaço de socialização não é só para as pessoas que não tem nenhum problema de saúde, é também para eles, eles também estão inseridos nesse processo. Eles são seres humanos, então eles precisam sim se apoderar desses espaços e aproveitar de maneira integral como qualquer outra pessoa” (sic).

Questões como liberdade e controle são em saúde mental, assim como são em qualquer outro aspecto da vida humana, zonas de conflito nas quais existem diversas opiniões e que, no fundo, representam projetos societários e de legitimação da distribuição de poder. Enquanto o sujeito está encarcerado em um hospital psiquiátrico, psiquiatra e a equipe do hospital estão autorizados a controlar e a cessar as liberdades da forma que quiser pois tem o respaldo de serem os representantes da realidade e os detentores da verdade sobre os internos. Fora do hospital psiquiátrico, é preciso ficar atento para que as pessoas que circulam os psicóticos não se sintam também autorizados em cessar direitos e controlá-los a seu bel prazer. A vida do ser humano é marcada certamente por precisar de suportes sociais, uns mais, outros menos, e quem tem transtorno mental não escapa disto, o problema é quando isto que deveria ser um suporte torna-se máquina de controle de corpos.

4.5 O PSICÓTICO PARA SEMPRE EXCLUÍDO DA UTILIDADE

Nesta categoria foram agrupadas as perguntas 8 – sobre emprego e saúde mental, e a 15 – sobre ascensão e saúde mental.

4.5.1 Descrição

- Pergunta aos moradores dos SRT: Para conseguir emprego, você acha que os empregadores diferenciam quem faz tratamento na saúde mental e quem não faz? Por quê?

Morador 01: [Você acha que teria dificuldade de conseguir emprego X³³?] *Teria.* [Por que você acha que teria?] *Eu trabalhava no sítio né. No sítio lá em Y³⁴. Eu trabalhava no sítio, plantavam, colhiam, melão, mandioca. Tudo isso nós fazíamos lá. A* [trecho

³³ A letra “X” substitui nesta resposta o nome do entrevistado.

³⁴ A letra “Y” está substituindo o nome de uma cidade.

inaudível] *também trabalhava na chácara lá. Trabalhava o dia inteiro, nós ia embora de noite pra casa.*

Morador 02: [trecho inaudível] *Não dá pra arrumar emprego. [Você não pensa em arrumar um emprego?] Eu quero arrumar. [Mas você acha que tem dificuldade?] Tem.*

Morador 03: *Emprego, como assim? [Se você fosse procurar emprego, se você quisesse sair pra arrumar um emprego em algum lugar, você acha que arrumaria?] Não quero. [Você não quer arranjar um emprego.] Não quero arranjar um emprego.*

- Pergunta aos Cuidadores: Na hora da contratação, você acha que os empregadores diferenciam quem tem transtorno mental e quem não tem? Pra quê?

Cuidador 01: *Você fala geral? [No mercado de trabalho.] Sim, depende do lugar em que você vai trabalhar eles já olham, só de olhar, nem sabe se você tem problema ou não tem, só olha para cara, se está com aquela cara de desânimo. Você pode estar desanimado por estar o dia inteiro andando atrás de emprego, sol na cabeça, a pessoa olha e vê que está com aquela cara cansada “ixi aquele ali não, aquele ali está com a cara mais animada, você está, você não”. Não sabe, ninguém tem bola de cristal para saber quem tem transtorno mental, depois de estar trabalhando muitos anos numa empresa você pode pegar um transtorno mental. Eu tenho um exemplo desse negócio de transtorno mental, não vou citar nomes, a pessoa estava numa empresa e ela estava trabalhando ao lado de outra e a amiga levou um tiro, dentro do serviço numa metalúrgica, ela ficou com transtorno mental depois disso. Fala para mim, qualquer um deles ficaria, porque é um susto. Você está trabalhando e então vem uma pessoa de fora e dá um tiro no seu colega de trabalho de muitos anos. Ela não conseguiu mais sair de casa, demorou vários anos para conseguir sair, foi um trabalho muito grande na vida nessa pessoa para ela poder voltar a trabalhar de novo. Só que trabalhar fora não vai mais, não é fácil.*

Cuidador 02: *Ah não, acho até que eles tão involuntariamente, estão por gostar mesmo, não é qualquer pessoa que pegaria uma responsabilidade dessas, se não gostasse, se não fosse por carinho, por amor, por atenção, por querer ver o outro bem. Eu não vejo que tenha diferença disso não. [Mas eu estou perguntando assim, quando alguém vai contratar, uma empresa privada, não sei, supermercados, etc, quando vai contratar as pessoas se elas sabem que alguém tem transtorno mental, você acha que ela age de forma diferente na hora de contratar?] É meio complexo isso né. Se*

tem vaga e eles podem admitir não tem, agora se vai numa empresa que não tem essa vaga, que não tem esse lado e uma pessoa que tem esse transtorno para eles admitir aí tem sim, tem sim. Quando existe uma vaga aberta, independente do que seja ou cadeirante ou qualquer deficiência, eu não vejo que tenha algum transtorno, mas, quando a empresa não tem ela tem sim.

Cuidador 03: Ah sim, são discriminadas né. Muito discriminadas. É difícil dar um emprego para uma pessoa com a cabecinha deles né, mas para eles acho que eles conseguem fazer isso, fazer aquilo né, desde que aprendam né.

- Pergunta aos Técnicos: Na hora da contratação, você acha que os empregadores diferenciam quem tem transtorno mental e quem não tem? Por quê?

Técnico 01: Acho que sim, algo que eu ouvia de algumas pessoas, de usuários, de alguns colegas que trabalham em Rh que já falaram que tem alguma diferenciação, acho muito essa dificuldade. Acho que cria-se muitas ilusões, muita fantasia do que a pessoa com transtorno pode fazer. Acho que tem o preconceito, que acham que ela não é capaz de fazer as mesmas coisas que uma pessoa que não tem um transtorno faria, das capacidades, acho que tem uma diferenciação.

Técnico 02: Eu considero que sim. Lá em X³⁵ a gente tem um programa com a secretaria de desenvolvimento do trabalho e inclusão, eu acho que SDTI, que tem essa finalidade de fazer o intercâmbio entre as pessoas com transtorno mental que buscam vagas e as empresas, justamente porque a gente percebe que o transtorno mental é um limitador. Se eu chego lá na empresa, digo eu tenho transtorno mental, transtorno afetivo bipolar, justamente pelas coisas que a gente comentou antes do imaginário das pessoas, de ah vai constranger, vai complicar, vai quebrar, vai bagunçar, então é muito complicado, então eu vejo nos grupos que eu faço que as pessoas tem muita dificuldade de acesso ao trabalho, mesmo as que estão aptas a trabalhar, a maioria não conta essa parte da vida, não revela que tem transtorno mental a não ser que seja obrigado, a maioria refere que um dia tenha uma crise no trabalho que é quando as pessoas descobrem, que se eles avisam antes eles costumam não conseguir o trabalho e geralmente quando eles tem crise se é um emprego não formal, que não tenha possibilidade de seguridade, de garantia de

³⁵ A letra “X” substitui nesta resposta o nome da cidade em que o técnico trabalha.

estabilidade, eles costumam ser demitidos com facilidade, então eu acho que é algo que as empresas levam muito em consideração e que tem muitos preconceitos mesmo, muitas ideias do que vai ser que limitam esse acesso.

Técnico 03: Eu acho que ainda existe isso. Muitos dos nossos usuários por exemplo, vão numa entrevista de trabalho por exemplo eles mentem, eles não dizem que tem transtorno mental, exatamente por essas questões de preconceito, de achar que é um louco e que não vai conseguir desempenhar a função. Muitos deles não dizem que fazem acompanhamento, já fizeram acompanhamento psiquiátrico, então eu acho que tem essa diferença sim, mas eu acho que não pode ser um fator determinante para a contratação, até porque volto a dizer que uma pessoa com transtorno mental ela não é incapaz de realizar nenhuma função, ela é capaz de realizar como qualquer um de nós que não tem nenhum problema em relação a saúde mental. E hoje muitos projetos estão sendo criados inclusive aqui mesmo em São Paulo para exatamente olhar com um pouco mais de cuidado a população com saúde mental na reinserção de trabalhos e voltar a ter projetos de vida.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que quem faz tratamento em saúde mental tem possibilidades iguais de subir na vida do que quem não faz?

Morador 01: [Pergunta não feita]

Morador 02: *Faço.*

Morador 03: [Pergunta não feita]

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que quem tem transtorno mental tem igual possibilidade de ascensão social do que quem não tem?

Cuidador 01: Acho que vai muito da família, quem tem alguém da família que já tem bens né, alguém da família tipo sei lá, um filho de uma pessoa bem de vida, bem de vida eu falo uma pessoa que tem valores, que tem dinheiro. Já tem que falar o português correto, quem tem mais dinheiro, o seu familiar ter problema mental não tem problema nenhum, pode ir de portas abertas. Agora pega uma pessoa pobre, que mora em casa de alvenaria, casa de madeira, como que é, não é a mesma coisa, não é o mesmo cuidado, o mesmo jeito que você vai olhar. Ninguém olha desse jeito, até para as pessoas que não tem transtorno mental que está com qualquer roupa, depende da roupa que você está usando a pessoa já olha “nossa, não chega muito perto não” “aquele ali olha como está” “ixi a calça dele está rasgada”, não querem

saber, não querem ajudar, não pode dar a mão, nem pegar na mão. Se o cara falar bom dia você nem responde “vixi, vai me roubar”, não sabe se pode vir um engravatado, não tem transtorno mental nenhum e vai te levar tudo que você tem e o que tem transtorno mental tá te perguntando só a hora. Ninguém tem um pouquinho de carinho nem nada.

Cuidador 02: *Eu penso que sim. Eu vejo igual aqui, não tenho dúvidas. Qualquer um deles está tão bem aqui, nenhum deles quer sair daqui. São super bem, eu posso falar deles porque eu estou convivendo, então eu acho que sim. Tem um pessoal aqui que tranquilamente pode, está indo muito bem a evolução deles, está ficando muito legal. O pouco que eu estou aqui mas já ouvi de lá e o que eu estou vendo nesses 2 meses a evolução tá bem legal.*

Cuidador 03: *Também acho que não.*

- Pergunta aos Técnicos: Você acha que quem tem transtorno mental tem igual possibilidade de ascensão social do que quem não tem?

Técnico 01: *Eu acho que não, não tem igual opção não, por conta das dificuldades que a gente já falou.*

Técnico 02: *Não, acho que devido ao preconceito e a discriminação, justamente por conta disso que a gente tem que se fazer valer de ações afirmativas, de lei de cota, essas estratégias, porque o preconceito e a discriminação são fatores que limitam muito, que tiram muitas possibilidades das pessoas. Por exemplo, uma criança que tem autismo pode ter muita dificuldade de conseguir completar a escola básica regular porque a escola não permite que ela fique ali, ela manda a criança embora mais cedo, ela obriga a mãe a ficar junto na escola, ela dá tarefa pra criança fazer em casa pra criança não ter que frequentar o ambiente escolar, então isso vai desestimulando, quando a criança vai crescendo, se tornando adolescente e percebendo mais essa discriminação ela se desanima de ir pra escola, então já nos primeiros anos de vida os espaços já estão sendo... o acesso aos espaços já está complicado e no decorrer da vida isso vai acontecendo cada vez mais, isso chega na hora de procurar trabalho, isso fica bem claro. Faculdade é outra coisa super difícil então acho que a discriminação prejudica e muito a possibilidade de ascensão, se a pessoa tem transtorno mental e nasce numa classe mais baixa ela tem muita chance de permanecer nessa classe ou até ir pra uma mais baixa do que a que ela tá no decorrer*

da vida. A vulnerabilidade é imensa e boa parte dela produzida pelo preconceito mesmo.

Técnico 03: Eu acho que essa possibilidade a gente poderia voltar a dizer pelo direito então ele tem direito enquanto indivíduo, enquanto ser humano. Então não é menos, nem mais. Mas acho ainda que ele tem poucas possibilidades pelo olhar do outro, eles não veem que o indivíduo tem um potencial grandioso para desenvolver questões da sua vida, desejos, anseios, muito forte. Então, acho que sim, a sociedade ainda preza muito quem não tem transtorno mental e esquece de dar espaço a essas pessoas que tem transtorno mental.

4.5.2 Interpretação

Existe um ditado popular tanto de que “o trabalho dignifica o homem”. Provavelmente poucos ditados tem o peso social quanto este, afinal de contas assim que conhecemos uma pessoa perguntamos: “qual é seu trabalho?” Isto se relaciona ao papel de destaque que o trabalho sempre teve na história da humanidade, pois ele dá uma forma útil à vida de cada um devido seu poder de transformar a natureza e transformar o próprio homem (RIBEIRO, 2007). Para Ribeiro (2007), o mundo do trabalho é caracterizado pelo ideal capitalista e do neurótico, sendo o psicótico aquele que é excluído por justificativas diversas, seja pela imagem que a “doença” não permite trabalhar, ou porque os “remédios atrapalham”, ou por não terem “qualificação” para o trabalho. A falta do trabalho fixaria então a pessoa numa “identidade estigmatizada e deteriorada” (RIBEIRO, 2007, p. 88).

Estes estudos de Ribeiro (2007) são bem característicos das falas de nossos participantes, principalmente os moradores das residências terapêuticas. O Morador 01 teve parte de sua vida marcado por um trabalho que via sua utilidade, ou seus frutos, na literalidade da palavra: “plantavam, colhiam melão, mandioca” (sic). Mas esta época ficou no passado, pois atualmente não trabalha e acha que teria dificuldades de conseguir um. O Morador 02 afirma que quer arrumar um emprego, mas sente que é impossível arrumar um. Já a Moradora 03 estranha perguntar a ela sobre emprego, como se fosse algo que não pertencesse a sua realidade, afirmando categoricamente que não quer arrumar um.

O Cuidador 01 vai falar do trabalho como desencadeante de transtornos mentais, exemplificando com duas conhecidas suas em que, para uma, o desencadeante foi o longo tempo de serviço numa empresa e, para outra, um acontecimento trágico no trabalho. O mais interessante da sua fala é perceber que o transtorno mental é a barreira entre aqueles que trabalham e aqueles que não trabalham, já que, após o ocorrido, uma delas não conseguiu nem sair de casa por muito tempo, e embora tenha superado este impedimento, a cuidadora fala da impossibilidade de voltar a trabalhar. O Cuidador 02 fala que quem tem transtorno mental só consegue emprego nas empresas que tem vagas destinadas para deficientes, e que se não tem essas vagas na empresa, ele terá dificuldades em conseguir. Ou seja, a cuidadora afirma que a pessoa com transtorno mental só consegue trabalhar se for num trabalho de pessoas com transtorno mental, já que todos os outros trabalhos não estão disponíveis para eles.

Já o Cuidador 03 é um exemplo de como o preconceito e o estigma reverberam socialmente. Primeiro afirma que quem tem transtorno mental são “muito discriminadas” (sic), contudo justifica esta discriminação com uma suposta incapacidade psíquica: “É difícil dar um emprego para uma pessoa com a cabecinha deles né” (sic). Se for tomar este estigma como possivelmente compartilhado por boa parte do meio social, fica fácil entender o porquê é tão difícil alguém com transtorno mental conseguir emprego. Pois é como se criasse no imaginário social um grupo de pessoas normais, que vão conseguir emprego dependendo de suas qualificações, e outro daqueles que têm transtorno mental e, por isto são, independente do transtorno, da atividade ou da qualificação, inúteis para o trabalho.

Esta discriminação que quem tem transtorno mental sofre é afirmado pelos três técnicos, sendo que o Técnico 01 afirma que isto é uma prática de um setor de Recursos Humanos conhecido seu. Os técnicos 02 e 03 falam da existência de projetos vinculados ao serviço público que estão voltados para a inserção no mercado de trabalho de quem tem transtorno mental, e como estes são fundamentais para que esta inserção ocorra.

O interessante que a inclusão do psicótico, quando ocorre, é sempre por vias de movimentos ligados à saúde mental ou por parte do Estado, inclusive incentivando empresas com isenções fiscais, mas não por pura iniciativa privada, avaliando se aquela pessoa que procura emprego está apta ao trabalho, sem excluir de imediato devido apenas por estar diagnosticada com algum transtorno. E da mesma forma que

o psicótico ainda continua excluído do mundo do trabalho, ele também não consegue ascender socialmente. Isto é afirmado pelos três técnicos e por um cuidador (Cuidador 03). Já os cuidadores 01 e 02 falaram que é possível ter ascensão social, mas que essa ascensão depende do meio onde o psicótico está inserido, e não como fruto dele. Ou seja, o meio social é o que vai determinar o lugar social do psicótico, já que no imaginário social ele não tem condições próprias de trabalhar e muito menos de ascender socialmente.

4.6 O SRT COMO POSSIBILIDADE DE RECONSTRUÇÃO DO CORPO ARRUINADO

Nesta categoria foram agrupadas as perguntas 14 – gerenciamento de si mesmo na saúde mental; 18 – cuidados com o próprio corpo na saúde mental, e 19 – considerações pessoais.

4.6.1 Descrição

- Pergunta aos moradores dos SRT: As pessoas acham que quem faz tratamento de saúde mental consegue gerenciar sua vida igual a quem não faz?

Morador 01: *Tem.*

Morador 02: *O que?* [Se consegue gerenciar, se consegue fazer as coisas do dia-a-dia normalmente?] *Ah eu faço.* [Faz?] *Faço.*

Morador 03: *Aqui na casa? Sim.* [Antes de morar aqui na casa você conseguia?] *Sim. Não era assim. Eu morava em X³⁶ né, aí a Y³⁷ falou “oh Z³⁸, quer ir pra A³⁹? Quero Y. A Y assim é ótima, aí ela falou assim “vou levar você pra A para morar lá. [Trecho inaudito]. Aí a Y disse eu estou levando ela, aí eu estou aqui.*

- Pergunta aos Cuidadores: A sociedade acha que quem tem transtorno mental consegue gerenciar sua vida igual a quem não tem?

³⁶ A letra “X” está substituindo o nome da cidade onde morou no hospital psiquiátrico.

³⁷ A letra “Y” está substituindo o nome da coordenado do SRT.

³⁸ A letra “Z” está substituindo o nome da entrevistada.

³⁹ A letra “A” está substituindo o nome da cidade onde fica o SRT.

Cuidador 01: *Não, tem horas que quem tem transtorno mental tem uma cabeça melhor do que quem não tem problema nenhum. Não consegue, tem horas que eles mesmo eles têm TOC a maioria, de quem tem transtorno mental, você não vê eles deixando nada bagunçado em canto nenhum, o negócio deles é tudo organizado. Quem não tem transtorno mental, você chaga numa casa de alguém que não tem transtorno mental, eu falo por exemplo assim, entra num quarto de um homem ou de uma mulher é roupa para um lado, roupa para outro. Você entra no quarto deles, que tem transtorno mental, que foram internados em sanatórios, você não vê nada jogado, as coisas deles são todas bem arrumadas. Se eles verem um copo fora do lugar eles vão lá e colocam. Isso para mim quem não tem transtorno mental é que deixa tudo jogado e bagunçado. Tem quem não tem noção um pouco de nada, aí vem falar “nossa quem tem problema” quem tem problema é você que não olha para o seu umbigo primeiro ao invés de olhar o umbigo dos outros. E não querer saber também o porquê que tem isso, ninguém tem vontade de aprender, de cuidar, de ter um carinho, não pensa no dia de amanhã que alguém da família pode ter, poder aprender e saber como lidar, conversar, não são animais, são pessoas.*

Cuidador 02: *Não, claro que não. Não acha isso não. Por isso eles são jogados em hospícios, por isso eles são jogados em qualquer lugar. Por conta disso, por achar que não.*

Cuidador 03: *A sociedade? Eu acho que não. [Que não consegue gerenciar igual?] Não consegue.*

- Pergunta aos Técnicos: A sociedade acha que quem tem transtorno mental consegue gerenciar sua vida igual a quem não tem?

Técnico 01: *Eu acho que a sociedade não acha, que acha que não consegue, eu acho que tem alguns... eu acho que é muito variado, tem pessoas que conseguem gerenciar a sua vida e tem outras que não, que tem mais dificuldade, mas que não dá para a gente colocar tudo junto, tudo na mesma condição.*

Técnico 02: *Acredito que não também. Eu acho que de uma maneira geral as pessoas tem essa mesma descreditação aí né, então já coloca em um lugar de descrédito, ah então não consegue pagar o aluguel, tem muitas famílias que de antemão acreditam que o usuário não consegue nem chegar no capes sozinho mesmo sem nunca nem ter tentado ou que ele vai fugir com certeza, sendo que a pessoa nunca apresentou comportamento de fuga na vida, ah não se ele vier pra cá com certeza ele vai fugir*

então por isso que eu não vou trazer ele porque ele vai sumir, então assim é um dos trabalhos mais complexos que a gente tem no capes é justamente essa questão da autonomia, do ponto de vista da pessoa poder gerenciar uma casa, criar filhos, se casar, as pessoas não acreditam que isso seja possível, sempre que acontece parece assim um evento de outro mundo, nossa fulano de tal sendo que tem vários usuários do capes que moram sozinhos há muito tempo até mesmo porque a família muitas vezes abandona e a pessoa aprende a viver e vive muito bem, se organiza e paga as contas e trabalha, mesmo que não seja num trabalho formal. Mas quem vive mais próximo da família, justamente por esse olhar que as pessoas têm, tem muito mais dificuldade em desenvolver a autonomia, os abandonados acabam tendo muito mais benefício que os que tem a família próxima porque ninguém acredita que a pessoa é capaz do mínimo, acho que é bem isso o olhar que as pessoas têm é de descrédito total para cuidar de si e muito mais para cuidar do outro. Então, se um usuário aparece grávida, nossa é o fim da vida, ela não vai ser capaz, não vai dar conta, não vai funcionar, então com certeza o olhar das pessoas é de descrédito.

Técnico 03: Eu acho que os dispositivos de saúde estão aí para mostrar exatamente isso. Que é possível gerenciar a própria vida sim, não é o transtorno mental que vai impossibilitar de realizar alguma coisa. Mas isso acho que ainda está em fase de crescimento aí na sociedade para que as pessoas olhem isso de maneira diferente. Acho que está engatinhando ainda, mesmo com a reforma psiquiátrica, mas ainda tem muito o que melhorar nessa questão de entender que o indivíduo com transtorno mental ele pode gerenciar a sua vida como qualquer outra pessoa, claro dentro das suas limitações e descobrindo as suas potencialidades.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você acha que quem faz tratamento de saúde mental geralmente cuida tão bem de seu corpo quanto quem não tem?

Morador 01: Sim.

Morador 02: Cuida. [Cuida bem do corpo?] Cuida.

Morador 03: Todos os dias, eu lavo o corpo, o corpo, a perna, o braço, cuido do cabelo e passo perfume. [E você precisa de ajuda de alguém?] Não precisa de ninguém. Eu tomo banho sozinha.

- Pergunta aos Cuidadores: Você acha que quem tem transtorno mental cuida tão bem de seu corpo quanto quem não tem?

Cuidador 01: *Eles não têm muito assim, cuida como? Higiene?* [É, cuida no geral. Em relação ao corpo.] *Olha, quem tem transtorno mental são poucos que eles gostam de, por exemplo, tomar banho. Tomar banho para alguns é mais difícil, depende da época que eles foram criados. No sanatório eles falavam para tomar banho uma vez por semana só. Não sei como era a lição lá para tomar banho porque quando vem para cá tem uns que morrem de medo de água. Na hora de tomar banho fica uns 5 minutos esperando a água cair, aí que eles entram embaixo, senão não entra. E ele não consegue nem ligar o chuveiro que sente mal. E não consegue tomar mais de um banho por dia. Tem muitos que não conseguem nem, não tem vontade de tomar banho, você tem que ter uma conversa muito grande sozinha senão eles não vão tomar banho, não tem essa independência de tomar banho sozinha. Não tem essa independência de se limpar, usar o banheiro. Hoje em dia eles usam tudo normal, bonitinho, lavar a mão você tem que ficar lembrando “saiu do banheiro, já lavou a mão”. “Tem que lavar a mão para a mão não ficar suja, você acabou de usar o banheiro”. “Você fez algumas coisas no banheiro, a mão ficou suja, vamos lavar a mão”. “Vamos secar a mão”. “Homem mesmo, vamos fazer a barba”. Ainda ficam olhando “ah não, hoje não”. Então tem que ir conversando com eles e no tempo deles, para depois eles quererem fazer isso, senão não.*

Cuidador 02: *Não, eu penso que não, tem que estar sempre chamando a atenção “ah vai tomar banho” “levanta tomar um banho” “lava o rosto” “escova o dente”, como se fosse uma criança, um filho da gente. Tem uns que querem tomar banho toda hora, e é assim que eu penso.*

Cuidador 03: *Não, não cuida, eu acho que eles não conseguem cuidar. Sozinho não.*

- Pergunta aos Técnicos: *Você acha que quem tem transtorno mental cuida tão bem de seu corpo quanto quem não tem?*

Técnico 01: *Eu acho que varia, que depende de cada caso. Conheço muitas pessoas que não tem transtorno mental e também não cuidam bem do seu corpo então acho que varia muito, bastante, acho que mais uma questão de apoio, de cuidado, de apoio, de relacionamento, como ela está na vida do que se ela tem um transtorno.*

Técnico 02: *Acho que de maneira geral é difícil a gente avaliar porque são muito específicos os casos, mas eu acredito que quem tá tendo uma assistência, as pessoas que estão lá frequentando o capes por exemplo, a maioria tem bastante cuidado consigo, tem autocuidado, higiene preservadas, a gente não percebe tanta*

inadequação, tanto prejuízo quanto aquelas que estão sem nenhuma assistência, então acho que está muito mais relacionado com ter ou não suporte, seja da família, seja do serviço de saúde, seja da comunidade do que ter ou não transtorno. Acho que o transtorno mental não é o que determina isso, acho que é muito mais se a pessoa tem possibilidade de cuidado, se ela tem acesso a esse cuidado ou não.

Técnico 03: Eu acho que a gente precisa ver o momento que esse indivíduo que sofre de transtorno mental está, porque as vezes o não cuidar do corpo faz parte do processo de adoecimento que ele apresenta naquele momento. Então o autocuidado ele é prejudicado pela falta de crítica que esse próprio usuário não tem em relação a tomar banho, a pentear o cabelo, a escovar os dentes. Mas quando ele está organizado, quando a equipe consegue, quando o serviço de saúde ou quando o cuidado é integral a gente vai mostrando para ele que isso é possível, que isso é importante. Não é questão de ele saber ou não cuidar, mas talvez ele não cuide do próprio corpo pelo momento de dificuldade em relação a saúde que ele está passando. Em relação a crítica ele precisa fazer isso, mas não é por ele estar ou ter com transtorno mental ou a pessoa que não tem cuide mais ou menos, isso eu acho que não influencia. Eu acho que é pensar exatamente nesta questão de que momento ele está nesse processo de adoecimento, ele tem crítica disso, ele sabe que ele precisa tomar banho, então as vezes essas questões vêm exatamente por conta da doença e não por um hábito que ele tem ou tinha.

- Pergunta aos moradores dos SRT: Você desejaria acrescentar algum comentário quanto a esta entrevista?

Morador 01: Quero procurar minha família também né. [Você quer procurar a família?] É procurar. [Sua família é em X⁴⁰ né?] Em Y⁴¹. [Faz quanto tempo que você não vê eles?] Uns 3 anos, 14 anos, uns 17 anos. [17 anos?] É. [E você gostaria de procurar?] Sim, a Z⁴² que estava aqui ela procurava a família. Ela conheceu um cara de Y lá. Ela estava procurando minha família lá ela falou. [Mas não conseguiu até agora encontrar né?] Não conseguiu. Ela disse que ia tentar mandar um telegrama para eles lá. [E por que você deixou de ter contato com eles?] Não sei. Porque eu estava na FEBEM também lá. Na FEBEM de Y lá. O cara conheceu a Z numa viagem. Numa viagem lá

⁴⁰ A letra "X" substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

⁴¹ A letra "Y" substitui o nome de um estado nesta resposta.

⁴² A letra "Z" substitui o nome de uma mulher nesta resposta.

pra Minas. E o enfermeiro, o cara, está vendo minha família. As famílias lá. [Entendi. Quando você saiu de casa você foi pra FEBEM então né.] Foi pra FEBEM. De A⁴³. De Y. Depois eu fui pra A também, fiquei internado lá também. [Ai depois disso não viu mais eles?] B⁴⁴ estava lá também. Parece tudo hospital lá. [Você já foi para vários hospitais?] Fui.

Morador 02: *Falar sobre o dinheiro... [trecho inaudito] casa, dinheiro caixa. [Você recebe um dinheiro da Caixa?]. Tira o dinheiro. [Você tira o dinheiro?] Saca o dinheiro. [Você saca o dinheiro e compra suas coisas?] Sim, vou no shopping. Vou sacar o dinheiro e compro relógio. [Você compra o que você quer?] Compro. [Quando você morava no hospital psiquiátrico não tinha isso?] Não tinha. [Você não comprava suas coisas, não saia pra ir no shopping?] Não. [Isso é uma coisa que você gosta?] Uhum. [Uma coisa que você estando aqui você consegue fazer?] Eu saio com a X⁴⁵, eu vou com a X pegar meu dinheiro, pra sacar o dinheiro da caixa.*

Morador 03: *Não precisa.*

- Pergunta aos Cuidadores: Você desejaria acrescentar algum comentário quanto a esta entrevista?

Cuidador 01: *Não. Acho que não tem mais nada não. Falei até demais.*

Cuidador 02: *Eu acho que está bom. De verdade, eu estou a tão pouco tempo eu não tenho muito a acrescentar para você. Eu só posso dizer que com relação à aqui, o que eu acho é que está tudo muito legal, eu nunca imaginei que tivesse uma casa como essa, nessas condições, com 8 moradores tão bem tratados. Não sabia dessa existência, e olha que eu nasci em X⁴⁶, tenho 61 anos e fazem 9 que eu estou fora então minha vida foi aqui e eu não sabia da existência dessa casa. Então eu estou assim, encantada na verdade.*

Cuidador 03: *Não.*

- Pergunta aos Técnicos: Você desejaria acrescentar algum comentário quanto a esta entrevista?

⁴³ A letra "A" substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

⁴⁴ A letra "B" substitui o nome de um homem nesta resposta.

⁴⁵ A letra "X" substitui o nome da coordenadora da residência terapêutica nesta resposta.

⁴⁶ A letra "X" substitui o nome de uma cidade nesta resposta.

Técnico 01: Não.

Técnico 02: Não.

Técnico 03: *Eu acho que esses momentos de pesquisa, esse momento de construção do conhecimento é super importante, principalmente quando está relacionado a essa temática que poucas pessoas e poucas políticas, como eu falei está engatinhando e as pessoas precisam conhecer mais o universo das pessoas que sofrem com transtorno mental. Inclusive estar mais próximas delas, de esquecer esse pensamento lá de trás que achavam que as pessoas precisavam ser internadas, precisavam estar dentro de um hospital sem cuidado, e as pessoas precisam hoje. Eu acho que a sua pesquisa ela vai trazer esse olhar mais ampliado para essas questões da saúde mental e as pessoas verificarem que o transtorno mental ele não tá ligado a ineficiência de realizar as questões. Sim, ele precisa de um cuidado como qualquer outra pessoa. Então, muito obrigado pelo convite, acho que essa pesquisa ainda tem muito a crescer e muito a contribuir ainda neste contexto que a gente fala do preconceito, essa questão de políticas públicas para pessoas com saúde mental.*

4.6.2 Interpretação

Todos os três moradores afirmam conseguir gerenciar suas próprias vidas e ter cuidado com seu próprio corpo na residência terapêutica, inclusive o Morador 03 enfatiza bem seu cuidado com o corpo: “Todos os dias, eu lavo o corpo, o corpo, a perna, o braço, cuido do cabelo e passo perfume. [...] Não precisa de ninguém. Eu tomo banho sozinha” (sic). O Cuidador 01 confirma que os moradores conseguem cuidar da casa muito bem da casa e de seus objetos, inclusive fazendo críticas a quem fala o contrário: “Se eles verem um copo fora do lugar eles vão lá e colocam. Isso para mim quem não tem transtorno mental é que deixa tudo jogado e bagunçado. Tem quem não tem noção um pouco de nada, aí vem falar “nossa quem tem problema” quem tem problema é você que não olha para o seu umbigo primeiro ao invés de olhar o umbigo dos outros” (sic). Os cuidadores 02 e 03 também acham que a sociedade não acha que as pessoas com transtorno mental conseguem gerenciar suas vidas, e isso seria o motivo, para o Cuidador 02, de serem jogados nas instituições: “Não, claro

que não. Não acha isso não. Por isso eles são jogados em hospícios, por isso eles são jogados em qualquer lugar. Por conta disso, por achar que não” (sic).

Os três técnicos pensam que a sociedade enxerga com descrédito as pessoas que fazem tratamento de saúde mental e nisto existem diversos preconceitos nos quais não se acredita que tais pessoas conseguem gerenciar suas vidas sozinhas. Uma fala que exemplifica isto é a do Técnico 02: “Então, se um usuário aparece grávida, nossa é o fim da vida, ela não vai ser capaz, não vai dar conta, não vai funcionar, então com certeza o olhar das pessoas é de descrédito” (sic). Com esta fala percebe-se o fechamento de diversas possibilidades da vida social para quem tem transtorno mental, e isto tem relação com a falta de confiança no desempenho de um trabalho como foi visto em uma categoria anterior. O Técnico 03 acrescenta nesta discussão a importância dos serviços da saúde como suporte na superação das limitações pessoais e dos preconceitos sociais: “Então, se uma usuária aparece grávida, nossa é o fim da vida, ela não vai ser capaz, não vai dar conta, não vai funcionar, então com certeza o olhar das pessoas é de descrédito” (sic).

Já a situação muda em relação ao cuidado com o corpo, no qual os três cuidadores discordaram quanto aos moradores cuidarem bem de seus corpos. Além disto, o Cuidador 01 responsabiliza em parte os hospitais psiquiátricos pela displicência com o corpo: “Olha, quem tem transtorno mental são poucos que eles gostam de, por exemplo, tomar banho. Tomar banho para alguns é mais difícil, depende da época que eles foram criados. No sanatório eles falavam para tomar banho uma vez por semana só. Não sei como era a lição lá para tomar banho porque quando vem para cá tem uns que morrem de medo de água” (sic). O tempo que os moradores passaram na residência, para o Cuidador 01, foi de extrema importância para que eles modificassem suas relações com o próprio corpo: “Hoje em dia eles usam tudo normal, bonitinho. [...] Então tem que ir conversando com eles e no tempo deles, para depois eles quererem fazer isso, senão não” (sic).

Os três técnicos atribuem o cuidado com o corpo variando de pessoa para pessoas e de momento para momento, independente de ter transtorno mental ou não. O Técnico 01 relaciona o cuidado com o corpo ao meio social que cada pessoa tem e seus suportes afetivos: “acho que mais uma questão de apoio, de cuidado, de apoio, de relacionamento, como ela está na vida do que se ela tem um transtorno” (sic). Já o Técnico 03 associa o não cuidado do corpo a momentos de crise ou quando a saúde

mental não está preservada: “quando ele está organizado, quando a equipe consegue, quando o serviço de saúde ou quando o cuidado é integral a gente vai mostrando para ele que isso é possível, que isso é importante. Não é questão de ele saber ou não cuidar, mas talvez ele não cuide do próprio corpo pelo momento de dificuldade em relação a saúde que ele está passando” (sic).

Esta fala do Técnico 03 tem muito a ver com o olhar que deve-se ter na clínica, não um olhar que toma o cuidado ou a falta de cuidado como essência ou verdade eterna sobre aquela pessoa, mas um olhar que avalia o momento e a história de vida de quem se assiste. O cuidado com o corpo é sim um dos fatores fundamentais para a saúde mental, e por isto uma das etapas da avaliação diagnóstica é observar o aspecto corporal do avaliado:

Um fator importante nas fases iniciais da avaliação do paciente é notar e descrever o aspecto global do paciente, expresso pelo corpo e pela postura corporal, pela indumentária (roupas, sapatos, etc.), pelos acessórios (colares, brincos, piercing, etc.), por detalhes como maquiagem, perfumes, odores, marcas corporais (tatuagens, queimaduras, etc.), porte e atitudes psicológicas específicas e globais do paciente. A aparência do paciente, suas vestes, seu olhar, sua postura, revela muito de seu estado mental interior e é recurso fundamental para o diagnóstico. (DALGALARRONDO, 2008, p. 70).

O cuidado do corpo é proporcional ao cuidado geral que cada um tem consigo mesmo, e isto vai se construindo na história de cada um influenciado pelos vínculos sociais estabelecidos. Não é de graça, então, que o Cuidador 01 responsabiliza os hospitais psiquiátricos, devido à negligência e à falta de cuidado para com os internos. O cuidado dos corpos nos hospitais psiquiátricos era realizado apenas no limite de mantê-los higienizados, isso quando eram higienizados, afinal, como vimos sobre o holocausto brasileiro (ARBEX, 2013), muitas pessoas eram tratadas como verdadeiros animais em algumas instituições psiquiátricas. Neste sentido, Arbex (2013) retoma a denúncia de um psiquiatra contrário ao que acontecia em Barbacena no final dos anos 70:

O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. (ARBEX, 2013, p. 16).

Sobreviver ao hospital psiquiátrico parece não ser sem sequelas para a subjetividade e para o cuidado com o próprio corpo, e nossos moradores representam bem isso. O SRT é então o lugar onde os egressos dos hospitais psiquiátricos conseguem suporte para mudar a história que tem com seus próprios corpos e, neste processo, reconstruir suas subjetividades.

O Morador 01 reconstrói um pouco de seu passado, de lugares onde morou, e faz planos para o futuro, de reencontrar sua família. O Morador 02 fala de sua autonomia, de que recebe dinheiro e de como usa este dinheiro, enfatizando os passeios que faz ao Shopping Center. O Técnico 03 acha que o momento é de superação do passado, reafirmando que qualquer pessoa precisa de cuidados, e que quem tem transtorno mental não deve ser discriminada só por deixar mais visível isto. Já o Cuidador 02 mostra sua surpresa positiva ao descobrir o SRT, pois não imaginava um lugar que tratasse tão bem seus moradores na cidade em que reside. E comparando à forma que os internos dos hospitais psiquiátricos eram tratados, sua surpresa é bem legítima, pois, com os hospitais psiquiátricos, os serviços de residência terapêutica também sobrevivem devido à verba pública, na verdade toda sua existência deve-se às políticas públicas implementadas devido a diversas lutas protagonizadas por usuários, profissionais da saúde, entre outras pessoas da sociedade civil inquietadas pelas condições desumanas que os internos dos hospitais psiquiátricos viviam. O SRT mostra-se então como um lugar onde vidas arruinadas podem tornar-se dignas finalmente.

4.7 INFERÊNCIA INTEGRADORA: A PSICOSE COMO HOMO SACER

O que existe nas pessoas com psicose que devem ser excluídas de certo ordenamento social? Seria a existência de uma marca de nascença? De pertencer a determinada família? Ou de ter cometido algum crime ou ter realizado alguma ação abominável? Na verdade, o que parece as tornar excluídas, mais importante do que qualquer outra coisa, é de terem recebido uma nomeação: o diagnóstico de psicóticos, ou de suas reformulações taxonômicas, presentes nos CID-10 ou DSM-V. Mas, para que diagnosticar?

Atualmente, nos serviços de saúde mental, construir o diagnóstico diferencial deve ser uma prática constante, sempre realizado quando é preciso atender novas pessoas, ou para reavaliar as pessoas já atendidas há algum tempo, através de uma leitura e interpretação de sinais colhidos através de observação direta do comportamento, do exame psíquico, da escuta da história de vida narradas pela pessoa atendida e por seus familiares ou amigos. Além desses, pode-se fazer uso dos seguintes instrumentos:

Dosagens laboratoriais, exames de neuroimagem estrutural (tomografia, ressonância magnética, etc.) e funcional (SPECT, PET, mapeamento por EEG, etc.), testes psicológicos ou neuropsicológicos auxiliam de forma muito importante, principalmente para o diagnóstico diferencial (DALGALARRONDO, 2008, p. 41).

Para melhor encaminhar as pessoas em serviços ou ações de saúde, este diagnóstico diferencial acaba sendo agrupado em classificações, síndromes, transtornos, já estabelecidas nos manuais estatísticos. Em suma, o diagnóstico deve ser construído para fins objetivos de entendimento do caso clínico para propiciar um plano terapêutico eficaz e eficiente, bem como para supor um prognóstico possível, e com isto ajudar a diminuir angustias e ansiedades de pacientes e familiares, além de diminuir gastos em ações inúteis, economizando tempo para potencializar ações verdadeiramente terapêuticas.

Não há como existir uma clínica sem uma semiologia ou sem uma diagnóstica. Para a psicanálise, Os sintomas fazem sofrer mais quando ainda não foram acomodados no eu, quando eles ainda não se tornaram egossintônicos, quando ainda não se sente um gozo por eles (DUNKER, 2011). O diagnóstico vai tentar circunscrever um sintoma, nomeando um conjunto “estável” de signos, os próprios sintomas tentam circunscrever o real do gozo. A nomeação do diagnóstico tenta aprisionar, nomear, o impossível do real. Impossível como impossibilidade de inscrição simbólica. O real é da ordem do inominável. O real é aquilo que não cessa de escapar das tentativas de nomeação. O diagnóstico é uma insistência de demarcação dos sintomas de um sujeito. O diagnóstico é a letra entre direção do tratamento e seu sofrimento. Toda forma de diagnóstico é uma forma de tentativa de enquadramento do real pelo simbólico. Diagnosticar é enquadrar num discurso, deixando todo seu resto que não cabe neste morrer. Desta forma, como disse Dunker:

O gesto de Descartes inaugura o processo de silenciamento da loucura, seu enclausuramento e invisibilização por sucessivas camadas de discurso: moral, jurídico, médico, psiquiátrico e... psicanalítico. A partir deste gesto, a loucura não fala mais por si, mas parece sempre pelas vias de um porta voz de sua desrazão. O louco deixa de ocupar a posição social temida e respeitada, a função agente de um saber, como se vê na antiguidade e na Idade Média ocidental, e passa a representar o negativo da razão e uma efígie do grande mal, sucedendo a lepra. (DUNKER, 2011, p. 291).

Realizar um diagnóstico nunca é uma tarefa fácil, para construir um raciocínio clínico com hipóteses diagnósticas é necessário se observar com cuidado o que o paciente conta de sua própria experiência. Não apenas a experiência que está tendo atualmente, mas suas experiências passadas em relação aos sintomas que sente, bem como a acontecimentos que o paciente acha fundamental.

Existe uma diferenciação de diagnóstico da psicose na clínica psiquiátrica, da clínica psicanalítica. Enquanto que na clínica psiquiátrica, se não aparecem elementos no comportamento de fenômenos psicóticos, como as crises, alucinações visuais, auditivas, táteis, olfativas, auto e heteroagressividade irracional, presença clara de delírios etc., não se diagnostica como psicótico, não há psicose. Já na clínica psicanalítica, que não é uma clínica descritiva nem fenomenológica, mas estrutural, o diagnóstico se estabelece na transferência (CALLIGARIS, 2013).

Pela transferência, o psicanalista, mesmo que o paciente não tenha apresentado quaisquer comportamentos da sintomatologia psiquiátrica, pode se deparar e entender uma estrutura psicótica baseada na relação [não] estabelecida entre os dois, analista e paciente. Desta maneira, Calligaris (2013) afirma alguns modos de relação transferencial que podem indicar tal estrutura, onde o principal ponto diagnóstico seria:

um sujeito cujo horizonte de significação não estaria organizado ao redor de uma unidade de medida possível. Um sujeito que estaria num mundo no qual existe significação. Mas, no final das contas, todas as significações são significações em si mesmas, não se medem a uma significação que distribui as significações do mundo. (CALLIGARIS, 2013, p. 17).

Um sujeito que vive na errância de poder percorrer qualquer caminho, onde o interesse dele pela análise não se faria diferente do interesse dele por qualquer outra

coisa. Enquanto o neurótico organiza todas as suas significações ao redor de um ponto central, confiando na função paterna, e por isto mesmo tem a sensação de ordenamento da vida, de direcionamento e de sentido, para o psicótico não há esta amarragem nas significações, deixando de haver organização centrada do seu saber e mundo (CALLIGARIS, 2013). Isto implica na própria estruturação de defesa necessária para existir um sujeito que seja diferente do real que seu corpo implica, defesa de ser reduzido a um corpo a mercê da demanda do Outro. Defender-se é, na neurose, confiar no nome do pai, num saber estruturante, e no valor que se dá diante deste saber. Já no psicótico, o saber que protegeria da demanda do Outro não é endereçado a alguém, não existe um saber que estrutura os demais, não existindo um significante privilegiado que ordenaria a bateria de significantes, mas todos poderiam vir a ocupar esta posição. Enquanto a metáfora neurótica é paterna, não existe um agente suposto na metáfora psicótica (CALLIGARIS, 2013).

Surge então, uma dificuldade na análise devido a relação transferencial, a saber, a dificuldade de trabalhar com pacientes psicóticos sem tentar alguma espécie de normalização, de estruturação simbólica, de definição fálica e simbólica. E esta dificuldade encontrada por muitos analistas (CALLIGARIS, 2013), em muito corresponde aos limites da análise do próprio analista, indicando um ponto de encontro com a própria psiquiatria: a tentativa de normalização acaba tentando incluir um corpo numa lei pela sua própria exclusão como sujeito. E, mais do que isto, revela a soberania, em nossa sociedade, da estrutura neurótica sobre a estrutura psicótica.

O lugar da soberania, além de definir a lei, a normalização, também é o lugar que define quem está fora da lei, aqueles que estão excluídos dela. Assim, soberano e homo sacer são dois lados da mesma moeda. O poder soberano é uma das formas de poder que está presente na cultura ocidental durante praticamente toda sua história. E tal poder gera, para Agamben (2010), vidas indignas de serem vividas. Vidas que estão sempre à disposição de quem exerce o poder soberano. De maneira progressiva, vemos o poder soberano em constante transformação, inclusive nas formas de exclusão ligadas a ele. Se o poder vem de Deus, a soberania é imposta por seus representantes, e todos os demais são vidas a serem submetidas. Com a morte de Deus, muito bem anunciada por Nietzsche, podemos pensar que o poder soberano vai transmutando suas formas à mercê dos grandes burgueses, comerciantes, donos

de fábrica, donos de indústrias, donos da mídia, empresas farmacológicas, manuais diagnósticos, etc.

Seja como for o poder soberano, seu outro lado, o excluído, sempre acaba por aparecer. Em todo ordenamento de um discurso, de uma linguagem, um excluído é estabelecido. E ele é estabelecido como uma nomeação. Assim, falar de excluído, bem como seu radical mais categórico, o *homo sacer*, é falar de um ato de nomeação por um poder constituinte, um poder soberano. O *homo sacer* não é uma atribuição, e sim nomeação de um sujeito que feriu a *pax teorum*, a paz entre deuses e homem, então este sujeito é entregue aos deuses. Os humanos não têm nada para fazer com ele, porque o *homo sacer* está entregue à justiça dos deuses. Então qualquer um pode fazer o que quiser, inclusive matar, numa lógica em que o estado se retira de sua função. Decorre daí uma das características mais importantes do que é o estado de exceção: uma regra do ordenamento jurídico que deixa entre parênteses o próprio ordenamento jurídico. O campo de concentração é um modelo da suspensão deste ordenamento jurídico. É um espaço onde a soberania existe, mas a lei não. O campo de concentração é o lugar onde o estado de exceção e a soberania criada existem estavelmente. É, na realidade, o campo em que os nomes são excluídos, e todos aquelas pessoas passam a serem corpos, vidas nuas, matáveis.

Os termos gregos *zoé* e *bios*, comentados por Agamben (2010) logo no início de seu primeiro livro sobre o *homo sacer*, mostraram-se essenciais para entender a inserção social do psicótico na sociedade. Enquanto o ordenamento jurídico confere ao ser humano uma vida que seria normal, dentro das normas, com direitos e deveres, em suma, uma vida qualificada, que os gregos chamam de *bios*; algumas pessoas que, pelos motivos mais diversos, são excluídas deste ordenamento e não são incluídas em outro, acabam não tendo nada que lhes garantam uma vida qualificada, pois não têm normas que lhes amparem, nem direitos ou deveres que lhes pertençam, e a esse tipo de vida os gregos chamam de *zoé*, vida nua.

Bios, por excelência, é a vida dos cidadãos, daqueles que dividem o poder e que são capazes de existência política. *Zoé*, por excelência, é a vida do *homo sacer*, daqueles que tiveram todo seu poder subtraído e que estão abandonados à própria sorte. A figura do cidadão se manteve mais ou menos estável como *bios* até os dias de hoje. Já a expressão *homo sacer* foi esquecida, como vimos, no antigo ordenamento jurídico romano. Devido a isso, outras figuras passaram a ocupar o lugar

de zoé ao longo do tempo, como o leproso, a bruxa, o apátrida, e, como podemos aferir agora, o psicótico.

Retomando a história brasileira, percebemos que o psicótico já era vida nua desde antes do poder público resolver se ocupar dele na higienização social feita no Rio de Janeiro no começo do século XIX. Com a higienização, o psicótico foi excluído fisicamente da sociedade, levado para instituições fechadas distante do centro urbano. Mas moralmente ele já era excluído da sociedade, já era vida nua, pois muitos viviam peregrinando pelas ruas, dormindo ao relento, comendo restos de comida, sendo agredidos e maltratados pelos “cidadãos”. Destinar os loucos ao hospício, foi uma tentativa da sociedade de Medicina da época de tentar evitar tais violências. Mas a construção do primeiro hospício só foi concluída em 1852, e os psicóticos passaram décadas sofrendo maus tratos durante a reclusão nas Santas Casas. Com a inauguração do hospício, o que poderia significar o início de uma vida minimamente digna para o psicótico, mostrou-se ser apenas mais uma fachada social, pois na prática se manteve os mesmos dirigentes das Santas Casas e a mesma forma de tratamento ao louco (COSTA, 2006).

Foi dupla a exclusão do psicótico nas terras tupi-guarani. Para além da própria dificuldade que as subjetivações da psicose têm de se enquadrar às normas e de entender as formas de relacionamentos sociais, devido aos isolamentos autísticos, comportamentos esquizoides ou às próprias megalomaniás, o próprio Estado passa a excluí-los do espaço público por não considerar serem eles adequados, ou dignos, de viverem com os cidadãos. O psicótico, que já perdeu parte da realidade social em que vivia em favor dos desejos e exigências do Id, teve então toda a realidade social que vivia subtraída em favor dos centros urbanos, primeiro no Rio de Janeiro, e depois no resto do Brasil, tornarem-se desejáveis para a elite brasileira e para os visitantes de Portugal. Esta ação das pessoas com poder no Brasil é análoga ao *iustitium* romano, pois as ações de exclusão social foram tomadas para livrar os cidadãos do tumulto gerado não só pelos loucos, e o governo não estava interessando para onde iriam e como seriam tratados, já que os psicóticos ficavam submetidos a todos os tipos de violências.

Em determinado momento de sua primeira obra sobre o homo sacer, quando ainda falando da diferença entre a inclusão e o pertencimento, Agamben (2010, p. 32) fala: “Do ponto de vista da linguagem, é possível equiparar a inclusão ao sentido, e o

pertencimento à denotação”. Esta frase parece legitimar nossa hipótese da psicose como homo sacer principalmente por poder representar a dupla exclusão da psicose. Enquanto é psicótico não aquele que tem alteração na inteligência ou na percepção, mas aquele que tem alterações no juízo de realidade, no sentido dos acontecimentos, vemos que sua maior dificuldade está em relação ao sentido, a aquilo que efetivamente faz laço. Quando afirmamos que existe a dupla exclusão para os psicóticos, afirmamos porque ele está duplamente pertencente a denotação, afinal não tem comprometimento na inteligência ou na percepção, ou seja, ele tem conhecimento dos objetos, bem como os objetos, ou as pessoas ao redor, tem conhecimento dele e sabe que ele pertence aquele espaço. Mas está duplamente fora da inclusão, porque ele não consegue estabelecer um sentido para suas relações ou suas relações não conseguem entender sentido nele.

Contudo, não é isso que necessariamente o caracteriza como homo sacer. O que o caracteriza como homo sacer é se, como o mulçumano, o psicótico estivesse para sempre excluído como pessoa digna de viver e, nesta exclusão, estivesse abastecendo a máquina, ou a visão de mundo, que a excluí, estando portanto incluída como vida nua. É quando decretamos que o psicótico é impossibilitado de criar sentido algum para sempre, e até lucramos em cima deste corpo sem qualidades, que podemos entender o psicótico como homo sacer.

Mas devemos ir mais além. Vimos que o *iustitium* servia para preservar a ordem, a norma, e que isto era necessário para a economia do Estado. Abalos na ordem, desestruturavam a economia, e por isto era justificável que a fim de se preservar o Estado algumas pessoas não precisavam ser preservadas. Mas o Estado lavava as mãos no que deveriam ser feitas com elas, já que deixava aos seus cidadãos fazer o que eles julgassem que era certo fazer. O *iustitium* revela como uma política de Estado é capaz de produzir homo sacer quando instrumentaliza sua população a fazer o que ele prefere não fazer. Afinal, não devemos esquecer, homo sacer é o humano abandonado à própria sorte, ao seu próprio corpo, pois nem familiares, amigos, Estado ou qualquer deus garantirá sua dignidade. E o que o Estado brasileiro faz ao deixar que se internem milhares de pessoas acima do que os hospitais psiquiátricos comportam, sem fiscalizar seus critérios de internação destas pessoas, e muito menos suas qualidades de vida dentro da instituição, é produzir homo sacer em massa.

Esta primeira forma do poder público tratar o psicótico no Brasil, através da sua exclusão, só [quase] chegou ao fim com a Reforma Psiquiátrica no final do século XX. Dois acontecimentos no Brasil anteriores à Reforma Psiquiátrica ainda confirmariam o psicótico como zoé, vida nua. Um deles foi o movimento eugenista que foi encabeçado pela Liga Brasileira de Higiene Mental na década de 1920, e embora seu slogan fosse “controlar, tratar e curar”, sua prática ignorava quaisquer melhoras no tratamento, ou estudos sobre possíveis curas, mas seus esforços se mantiveram no controlar, internando cada vez mais pessoas a tal ponto que sequer estar diagnosticado era critério para ser internado. Exemplo disto foram as internações políticas. Assim, por não caracterizar tratamento, e nem cura, é que as práticas de internação eugênicas revelam-se com um único objetivo: erradicar corpos indesejáveis, corpos que não significam, ou não devem significar, nada socialmente.

E, embora este seja um gigantesco exemplo do psicótico como vida nua, o maior exemplo do psicótico como homo sacer, tal qual desvelado ao longo das obras de Agamben, certamente é o holocausto brasileiro. Além de ser vida nua e de não mais ocupar o espaço social, o que aconteceu às pessoas com psicose nos manicômios de Barbacena, e outros que seguiam a mesma lógica, foi que elas passaram a fazer parte da economia social. Mas fazer parte não por serem mãos-de-obra, nas quais seriam seus esforços a gerar dinheiro. O que fez os psicóticos adentrarem na economia social foi, exclusivamente, o uso irrestrito de seus corpos.

Primeiramente, pela verba pública repassada ser não em cima do tratamento feito, mas da quantidade de pessoas internadas (FONTE, 2012). Para gerar mais lucro aos donos dos hospitais, comida e vestimenta eram distribuídas escassamente, e todas as formas de contenções e torturas eram utilizadas para conter as pessoas. Não obstante, uma das formas de abrir vagas no hospital era deixar que as pessoas morressem, e por isto não se importavam que elas ficassem sem roupas nos fortes invernos do sul do país após lhes darem banhos com água fria. De uma noite para outra, vários corpos mortos apareceriam amontoados na vã tentativa de se esquentarem (ARBEX, 2013).

Mas para se estabelecer de uma vez por todas que aquilo que se encontravam nos hospitais psiquiátricos não eram pessoas, e sim corpos a serem usados, iremos a outro aspecto da economia do Barbacena: a venda de membros do corpo morto, senão o corpo inteiro, para as faculdades de Medicina. Apenas em onze anos foram vendidos 1853 corpos para dezessete faculdades. Quando Agamben (2008) traz a

figura de Primo Levi, percebemos todo seu sofrimento ao testemunhar o que acontecia às pessoas no campo de concentração. Vidas que iam, aos poucos, tornando-se puro vazio, se vazio pode ser algo, lembrando Saramago (1994), tornando-se ou o morto-vivo chamado de mulçumano nos campos, ou simplesmente um agregado de massa morta, amorfa, pois eram tantos corpos mortos jogados uns sobre os outros que nem sequer limites e contornos corpóreos existiam mais. Os internos de Barbacena vivam, da mesma forma que os internos do campo, frente-a-frente do corpo morto que poderia ser ele mesmo, pois além de sobreviverem ao frio, à fome, e às doenças, eles eram usados para embrulhar os corpos mortos a serem vendidos para as faculdades, e presenciavam quando os corpos eram banhados por ácido pois às vezes as faculdades só queriam os ossos. Chamar os psicóticos, neste contexto, apenas de excluídos sociais, ou às margens da sociedade, é uma injustiça social e um erro conceitual. As pessoas com psicose, em diversos momentos na história do Brasil, ocuparam sim o lugar de homo sacer.

Embora no Brasil, Barbacena tenha sido a instituição de maior produção de homo sacer utilizando como justificativa para suas ações um diagnóstico, outras tantas instituições operavam com ações semelhantes, e os nossos participantes trouxeram exemplos disso: sobre os vínculos sociais, enquanto moradores dos hospitais eles não podiam manter nenhuma relação com as pessoas de fora, com as de dentro eram obrigadas a cumprir o que a equipe do hospital mandava, correndo o risco de serem agredidos, amarrados, ou entupidos de remédios; fora do hospital psiquiátrico, até conseguem cumprimentar, e ser respondidos, pelas pessoas na rua, frequentar ambientes sociais como shoppings e igrejas, mas na hora de se relacionar afetivamente, a sociedade, principalmente os parentes das pessoas envolvidas, já age de forma diferente, segregante e discriminador. A prescrição irrestrita, sem se importar com as consequências afetivas e sociais de quem faz uso, só alimenta o sentimento de inutilidade social e corporal dos usuários de serviços mental.

Infelizmente, a noção de diagnóstico foi levada para o universo da administração asilar com usos biopolíticos, e com isso, ao longo do tempo, de marginais sociais, os psicóticos passaram a ser homo sacer, afinal, não existe biopolítica sem existir figuras a ocupar o lugar de homo sacer: “o rio da biopolítica, que arrasta consigo a vida do homo sacer, corre de modo subterrâneo, mas contínuo.” (AGAMBEN, 2010, p. 118). Nesta contemporaneidade marcada pela biopolítica, pelo consumo farmacológico de massa e pelo bem estar voltado à exibição espetacular, a

enunciação de um diagnóstico não indica simplesmente uma terapêutica, mas pode gerar a desculpa social para estigmatizar pessoas e submetê-las à exclusão social ou, pior, como vimos, ao lugar de *homo sacer*.

Tal enunciação cria, destrói, toma a realidade, tornando objetos em sujeitos e sujeitos em objetos. E esta é a condição do diagnóstico. Capaz de decidir o que cada um é, e o rumo que cada pessoa pode ou não pode tomar. Manuais diagnósticos atuais acabam por tentar enunciar todas as pessoas por patologias, pelo o que elas se distanciariam de uma conduta normalizada. Tal conduta normalizada, mais especificamente, segue critérios do *status quo* de uma forma de economia e visão de mundo já estabelecida. O DSM-V é uma psicopatologia normativa, é uma convenção, criado para ser utilizado como instrumento de massa. Diagnósticos de massa como os propiciados pelo DSM favorecem um tipo específico de poder, um poder soberano, que como todo poder soberano acaba criando suas exceções e seus *homo sacer*.

A loucura é justamente aquilo que, no sistema da razão, do produtivismo liberal, está excluído do sistema. Mas, a complacência da aceitação de que umas vidas podem ser excluídas devido a um diagnóstico legitima a soberania deste diagnóstico sobre todas as outras vidas, fazendo-as aceitar a corda bamba de que todas as vidas podem acabar sendo excluídas também, que todas as vidas podem se tornar vidas nuas. Aceitar a exceção é legitimar o poder soberano. A exceção é a própria condição do poder soberano. Assim, todos podem ficar na mira dos diagnósticos, e de poderem ser excluídos das decisões de suas vidas: estudos, trabalhos, relações, onde morar...

E nisso encontramos a figura política contemporânea, desvelada por Agamben (2008), relativa à neurose, ou aos normais. Se, na contemporaneidade, o psicótico é o *homo sacer*, o neurótico é o sobrevivente. O neurótico é aquele não enlouquece mesmo sendo massacrado no trabalho, na família, nos círculos de amigos, nos transportes públicos, nas dívidas financeiras. É aquele que, tendo de acordar mais cedo do que o necessitado pelo seu corpo, acorda ainda mais cedo pois precisa ficar lindo e feliz para a foto do bom dia. É aquele que, por mais cansado que esteja no final do dia, vai chegar em casa, assistir o jornal, ver os vários diagnosticados socialmente, como loucos, miseráveis, bandidos, exilados, imigrantes, e se sentir feliz por ser um sobrevivente.

Tanto os sobreviventes neuróticos, quanto os “homo sacer” psicóticos, são corpos totalmente dentro do ordenamento jurídico e do biopoder, com a diferença de que, enquanto estes já estão excluídos como vidas qualificadas, aqueles ainda estão na corda bamba de continuar se equilibrando como sobrevivente, ou cair como homo sacer. No rio da biopolítica, o sobrevivente sabe que se ele cair nas águas da exceção, os outros sobreviventes vão agir da mesma forma que os nativos relatados por Bianco (2013) agem, quando alguém cai do barco, eles o empurram ao longe para evitar que leve mais alguém consigo.

O sobrevivente tem, então, escolhas a fazer. Ele pode largar o barco e tornar-se mulçumano. Ele também pode continuar como sobrevivente, para sempre culpado e com medo de tornar-se homo sacer, largado à toda e qualquer sorte, com sua subjetividade totalmente descaracterizada, desqualificada, enquanto os outros sobreviventes posam com seus corpos fabricados, dóceis, a mercê das lógicas de consumo de massa, e por isso, com suas identidades também fabricadas em massa. Ou pode procurar um caminho alternativo, mesmo que acidentado e nebuloso, à produção em massa de sobreviventes e de homo sacer devido à gestão farmacológica e midiática do social.

Talvez um primeiro passo para este caminho é entender que o diagnóstico não deve, em nenhuma hipótese, ser utilizado para estigmatizar pessoas, pois isso gera sofrimento ainda maior do que aqueles gerados pelos sintomas manifestos. Estigmatizar é gerar sofrimento, e para que o diagnóstico não se torne rótulo é preciso primeiro conscientizar que a condição humana está sujeita a perpassar diversas fases, incluído fases com mais e menos saúde, seja física ou mental. Mas, o mais importante, para evitar rótulos, é sempre escutar as pessoas, não excluir seus discursos. Sustentar cada um como protagonistas de suas próprias vidas.

Outro passo que pode ser dado é repensar o que são rótulos e identidades. O problema da identidade, e da forma como a identidade vem sendo entendida na tradição ocidental filosófica e científica foi alvo do programa de Desconstrução do filósofo francês Jacques Derrida. Formulada por volta dos anos 60, a ideia de Desconstrução tem alvo, justamente, no axioma que o logocentrismo e a metafísica da presença tem na compreensão e entendimentos que vem sendo dados a todos os fenômenos e existências humanas. Derrida, então, tenta deslocar o pensar o ser como

presença, presença das coisas, tal qual a filosofia veio fazendo por milhares de anos, para o ser como produção discursiva.

Em sua comunicação no Congresso Internacional de Sociedades de Filosofia de Língua Francesa, intitulada “Signature, Événement, Contexte”, Derrida (1971) inicia sua argumentação tecendo uma série de críticas à noção de performatividade instaurada até então, já que nem esta ideia consegue fugir do logocentrismo que vem determinado na história da filosofia e da ciência todas as maneiras de pensar os mais diversos assuntos. O que Derrida propõe é uma Desconstrução do logocentrismo a partir da ideia de traço. Para Derrida (1971), a ideia do traço implica uma virada paradigmática onde a ontologia perde seu trono de majestade para os acontecimentos discursivos. Ao invés de buscar uma presença do ser, uma materialidade concreta deste, no significado das coisas, a ideia de Desconstrução implica que o próprio significado advém de um acidente do ato linguístico. E por isto a ideia de performance, do ato performático, é tão cara a Derrida. O ato performático demonstra como é o discurso que cria o ser, e não o inverso.

Um exemplo importante utilizado por Derrida (1971) para pensar o ato performático é a da assinatura. A assinatura é uma crença que atesta a vontade daquele que assina, é a existência de um evento, de um ato performático, que cria e legitima um discurso que passa a ter o peso da existência de um ser, deixa o contexto sempre presente. Não é apenas a mudança de atributos ou a inversão de oposições dentro do sistema binário, mas minar e deslocar o sistema como um todo, para retirar deste a hegemonia em relação aos outros discursos.

Derrida segue seus argumentos criticando outra ideia hegemônica: a comunicação como transmissão da coisa como presença, pois pede a existência de uma outra pessoa. O modelo teórico da comunicação para a filosofia ocidental seria a da tríade emissor-meio-interlocutor, representada principalmente na ideia de fala. Já Derrida prefere a ideia de escrita, na qual se perde a presença do interlocutor. O que Derrida propõe é repensar a cultura logocêntrica a partir da ideia de escrita. Pois a escrita implica a ausência, e não a presença, como fundante da comunicação. Assim, para que uma fala, um dito, tenha o poder de presença do ser, como a filosofia ocidental prega, é necessário que se esqueça, que se esconda o fato desta fala já ter sido uma entre outras diversas falas, só que com a diferença de que foi empoderada por relações de forças inscritas em determinado contexto histórico.

Para que o dito tenha poder, é necessário esquecer que antes foi um dizer, bem como que todas as relações de força envolvidas neste dizer sejam esquecidas. A Desconstrução ataca a metafísica da presença, e a própria ontologia decorrente desta, pois desvela o ser como um discurso oriundo de um processo de instauração e também de esquecimento. Pegando o gancho da ideia de Desconstrução de Derrida, a filósofa estadunidense Judith Butler parece deslocar toda forma como a teoria feminista veio conduzindo suas discussões ao colocar em xeque a ideia de uma identidade da mulher, ou de uma representação do que seja a mulher. Para Butler (2010, p. 17-18):

a teoria feminista tem presumido uma identidade definida, compreendida pela categoria de mulheres, que não só deflagra os interesses e objetivos feministas no interior de seu próprio discurso, mas constitui o sujeito mesmo em nome de quem a representação política é almejada.

Esta tentativa de encontrar uma identidade definida ao feminino, supostamente para ganhar o peso que uma representação tem nas relações de poder, acompanha a ideia de que a opressão das mulheres advém, nesta lógica de sistema binária, pela dominação do homem. O que Butler pretende propor é não participar daqueles que querem trocar quem está no poder, muito menos desconsiderar a importância da representação na política contemporânea, mas de construir uma genealogia crítica das próprias práticas de legitimação do poder. E nisto a ideia de Desconstrução de Derrida parece contribuir fundamentalmente.

Como a própria ideia de identidade não foge da ontologia cujo alicerce se encontra na metafísica da presença, na qual há estabilidade, coerência e naturalidade, a Desconstrução implica o deslocamento deste sistema, e sua possível crítica corrosiva, já que demonstra a artificialidade performática do ser que é construído no discurso pelas relações de poder. Almejar apenas a representação das mulheres no poder contemporâneo frente aos homens é não perceber que a própria noção de homem, e tudo aquilo que esta implica, é também construída, é também fruto de um discurso, e como tal também merece ser desconstruída.

A Desconstrução favorece uma diluição da própria binaridade das relações de gênero, pois desprende homem ou mulher, ou qualquer outro tipo de categoria discursiva de qualquer tipo de presença a priori que os definiria, como a própria ideia

biológica de sexo, pênis e útero veio fazendo. E é por isto que a criação da noção de “gênero”, que teve muita importância, por exemplo, na década de 60, para Butler acaba se tornando prejudicial. Prejudicial, pois escamoteia seu duplo, o sexo. Enquanto “gênero” for um conceito importante que signifique atribuições culturais aos seres humanos, a noção de “sexo” continuará a sustentar a existência de um a priori naturalizante e determinista de diferenciação dos seres humanos, e consequentemente, em suas relações de poder. Enquanto o gênero for aquilo que é culturalmente construído, continuará escamoteando-se o sexo também como culturalmente construído, como também discursivo.

É colocando sexo e gênero como produtos do discurso que Butler (2010) vai tecendo todo um pensamento bem próximo do de Derrida quanto às construções discursivas e da origem do ser através do ato, e não de um a priori cristalizado pelo logocentrismo. Enquanto o “raciocínio fundacionista da política da identidade” (BUTLER, 2010, p. 205) supõe que é necessário haver primeiro uma identidade à qual serão elaborados os direitos políticos e exercida a ação política, Butler (2010, p. 205) argumenta que “não há necessidade de existir um ‘agente por trás do ato’, mas que o ‘agente’ é diversamente construído no e através do ato”. Não existindo então uma estrutura pré-discursiva que originaria o eu e seus atos. O que seria importante procurar, tendo em vista isto, é o que legítimo ou ilegítimo tais construções, bem como a circularidade destas construções. Desta forma, para Butler (2010, p. 207):

Se a identidade se afirma por intermédio de um processo de significação, se é desde sempre significada, e se mesmo assim continua a significar à medida que circula em vários discursos interligados a questão da ação não deve ser respondida mediante recurso a um “eu” que preexistia à significação. Em outras palavras, as condições que possibilitam a afirmação do “eu” são providas pela estrutura de significação, pelas normas que regulam a invocação legítima ou ilegítima desse pronome, pelas práticas que estabelecem os termos de inteligibilidade pelos quais ele pode circular.

Se não existe mais uma natureza, um deus, ou uma existência pré-discursiva que garanta a ideia de gênero, de identidade ou do eu, a legitimação das práticas discursivas parece ser o grande problema a ser pensado. O que legitima ou não um ato performático? Como vimos, foi justamente na própria condição de esfacelamento de qualquer garantia pré-discursiva sobre valores e identidades na contemporaneidade que Baudrillard (1991) constituiu sua teoria sobre os simulacros.

A corrida espacial e os lançamentos de satélites são exemplos utilizados por Baudrillard (1991) para afirmar a função derradeira dos simulacros: uma instituição microcósmica programada para que nada seja deixada à sorte, é a lógica do hiper-real da montagem (BAUDRILLARD, 1996). Contudo, por nada ser deixado ao acaso, diante de milhares de possibilidades de escolhas de identidades, de relacionamentos, de constituições do eu, cada pessoa está submetida ao imperativo de escolher a melhor escolha, que é aquela que a maioria, as massas, diz que é. O sobrevivente está nesta posição de ser mais um na massa da biopolítica, e cabe a ele decidir se vai continuar neste barco.

Na contemporaneidade, a pessoa que tem psicose continua excluída socialmente, como sempre foi ao longo da história da humanidade, mudando apenas a forma de sua exclusão. Enquanto as pessoas com psicose são excluídas do trabalho e das mídias sociais, seu simulacro, representado ou abordado por pessoas ditas “normais”, constroem sem nenhuma responsabilidade com essas pessoas seu imaginário social. E desta forma, excluído do trabalho, e por isto sem possibilidade de ascensão social e invisível socialmente enquanto pessoa digna, podemos constatar que o psicótico é entendido como alguém que não pode estar incluído no *officium*, tal como Agamben (2013) alertou, e isto significa que ele ainda está excluído de ser visto como alguém útil no meio social.

Desta forma, se o trabalho e a performance diante das mídias sociais é o que dignifica o ser humano contemporâneo, a falta deste trabalho e a não participação nas mídias sociais é o que caracteriza vidas em indignas socialmente. São indignas pois não compartilham a liturgia social do parece ser, ou seja, são inúteis frente a lógica socialmente compartilhada, principalmente através das mídias de comunicação de massa, de que o homem útil é aquele que trabalha e, além disso, é capaz de exibir-se espetacularmente. Como foi visto, o psicótico é aquele que além de ser excluído do mundo do trabalho, tem sua visibilidade social mascarada através de simulacros, pois quem tem psicose não consegue se inserir nas atividades das grandes mídias sociais, mas a representação do psicótico é utilizada das mais diversas formas espetaculares com o único objetivo de ganhar maior audiência.

Como nada é natural, tudo é artificial, questões como rótulos, identidade e gênero podem ser determinados na direção que a maioria decidir. Mas se os sobreviventes continuarem apenas como maioria silenciosa (BAUDRILLARD, 1985),

a dor da exclusão e das violências físicas, psicológicas e sociais sentida por todos aqueles que são homo sacer continuarão a existir, concretamente para estes, como fantasma para aqueles.

A desconstrução das identidades talvez sirva na derrocada da soberania diagnóstica para uma afirmação da vida nua em vida qualificada. Desconstrução como aquilo que busca um estado de coisas onde nada além do humano decida sobre a ética. Esta ética parece ser pedra angular em nossas críticas sobre o lugar que a psicose ocupa no imaginário social. Para construir esta desconstrução parece ser fundamental, então, um duplo protagonismo: protagonismo dos neuróticos em se firmar contrários à lógica da produção do sobrevivente e do homo sacer; protagonismo dos psicóticos de empoderamento social, ocupação territorial e de afirmação subjetiva. O psicótico só sairá do lugar de homo sacer caso o neurótico saia de seu lugar de sobrevivente. E, para isso, é necessário primeiro escutar o bem que cada um deseja, afastar o mal que cada um lamenta, e respeitar a realidade que cada um habita.

*E os corações solitários fenecem e morrem.
Enquanto ao longe dançam as fadas,
Dançam em roda com seus pés da alvura do leite,
Balouçando os braços da alvura do leite,
Aos seus ouvidos, o vento ri, murmura e canta
Sobre uma terra onde até os velhos são belos
E até os sábios trazem alegria nos lábios;
Mas ouvi um junco de Coolaney dizer:
Quando o vento ri e murmura e canta,
Os corações solitários fenecem e morrem.
(YEATS, 1973, p. 142)*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se por milênios o homem era “um animal vivente e, além disso, capaz de existência política” (AGAMBEN, 2010, p. 11), atualmente podemos dizer que o homem é um animal que deve ter utilidade e, além disso, ser capaz de existência espetacular. Nada mais banal ocorre hoje no cenário político brasileiro do que o uso dos poderosos meios de comunicação de massa para persuadir a população da aprovação de resoluções, decretos e leis que possuem, como fim último, explorá-la mais do que já é, levando-a ao limite do total uso corpóreo para produzir o gozo que poucos veem se multiplicar nos extratos virtuais dos aplicativos de seus smartphones.

Uma destas aprovações recentes foi a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, aprovada pelo Comissão Intergestores Tripartite, composta por Ministério da Saúde e pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Dentre todos os seus poucos artigos e incisos, um em particular reativou a atenção do movimento antimanicomial, o inciso IV do Art. 9º: “reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital.” (BRASIL, 2017). Como esta resolução que “Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)” (BRASIL, 2017), os hospitais psiquiátricos passam a ter um financiamento maior e a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial.

Sem querer entrar nos méritos desta ação do governo, é importante frisar que o que é peculiar nesta resolução é que ela amplia o poder dos hospitais psiquiátricos na RAPS, que foi criada através do reordenamento da saúde mental fruto do combate aos próprios hospitais psiquiátricos, através dos diversos projetos de lei da reforma psiquiátrica. Isto no mínimo significa que passar por um acontecimento não nos garante em nada que não iremos repeti-lo. E, embora tenham ocorrido algumas mobilizações, elas nem chegaram a repercutir nacionalmente, afinal de contas repercutir nacionalmente não é uma tarefa fácil para quem não financia as poderosas empresas midiáticas.

Talvez estejamos vivendo o renascer de uma nova reforma psiquiátrica, uma que dará origem a publicações e teses que critiquem o absurdo de uma política de saúde mental voltada para a territorialidade, para a humanização e para o

protagonismo social. Afinal, Saramago já nos advertiu que “sempre o dia chega em que a verdade se tornará mentira e a mentira se fará verdade” (SARAMAGO, 1994, p. 194). Quanto a nós, ainda crentes em uma vida na qual as relações possam ser mais fraternas e menos dolorosa para todos, independentes de cor, sexo, opção sexual, etnia ou diagnóstico, só nos resta não deixar morrer o que sabemos.

Que nossos participantes reconhecem o hospital psiquiátrico como um lugar onde as pessoas são abandonadas por todos para morrer: abandonadas pelas famílias, abandonadas pela equipe do hospital, abandonadas pelo poder público, abandonadas pela sociedade como um todo. Mais que um lugar de abandono, o hospital psiquiátrico era um lugar de morte. A este lugar de morte surgiu como contraponto uma saúde mental voltada para a inserção social e territorial das pessoas acometidas de transtornos mentais. Dentre os equipamentos que propiciam isto, está o Serviço de Residência Terapêutica, mostrando que lugar de morar de qualquer pessoa, independente de diagnósticos, é em casa e não em um hospital. A residência terapêutica propicia aos seus moradores tudo o que o hospital psiquiátrico nunca deu. Enquanto o hospital leva as pessoas para longe da cidade, a residência traz de volta para ela. Enquanto o hospital aprisiona irresponsavelmente, a residência liberta responsabilmente. Enquanto o hospital obriga a morrer, a residência propicia a viver. Enquanto nos hospitais existem pacientes internados, na residência existem moradores que participam da sociedade. Enquanto nos hospitais corpos são usados desrespeitosamente, na residência vidas são vividas dignamente.

Mas o maior problema em saúde mental não é o progresso feito, não são as práticas inventadas. Na verdade talvez poucas áreas tenham profissionais tão dedicados e apaixonados pelo o que fazem quanto na saúde mental, e nossos técnicos participantes são um exemplo disto. O problema é que tudo, de uma hora para outra, pode ser desfeito. Por isso é importante o empoderamento social não só de profissionais e familiares das pessoas com transtorno mental, mas deles próprios, pois ambos precisam não apenas ter meios de resistirem à mudança dos ventos, mas ter condições de velejarem por onde decidirem velejar. Inclusive talvez empoderar seja uma palavra melhor a ser usada em saúde mental do que curar. Empoderar para que aqueles que sabem digam, e aqueles que dizem passem a saber.

Qual o sentido hoje em dia de perguntar qual a cura da psicose? Então o interno do hospital psiquiátrico vai passar 5, 10 ou 30 anos esperando o quê, além da morte?

Se o tratamento nos serviços de saúde mental, como o do CAPS, é superior àquele desempenhado pelos hospitais psiquiátricos, certamente não é porque cura os psicóticos, mas porque dá suporte para o sofrimento ser elaborado, ou, no mínimo, compartilhado, além de potencializar seu protagonismo social, incentivando a ampliação e o fortalecimento de seus vínculos e dignificando suas próprias autoimagens. O trabalho da saúde mental não deve ser mudar a cabeça dos diferentes para que sejam aceitos socialmente pelos normais, mas de mudar a cabeça dos normais para que a sociedade aceite todos os diferentes. Ou seja, devemos ser contrários ao prêmio que Don Quixote ganhou por sua bravura, a saber: “mas de tal modo, que favoreceu sua aventura morrer são, depois de viver louco” (CERVANTES, 2012, p. 634). Devemos desconstruir a ideia de que ser digno, ou ser feliz, é não ser louco.

Talvez a maior contribuição que a lógica do homo sacer pode trazer é mostrar que enquanto o governo continuar sendo governo de vidas nuas, governo de corpos, qualquer um pode se tornar homo sacer, e os neuróticos podem escolher tomar dois rumos: ou continuar vivendo suas vidas como sobreviventes, na qual a alegria se mostra ao saber que o outro foi destruído e não eu; ou todos comecem a enxergar o outro como um próximo, que ambos estão desamparados, e, juntos, afirmarem todas as vidas como qualificadas.

Mesmo que não se possa voltar atrás de acontecimentos desumanos que geraram incontáveis sofrimentos, como no caso dos holocaustos na Alemanha e em Barbacena, estes sofrimentos podem ser transformados em memórias históricas que guiam o futuro político, tentando garantir que não haja mais poder soberano, e nem uma política da sobrevivência, mas uma ética do amparo e do suporte afetivo que permita às pessoas poderem construir e reconstruir a si mesmas.

Esta política da desconstrução, constituída tanto pela precipitação quanto pela constante relação com a alteridade, mesmo que incerta e trabalhosa, parece nos ser uma alternativa melhor do que qualquer forma de fechamento do discurso e da proibição da diferença, seja na naturalização de um deus, cristalização de um único discurso científico, da égide de um líder totalitário, ou do totalitarismo que uma diagnóstica médica queira impor. Deveremos continuar nossa jornada com um olho nos acontecimentos passados, para que não nos esqueçamos do que não podemos deixar voltar a acontecer no futuro, mas com o outro olho no presente, desconstruindo

nossas atuais práticas de exclusão e de opressão, para poder criar uma realidade em que não existam mais vidas indignas de serem vividas.

Mas a política manicomial parece ainda estar longe de seu fim, e mesmo que ela não existisse, não significaria que o psicótico nunca mais ocuparia lugar de homo sacer, pois o que produz homo sacer, seja psicótico ou não, é justamente a relação entre os homens ser uma relação de biopoder na qual a lógica do sacer pode ocorrer, e ocorre, é que puderam existir manicômios nas formas e nas lógicas vistas até hoje. Se, em determinado momento da sociedade brasileira, houve uma fabricação em massa de psicóticos como homo sacer, devemos permanecer vigilantes pois, assim como no tarô, velhas cartas, ou antigos acontecimentos, podem voltar a qualquer momento justificando-se sempre através “d’O Louco”.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança: teoria e técnica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- ACCIOLY, B. **João Urso**. 4. ed. rev. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- AGAMBEN, G. **Altíssima pobreza**. São Paulo: Boitempo, 2014.
- _____. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.
- _____. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- _____. **O que resta de Auschwitz**. São Paulo: Boitempo, 2008.
- _____. **O reino e a glória**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- _____. **O uso dos corpos**. São Paulo: Boitempo, 2017.
- _____. **Opus dei**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- ALIGHIERI, D. **A divina comédia**. São Paulo: Editora 34, 1998.
- ALMEIDA, A. G. M. Afeto, uma nova concepção de família. In: **Revista Jurídica ESMP-SP**; V.5, p. 255-282, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- _____. **A promessa da política**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2008.
- _____. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- ARISTÓTELES. **A política**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ASSIS, M. **O alienista**. São Paulo: Ciranda Cultural, 2009.
- AULAGNIER, P. Observações sobre a estrutura psicótica. In: KATZ, C. S. (org.) **Psicose: uma leitura psicanalítica**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Escuta, 1991.
- AZEVEDO, A. V. **A metáfora paterna: na psicanálise e na literatura**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2001.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. In: **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p.218-224, São Paulo: 2009. Disponível em: <<<http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=67&rev=s&ano=2009>>>. Último acesso em: 30/01/2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BARRETO, A. H. L. **Diário do Hospício; Cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUDRILLARD, J. **À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas**. 1. ed. São Paulo: Editora brasiliense, 1985.

_____. **A troca simbólica e a morte**. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. Significação da publicidade. In: ADORNO, T. [et. al.]. **Teoria da cultura de massa**. Introdução, comentários e seleção de Luiz Costa Lima. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

_____. **Simulacros e simulação**. 1. ed. Lisboa: Relógio d'Água, 1991.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BENJAMIN, W. Sobre o conceito de história. In: BENJAMIN, W. **Obras escolhidas I: magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

BEZERRA JR, B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: FREIRE FILHO, J. (org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

BIANCO, J. Sombras costuma vestir. In: BORGES, J. L.; CASARES, A. B.; OCAMPO, S. (Org.). **Antologia da literatura fantástica**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.

_____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BRASIL, Casa Civil. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>>. Último acesso em: 10/12/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Disponível em: <<www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx>>. Último acesso em: 03/02/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2012.** Disponível em: <<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>>. Último acesso em: 10/12/2017.

_____. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>>. Último acesso em: 11/12/2017.

BUCCI, E.; KEHL, M. R. **Videologias: ensaios sobre a televisão.** São Paulo: Boitempo, 2004.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CALLIGARIS, C. A sedução totalitária. In: ARAGÃO, Luiz Tarlei (org). **Clínica do social: ensaios.** São Paulo: Escuta, 1991.

_____. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.** 2.ed. São Paulo: Zagodoni, 2013.

CERVANTES, M. **Dom Quixote de la Mancha.** São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo, Cortez, 2000.

CORREIA, R.M. S. **O silêncio de narciso: uma leitura sobre as implicações do espetáculo e do simulacro no narcisismo contemporâneo.** Data de defesa: 27/06/2011. 120 fls. Dissertação de mestrado. UFS. São Cristovão. 2011.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. **O ponto de vista do outro.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEBORD, G. (1967). **A sociedade do espetáculo.** 1. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DERRIDA, J. **Signature, événement, contexte.** Communication au Congrès international des Sociétés de philosophie de langue française. Montréal, 1971. Disponível em: << <http://www.jacquesderrida.com.ar/frances/signature.htm>>>; Último acesso em: 28/06/2014.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento.** São Paulo: Annablume, 2011.

ELIAS, N. **O processo civilizador.** vol.2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

FEIJOO, A. M. L. C. A psicoterapia em uma perspectiva fenomenológico-existencial. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. **Psicoterapia Fenomenológico-Existencial.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FEYERABEND, P. **Contra o método.** 3. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público.** 4. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

FONTE, E. M. M. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.** Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, 2012. Último acesso em: 03/06/2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60>

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2013.

_____. **Nascimento da biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

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

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Volume III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** vol.I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1917). Luto e melancolia. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1918). História de uma neurose infantil. In: FREUD, S. **História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), além do princípio do prazer e outros textos [1917-1920]**. Obras Completas vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1919). Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1920). Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

_____. (1921) Psicologia de grupo e análise do ego. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1923). O eu e o id. In: FREUD, S. **Obras completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1924a). Neurose e psicose. In: FREUD, S. **Obras completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1924b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: FREUD, S. **Obras completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1933) Conferência XXXV: A questão de uma Weltanschauung. In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GALINKIN, A. L. A (des)construção da pessoa e da violência. In: ALMEIDA, A. M. de O. [et. al.]. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

GIFFIN, K. **Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, n. 10, p. 146-155, Rio de Janeiro, 1994.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GONZÁLEZ-REY, F. L. Lo Cualitativo y lo Cuantitativo em la Investigación de la Psicología Social. **Psicologia & Sociedade**. V. 10, n. 2, julho/ dezembro, 1998, p. 32-52.

HAMMER, E. F. **Aplicações Clínicas dos desenhos projetivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

HERZLINGER, Regina E.; PINHO, Ricardo Reinser. **A Amil e o Sistema de Assistência Médica no Brasil**. Havard, 2011.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

KAFKA, F. **A metamorfose**. Porto Alegre: L&PM, 2014.

_____. **Carta ao pai**. Porto Alegre: L&PM, 2014.

KOLCK, O.L.V. **Sobre a técnica do desenho da figura humana na exploração da personalidade**. São Paulo: Gráfica da FFCL/USP, Boletim 293, 1966.

LACAN, J. **Meu ensino**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

_____. **Os complexos familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

_____. **O estágio do espelho como formador da função do eu**. In: LACAN, J. Escritos. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

LEWIS, C. & DESSEN, M.A. **O pai no contexto familiar**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. vol.15, nº1, pp.09-16, Brasília, 1999.

MARX, K. **Contribuições à crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. **Para a crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 2000.

MIGLIOLI, J. **Acumulação de capital e demanda efetiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 16.ed.Petropolis, Vozes, 2000.

MOURÃO, R. R. de F. **Dicionário enciclopédico de astronomia e astronáutica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

NAIFF, N. **Curso completo de Tarô**. Rio de Janeiro: Editora Nova, 2002.

JOLIVET, R. **Vocabulário de Filosofia**. Rio de Janeiro: Agir, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CÍD-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAPINI, G. A última visita do cavalheiro enfermo. In: BORGES, J. L.; CASARES, A. B.; OCAMPO, S. (Org.). **Antologia da literatura fantástica**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

PEIXOTO Jr., C. A. **Metamorfoses entre o sexual e o social: uma leitura da teoria psicanalítica sobre a perversão**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.

PLATÃO. **Defesa de Sócrates**. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

_____. **O banquete**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

PORTO-GONÇALVES, C. W. **A globalização da natureza e a natureza da globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

POSTEL, J.; QUETEL, C. **Nueva historia de la psiquiatria**. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

RAMIRES, V.R. **O exercício da paternidade hoje**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

RIBEIRO, M. A. Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 75-91, 2007.

ROMANELLI, G. **Autoridade e poder na família**. In: A família contemporânea em debate. Maria do Carmo B. Carvalho (org.), 2.ed., São Paulo: Cortez, 1997.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SARAMAGO, J. **O evangelho segundo Jesus Cristo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22.ed. São Paulo, Cortez, 2002.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005. Último acesso em: 05/06/2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421846019>

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. **Violência e saúde: estudos científicos recentes.** Ver. Saúde Pública, 2006, p. 112-120.

SCHRAIBER, L. et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.41-54, fev 2003.

SLOTEDIJK, Peter. (1999). **Regras para o parque humano: uma resposta à carta de Heidegger sobre o humanismo.** São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

SODRÉ, M. **Televisão e Psicanálise.** São Paulo: Editora Ática, 1987.

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto da psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

SPACENKOPF, M. I. O. **O olhar do poder: a montagem branca e a violência no espetáculo telejornal.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2003.

STADTLER, H.H.C., LEITÃO, H.A.L., et al. **A imensurabilidade da formação identitária paterna.** Trabalho apresentado no XI Encontro Anual da REDOR. Aracaju, 2002.

SZTAJNBERG, T. K.; CAVALCANTI, M. T. Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 1, n. 1, p. 265-279. São Paulo: Editora Escuta, 2014.

TAUSK, V. **Tausk e o aparelho de influenciar.** São Paulo: Escuta, 1990.

TAYLOR, Michael; LEVIT, Tatiana. **A cura através do humor: misturando saúde mental, humor e negócios.** Richard Ivey School of Business Foundation, 2013.

YEATS, W. B. **Teatro.** Rio de Janeiro: Editora Opera Mundi, 1973.

ANEXO

ANEXO 1: VERSÕES DO TCLE (CUIDADOR, MORADOR E TÉCNICO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(Versão Cuidador)

Projeto de pesquisa: A PSICOSE COMO HOMO SACER: O LUGAR SOCIAL DOS ANTIGOS MORADORES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Instituição dos pesquisadores: INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisadores: RÔMULO MARCELO DOS SANTOS CORREIA (Orientando/doutorando); YVETTE PIHA LEHMAN (Orientadora/Professora Doutora)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de doutoramento em Psicologia Social acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo em duas vias, sendo que uma delas ficará com você. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo:

O objetivo específico deste estudo é investigar os lugares sociais que ex-moradores de hospitais psiquiátricos ocuparam e ocupam atualmente na sociedade. Você está sendo convidado a participar por ser cuidador(a) de um Serviço de Residência Terapêutica.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em ser entrevistado por mim, pesquisador deste estudo, uma única vez, em dia e horário combinado com o(a) senhor(a). Para tal entrevista, lhe farei algumas perguntas que o(a) senhor(a) poderá responder, se quiser, principalmente baseando-se em sua própria história de vida e em suas opiniões pessoais, sem se preocupar com a existência de respostas certas ou erradas. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento sua neste estudo.

Riscos e benefícios

Esta pesquisa não pretende acarretar uma intervenção intencional que acarrete mudanças àqueles envolvidos, seja de nível biológico, intelectual, psicológico, moral, econômico ou social. Contudo, os riscos desta pesquisa são possíveis desconfortos diante dos sentimentos que podem aparecer ao relembrar de situações passadas, ou até mesmo de situações que são vivenciadas atualmente. Caso você sinta que esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Caso algum desconforto ou mal-estar surja durante as etapas da pesquisa, acionaremos a Unidade Básica de Saúde mais próxima ou outro equipamento público de saúde que esteja mais acessível.

Os possíveis benefícios desta pesquisa é ter um espaço a mais para rememorar e elaborar sua própria história de vida, além de estar deixando sua contribuição para um maior conhecimento do processo histórico da reforma psiquiátrica e da construção da saúde mental. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação

neste estudo.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados, como as gravações das entrevistas, ficarão guardados sob a responsabilidade de Rômulo Marcelo dos Santos Correia, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone (11) 3091-4182, ou pelo e-mail ceph.ip@usp.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

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

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

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Participante

Rômulo Marcelo dos Santos Correia
Pesquisador (doutorando)
Telefone institucional (11) 3091-4184
E-mail: romulomscorreia@usp.br

Prof. Yvette Piha Lehman
Pesquisador (Orientadora)
Telefone institucional (11) 3091-4184
E-mail: yvettepiha@yahoo.com.br

Endereço institucional dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Endereço: Avenida Professor Mello de Moraes, 1721, Butantã, São Paulo/SP. CEP: 05508-030. E-mail: ccppsicologiasocial@usp.br Telefone: (11) 3091-4184

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP) – Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º andar, sala 27. Cidade Universitária, São Paulo/SP. CEP 05508-030. E-mail: ceph.ip@usp.br Telefone: (11) 3091-4182

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(Versão Morador)

Projeto de pesquisa: A PSICOSE COMO HOMO SACER: O LUGAR SOCIAL DOS ANTIGOS MORADORES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Instituição dos pesquisadores: INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisadores: RÔMULO MARCELO DOS SANTOS CORREIA (Orientando/doutorando); YVETTE PIHA LEHMAN (Orientadora/Professora Doutora)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de doutoramento em Psicologia Social acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo em duas vias, sendo que uma delas ficará com você. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Os objetivos deste estudo:

Estamos tentando investigar os lugares sociais que ex-moradores de hospitais psiquiátricos ocuparam e ocupam atualmente na sociedade. Ou seja, estamos tentando compreender se existem algumas atividades e algumas relações que no geral são desempenhadas ou que deixam de ser desempenhadas pelos antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, bem como a sociedade enxerga tais desempenhos. Então, você está sendo convidado(a) a participar por ser ex-morador de hospital psiquiátrico.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em ser entrevistado por mim, pesquisador deste estudo, uma única vez, em dia e horário combinado com o senhor(a). Nesta entrevista, lhe farei algumas perguntas que o senhor(a) poderá responder de acordo com sua opinião, sem existir respostas certas ou erradas. Tal entrevista é a única coisa que o senhor(a) fará nesta pesquisa.

Riscos e benefícios

Nesta pesquisa não pretendemos que ocorra nenhum tipo de mudanças para a sua vida, seja física, mental ou social, afinal de contas só queremos saber um pouco sobre algumas coisas que o senhor viveu e sua opinião sobre tais assuntos. Contudo, os riscos possíveis da entrevista estão no desconforto diante dos sentimentos que podem aparecer devido o(a) senhor(a) lembrar de situações passadas, ou até mesmo de situações que são vivenciadas neste momento. Caso você sinta que esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Caso algum desconforto ou mal-estar surja durante as etapas da pesquisa, acionaremos a Unidade Básica de Saúde mais próxima ou outro equipamento público de saúde que esteja mais acessível.

Os possíveis benefícios desta pesquisa é ter um espaço a mais para rememorar e elaborar sua própria história, além de estar deixando sua contribuição para um maior conhecimento da construção da saúde mental. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados, como as gravações das entrevistas, ficarão guardados sob a responsabilidade de Rômulo Marcelo dos Santos Correia, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone (11) 3091-4182, ou pelo e-mail ceph.ip@usp.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

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

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

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Participante

Rômulo Marcelo dos Santos Correia
Pesquisador (doutorando)
Telefone institucional (11) 3091-4184
E-mail: romulomscorreia@usp.br

Prof. Yvette Piha Lehman
Pesquisador (Orientadora)
Telefone institucional (11) 3091-4184
E-mail: yvettepiha@yahoo.com.br

Endereço institucional dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Endereço: Avenida Professor Mello de Moraes, 1721, Butantã, São Paulo/SP. CEP: 05508-030. E-mail: ccppsicologiasocial@usp.br Telefone: (11) 3091-4184

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP) – Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º andar, sala 27. Cidade Universitária, São Paulo/SP. CEP 05508-030. E-mail: ceph.ip@usp.br Telefone: (11) 3091-4182

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(Versão Técnico)

Projeto de pesquisa: A PSICOSE COMO HOMO SACER: O LUGAR SOCIAL DOS ANTIGOS MORADORES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Instituição dos pesquisadores: INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisadores: RÔMULO MARCELO DOS SANTOS CORREIA (Orientando/doutorando); YVETTE PIHA LEHMAN (Orientadora/Professora Doutora)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de doutoramento em Psicologia Social acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo em duas vias, sendo que uma delas ficará com você. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo:

O objetivo específico deste estudo é investigar os lugares sociais que ex-moradores de hospitais psiquiátricos ocuparam e ocupam atualmente na sociedade. Você está sendo convidado a participar por ser técnico de nível superior que trabalha ou que já trabalhou com saúde mental.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em ser entrevistado por mim, pesquisador deste estudo, uma única vez, em dia e horário combinado com o(a) senhor(a). Para tal entrevista, lhe farei algumas perguntas que o(a) senhor(a) poderá responder, se quiser, principalmente baseando-se em sua própria história de vida, em suas opiniões e saberes. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento sua neste estudo.

Riscos e benefícios

Esta pesquisa não pretende acarretar uma intervenção intencional que acarrete mudanças àqueles envolvidos, seja de nível biológico, intelectual, psicológico, moral, econômico ou social. Contudo, os riscos desta pesquisa são possíveis desconfortos diante dos sentimentos que podem aparecer ao relembrar de situações passadas, ou até mesmo de situações que são vivenciadas atualmente. Caso você sinta que esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Caso algum desconforto ou mal-estar surja durante as etapas da pesquisa, acionaremos a Unidade Básica de Saúde mais próxima ou outro equipamento público de saúde que esteja mais acessível.

Os possíveis benefícios desta pesquisa é ter um espaço a mais para rememorar e elaborar sua própria história de vida, além de estar deixando sua contribuição para um maior conhecimento do processo histórico da reforma psiquiátrica e da construção da saúde mental. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados, como as gravações das entrevistas, ficarão guardados sob a responsabilidade de Rômulo Marcelo dos Santos Correia, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone (11) 3091-4182, ou pelo e-mail ceph.ip@usp.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

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

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

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Participante

Rômulo Marcelo dos Santos Correia
Pesquisador (doutorando)
Telefone institucional (11) 3091-4184
E-mail: romulomscorreia@usp.br

Prof. Yvette Piha Lehman
Pesquisador (Orientadora)
Telefone institucional (11) 3091-4184
E-mail: yvettepiha@yahoo.com.br

Endereço institucional dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Endereço: Avenida Professor Mello de Moraes, 1721, Butantã, São Paulo/SP. CEP: 05508-030. E-mail: ceppsicologiasocial@usp.br Telefone: (11) 3091-4184

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP) – Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º andar, sala 27. Cidade Universitária, São Paulo/SP. CEP 05508-030. E-mail: ceph.ip@usp.br Telefone: (11) 3091-4182