

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

A PRODUÇÃO DO USUÁRIO E SEU USO SUMÁRIO

Discursos da clientela de um NAPS

SÉRGIO BACCHI MACHADO

São Paulo
2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

A PRODUÇÃO DO USUÁRIO E SEU USO SUMÁRIO

Discursos da clientela de um NAPS

SÉRGIO BACCHI MACHADO

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Guirado

São Paulo

2006

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

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Machado, Sérgio Bacchi.

A produção do usuário e seu uso sumário: discursos da clientela de um NAPS / Sérgio Bacchi Machado; orientadora Marlene Guirado. -- São Paulo, 2006.

136 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Estudo de usuário 2. Serviços de saúde mental 3. Loucura 4. Análise do discurso 5. Instituições de saúde I. Título.

RA790

Sérgio Bacchi Machado

A produção do usuário e seu uso sumário: discursos da clientela de um NAPS

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Guirado

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dissertação apresentada e aprovada em: ___/___/___

Para meus pais.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Marlene Guirado, pela orientação nesta pesquisa de mestrado, sempre muito sincera e também confiante em meu trabalho. Seu rigor é condizente com o método a que se dedica e sua sensibilidade apontou um caminho para minha formação.

Aos usuários do NAPS, pela generosidade luminosa e sofrida de vocês.

À equipe do NAPS, pela forma calorosa com que me acolheram.

Aos meus pais, Gerson e Sueli, pelo apoio e afeto que sempre me deram. E também à minha irmãzinha, Lica, que, de tão querida, não cabe mais em meu coração.

Aos meus avós maternos, Pacífico e Irene, pelo carinho que me devotam hoje e sempre. Esta é só mais uma daquelas histórias que eu escrevia quando criança para vocês.

Aos meus avós paternos (*in memoriam*), Edson e Angelina, gostaria que este trabalho fosse doce como o olhar de vocês sobre seu neto.

Aos amigos Amilcar, André, Guilherme e Nivaldo, que cultivam esse hábito saudável de me resgatar sempre que considero o jogo perdido.

Ao Nelson da Silva Jr., pelo respeito com que me acompanhou e, dentro de mim, continua a acompanhar.

Às Profas. Dras. Ianni Scarcelli e Ronilda Iyakemi Ribeiro, pela contribuição significativa ao meu trabalho no exame de qualificação.

À Mariana, que, meticulosa e amiga, corrigiu meu português falho e me colocou nas normas.

Aos meus *brothers* Daniel e Marco, pelas leituras e pelas sugestões.

Ao Prof. Dr. José Moura Gonçalves Filho, o Zeca, que me ensinou, em aulas, monitorias e bate-papos, que a psicologia deve ser, acima de tudo, um trabalho de afirmação da dignidade humana.

Aos meus colegas do grupo de orientação, pela interlocução preciosa.

Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos.

Michel Foucault

Este anseio infinito e vão de possuir o que me possui.

Manuel Bandeira

SUMÁRIO

RESUMO	XI
ABSTRACT	XII
1 INTRODUÇÃO	13
1.1	13
1.2	14
1.3	16
1.4	21
1.5	25
1.6 UM PARÊNTESE NECESSÁRIO	31
1.7	37
1.8	44
1.9	49
1.10	53
2 MÉTODO	56
2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	56
2.2 A ANÁLISE INSTITUCIONAL DE DISCURSO	57
2.3 O DISCURSO EM QUESTÃO	62
2.4 PROCEDIMENTOS	66
3 ANÁLISES	67
3.1 SANDRO	67
3.2 PAULA	80
3.3 JAIR	94
3.4 FERNANDA	104
4 DISCUSSÃO	123
4.1 VIOLÊNCIA, INJUSTIÇA E SEXUALIDADE	123
4.2 MEDICAMENTO: QUESTÃO DE VIDA E MORTE	125
4.3 PIOR FORA DO NAPS	126
4.4 O OUTRO USUÁRIO	127

4.5 A POLÊMICA DO ELETROCHOQUE	127
4.6 CUIDANDO DO QUE É MEU	128
<u>5 SOBRE A PRODUÇÃO E O USO DE SI</u>	<u>130</u>

RESUMO

MACHADO, S. B. *A produção do usuário e seu uso sumário: discursos da clientela de um NAPS*. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Partindo de uma abordagem da figura polêmica da loucura como domínio estratégico de inúmeras relações de poder que não majoritariamente orientadas por princípios restritivos, esta dissertação enfoca a produção do sujeito “usuário” em um NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) – instituição pública de saúde mental vinculada ao movimento da Luta Antimanicomial. Para tanto, transcrições de entrevistas com os usuários foram analisadas segundo o método de análise institucional de discurso. Visou-se, com isso, ao estudo da constituição do sujeito no discurso – o que implica tanto o seu vínculo com a instituição quanto a interlocução que se configura com o entrevistador no ato mesmo da entrevista. Empreendendo uma analítica do discurso do usuário – em detrimento de classificações psiquiátricas ou psicopatológicas impostas aos sujeitos –, realizou-se o delineamento de singularidades por meio da positivação desses discursos. Por fim, confrontando as análises das entrevistas, buscou-se mapear as regularidades discursivas e as diversas correlações de força. Temas como violência, médicos, sexualidade, medicamentos e cotidiano institucional são abordados nesta pesquisa, sempre tendo por base o discurso dos usuários.

Palavras-chave: Estudo de usuário; Serviços de saúde mental; Loucura; Análise do discurso; Instituições de saúde.

ABSTRACT

MACHADO, S. B. *The user's production and its concise application: discourses from a NAPS clientele.* 2006. 136 p. Thesis (Master). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Starting with an approach of the controversial image of insanity as a controlling strategy of various power relationships, which are not mostly guided by restrictive principles, this dissertation focuses on the subject's production, a user in a NAPS (Social and Psychological Attention Centre) – public institution of mental care, which is linked to the “Anti-Mental Hospital” fight. Therefore, transcriptions of users' interviews were analyzed according to the institutional discourse analysis method. For the objective of studying the subject's constitution in the discourse – which implies its relation to the institution and the conversation configured with the interviewer during the interview. Applying the user's discourse analysis – in disregard of psychiatric or psychopathological categories imposed on the subjects – was made the outline of singularities through the assertiveness of those discourses. At last, comparing the interviews' analyses, we intended to map discourse regularities and various power correlations. Topics like violence, medicals, sexuality, medicine and institutional daily life are always approached in this research, keeping the users' discourse as support.

Keywords: Study user; Mental health services; Madness; Discourse analysis; Residential care institutions.

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é um estudo dos discursos de usuários de uma instituição de saúde mental – um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Estado de São Paulo. Entrevistamos usuários e analisamos as transcrições pelo método da análise institucional de discurso.

1.1

Muito já foi dito a respeito da loucura. Poderia ela dizer a verdade de si? Estaria essa verdade aguardando intacta e silenciosa o golpe de luz que a revelasse? Talvez, de uma distância imprecisa, a loucura nos observe, brincando com suas muitas faces em uma promessa que insiste em se renovar. Ela é vaidosa, impossível de resistir em seus jogos. Falemos dela, enredemo-nos em sua malha densa e obscura. Deixemos que a loucura divirta-se conosco – por que não? –, que nos conduza para onde bem quiser. Como disse Foucault (1990, p.142), “[...] o jogo vale a pena na medida em que não se sabe como terminará.”¹

E, no entanto, tentemos interpelar algumas dessas faces da loucura sem fixá-las em um molde frio que pudesse ser transportado por museus mantendo inalteradas suas feições. Eximindo-nos da pretensão de traduzir o que elas “realmente querem dizer”. Sobretudo, resistindo à tentação de “interpretá-las”. Produzimos um discurso num campo que chamamos de “analítico”². Esse campo, longe de ser neutro, constitui-se num jogo de forças com outros discursos, imbricado visceralmente com os produzidos nas entrevistas, sem, contudo, confundir-se com eles. Aqui (vá lá o chavão)

¹ Tradução e versão nossas.

² Ver capítulo de método.

todo cuidado é pouco, não podemos nem nos misturar, o que implicaria uma redundância, nem, tampouco, criar uma exterioridade, que nos forneceria uma ilusória segurança. É preciso equilibrarmo-nos nesse fio de alta tensão. Em outras palavras, é preciso analisar.

1.2

*Que singular existência é esta que vem
à tona no que se diz e em nenhuma
outra parte?*

Michel Foucault

Um discurso é produzido estrategicamente em relação a outros discursos, conforme nos ensina Foucault (2004). Uma enunciação de tal monta exige, sem dúvida, um exame mais apurado. Entretanto, proponho que a aceitemos provisoriamente. Concordemos por ora, olho aberto outro fechado, que um discurso se produz em meio a relações com outros discursos; relações essas cuja natureza ainda desconhecemos.

Isso posto, um segundo passo no vazio é necessário. Se um discurso se faz em meio a outros discursos e nos espaços possíveis entre eles, o desta dissertação não pode fugir à regra. Trata-se, então, de tirarmos as conseqüências inevitáveis e completarmos nosso esboço de silogismo com uma questão de ordem estratégica: em meio a quais discursos se produz esta dissertação? Em que campo discursivo se insere nossa pesquisa? Com isso, não estão em pauta quais estudos aproximam-se mais do conhecimento que deveríamos tentar alcançar com toda humildade dos que sabem que nada sabem, mas “como” pode ser tecido o discurso que ora se produz. Para isso, é preciso levar a cabo um mapeamento detalhado desse campo discursivo; ou seja, debruçarmo-nos sobre esses discursos vivos em seu interjogo de

posicionamentos e instáveis em suas táticas e correlações. Em outras palavras, debruçarmo-nos sobre o pano de fundo que nos constitui – e, para sermos francos, nem tão fundo assim, pois está na superfície mesmo. Em qual sistema de remissões a outras enunciações nos inserimos? Assim, ao retomarmos as enunciações do outro, produzimos nosso próprio discurso e, sorratamente, nos introduzimos num campo de poder-saber que nos ultrapassa.

Entretanto, não devemos compreender essa cartografia como uma prévia do discurso “pra valer” ou “original” que só poderia vir com as análises ou a discussão. Pelo contrário, depois de Foucault, a crença de que existiriam discursos cuja criação independeria de sua localização histórico-discursiva tornou-se ingênua e inviável.³ Trata-se de, num único gesto, retomar discursos que nos constituem e produzir um texto singular. A opção por um mapeamento dos discursos por meio dos quais podemos emergir deve-se mais a razões estratégico-metodológicas do que epistemológicas propriamente ditas. Somente por esse viés podemos esclarecer o porquê da ênfase nos discursos específicos citados a seguir.

Dessa forma, o restante da Introdução dedica-se a explorar e localizar alguns outros discursos ao mesmo tempo “familiares e estranhos”⁴ ao que ora se produz. Explicitemos, portanto, a teia discursiva em cujos meandros nos constituímos.

³ Novamente, nos reportamos ao capítulo de método.

⁴ Tomamos aqui em tom de paródia travessa as palavras do magistral ensaio de Freud, *O estranho* (1996a/1919). Trata-se de uma brincadeira balizada pela importância da escritura freudiana na presente dissertação, como se verá nos próximos itens dessa introdução.

1.3

A inquietação com a loucura, em forma patente ou latente, é central no pensamento freudiano, de maneira que, por vezes, temos a impressão de que para discorrermos sobre esse tema seríamos obrigados a repassar sua obra “de fio a pavio”. Visamos, aqui, a estabelecer uma ponte com o discurso freudiano e, assim, evidenciar sua força na dissertação que ora se constrói. Do mesmo modo como a loucura está estrategicamente localizada na obra freudiana, o pensamento de Freud é referência fundamental na elaboração desta pesquisa.

Escolhemos dois de seus textos para tangenciarmos: *Neurose e psicose* (1996b/1924) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1996c/1924). Escolha estratégica, uma vez que ambos interpelam especificamente as diferenças e semelhanças entre neuroses e psicoses naquele momento do discurso freudiano. Logo no princípio de *Neurose e psicose*, Freud lança a tese a ser discutida em ambos os textos: “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo.” (FREUD, 1996b/1924, p. 167.) Logo em seguida, em linhas sucintas, ele nos faz rever todo o mecanismo das neuroses:

Nossas análises demonstram todas que as neuroses transferenciais se originam de recusar-se o ego a aceitar um poderoso impulso instintual do id, ou a ajudá-lo a encontrar um escoador ou motor, ou de o ego proibir àquele impulso o objeto a que visa. Em tal caso, o ego se defende contra o impulso instintual mediante o mecanismo da repressão. O material reprimido luta contra esse destino. Cria para si próprio, ao longo de caminhos sobre os quais o ego não tem poder, uma representação substitutiva (que se impõe ao ego mediante uma conciliação) – o sintoma. O ego descobre a sua unidade ameaçada e prejudicada por esse intruso e continua a lutar contra o sintoma, tal como desviou o impulso instintual original. Tudo isso produz o quadro de uma neurose. Não é

contradição que, empreendendo a repressão, no fundo o ego esteja seguindo as ordens do superego, ordens que, por sua vez, se originam de influências do mundo externo que encontraram representação no superego. Mantém-se o fato de que o ego tomou o partido dessas forças, de que nele as exigências delas têm mais força que as exigências instintuais do id, e que o ego é a força que põe a repressão em movimento contra a parte do id interessada e fortifica a repressão por meio da anticatexia da resistência. O ego entrou em conflito com o id, a serviço do superego e da realidade, e esse é o estado de coisas em toda neurose de transferência (FREUD, 1996b/1924, p. 167-168).

É com base nessa descrição dos mecanismos atuantes na neurose que Freud se debruça sobre a problemática da psicose. Em oposição ao distúrbio ego-id, característico da neurose, a psicose é marcada por um conflito ego-realidade. Ele cita psicoses nas quais lembranças e percepções se deformam ocasionando uma transformação do mundo exterior. Essa alteração da realidade é creditada a frustrações intoleráveis do desejo ocasionadas pela própria realidade:

O ego cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo por parte da realidade – frustração que parece intolerável (FREUD, 1996b/1924, p. 168).

Freud constata, então, que tanto a psicose quanto a neurose seguem uma mesma etiologia que consiste na frustração dos desejos que não puderam se realizar – desejos esses cuja origem deve ser buscada no período da infância. A diferença, portanto, dependeria da ação do ego frente aos impulsos instintuais; disso resultaria o “efeito patogênico” neurótico ou psicótico:

O efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual desse tipo, permanecer fiel à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade (FREUD, 1996b/1924, p. 169).

Neurose e psicose compartilham, assim, de um ego incapaz de lidar com as várias exigências que lhe são feitas. Em *A perda da realidade na neurose e na psicose* (FREUD, 1996c/1924), Freud problematiza sua tese de que, na neurose, em oposição à psicose, não haveria perda de realidade. Seguindo sua estratégia anterior de descrever a psicose estabelecendo comparações entre esta e a neurose, ele aponta que na segunda ocorre um “afrouxamento da relação com a realidade”, devido a um fracasso na repressão do impulso instintual. Esse afrouxamento se dá, pois “a pessoa interessada volta as costas à experiência, e a transfere à amnésia” (1996c/1924, p. 206). Dessa forma, a neurose tenta solucionar o conflito ignorando parte da realidade e fazendo compensações sob a forma de soluções de compromisso, os sintomas. Já a psicose, por sua vez, tenta reparar o vínculo com a realidade (após a repressão instintual) por meio da recriação alucinada desta. Do mesmo modo que a neurose com a criação dos sintomas, a psicose é uma tentativa de reparação da realidade, mas, diferentemente daquela, por via da recriação do mundo externo. Entretanto, apesar dessa realidade recriada manter – e mesmo buscar – um vínculo com o mundo externo, ela tem por função primordial não mais levantar objeções aos impulsos proibidos.

Para Freud, as semelhanças entre neurose e psicose são contundentes. Ambas são expressão de um conflito do id com o mundo externo e ambas correspondem a uma tentativa de reparação do mesmo. Recriação e fuga da realidade diferem psicose de neurose respectivamente. A transfiguração da realidade na psicose, assim como a criação do sintoma na neurose, são

processos que têm por base os vínculos passados com o mundo externo. Freud concebe esses antigos vínculos como norteadores da transformação da realidade empreendida pelo psicótico. É justamente devido à constatação de que a alucinação retira sua matéria-prima do mundo externo que Freud afirma ser a psicose, no momento em que recria a realidade, uma tentativa de restauração de seu antigo vínculo com o mundo externo. Mesmo deformada devido às exigências do id, a realidade se impõe na configuração do delírio.

Em uma psicose, a transformação da realidade é executada sobre os precipitados psíquicos de antigas relações com ela – isto é, sobre os traços de memória, as idéias e os julgamentos anteriormente derivados da realidade e através dos quais a realidade foi representada na mente (FREUD, 1996c/1924, p. 207).

O enunciado de que o delírio é uma tentativa de cura está articulado ao de que ele é uma forma de vínculo com a realidade. Porém, a primeira enunciação encontra-se no registro latente, ao passo que a segunda ocorre no registro patente.⁵ Efetivamente, a enunciação de que o delírio já é em si uma tentativa de cura – constituindo mesmo a possibilidade dessa cura – regula a produção do discurso freudiano com relação à loucura.

Freud nos brinda ainda com uma concepção de conduta “normal” ou “sadia” (aspas do autor). Com efeito, a normalidade se daria por uma combinação das reações neuróticas e psicóticas, ou seja, “[...] se repudia a realidade tão pouco quanto uma neurose, mas depois se esforça, como faz uma psicose, por efetuar alteração dessa realidade” (FREUD, 1996c/1924, p. 207).

⁵ Em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* (FREUD, 1996e/1911), Freud já havia enunciado no registro patente que o delírio é uma tentativa de cura.

Dessa forma, podemos inferir que a conduta marcada exclusivamente pela neurose ou pela psicose é “anormal” ou “doente”. Conclui Freud que a ação normal permite o acesso ao mundo do trabalho, o qual exige uma alteração do mundo externo. O trabalho seria, assim, a atividade exemplar da normalidade.

*

Em princípio parece fácil condenar Freud por seu ideal cientificista e sua preocupação normativa em demarcar a doença. Porém, nos textos citados – como, aliás, em toda sua obra –, Freud é repleto de sutilezas. Se, por um lado, a psicose encontra-se no território delimitado pela doença em oposição à normalidade, por outro, ela é positivada por Freud como uma produção singular. O delírio, dessa forma, não é uma pura negatividade que em vão tenta ocupar o lugar abandonado pela razão; pelo contrário, ele tem uma história própria e alvos específicos. Nesse sentido, ao “ouvir as vozes da loucura”, Freud faz uma ruptura e, ao mesmo tempo, se expõe à crítica sagaz de outro grande pensador: Michel Foucault. Este colocará na berlinda o ideal normativo e a psicanálise não será poupada. Antes disso, porém, gostaríamos de questionar um outro discurso atualmente bastante corrente que implica Freud no protótipo adaptacionista, ou seja, o reputa como adepto da coerção normativa, mas de uma forma a nosso ver um pouco precipitada. Não buscamos, com isso, inserir Freud nesta ou naquela tradição “fechada” de reflexão sobre a loucura, mas problematizar mesmo a relação que o método psicanalítico compõe com as ditas “anormalidades”. É disso que trataremos no próximo item, de forma que mais uma vez o discurso freudiano será nosso protagonista.

1.4

Em *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (1996e/1908), Freud aborda a relação entre psiconeuroses e regras morais sexuais vigentes em sua época. Mais precisamente, ele aponta um vínculo entre essas duas figuras que até então não eram pareadas. Evidentemente as inervações dessa relação serão exploradas em maior amplitude – e por um enfoque diferente, diga-se de passagem – posteriormente em *O mal-estar na civilização* (1996f/1930). Porém, já em 1908, Freud demonstra tal fineza em sua exposição do problema que torna difícil equipará-lo aos ativos e brutos defensores da eugenia de então⁶.

Para Freud, existe uma afinidade estreita entre as doenças nervosas – e ele se deterá no caso específico das psiconeuroses – e a moral sexual civilizada. Com efeito, a moral sexual da civilização é, para Freud, o principal fator etiológico das doenças nervosas. Essa moral, caracterizada pela repressão da vida sexual dos povos civilizados, tem um caráter normativo que prima pela desconsideração dos fatores constitutivos individuais. Assim, a civilização exige a adesão maciça de seus membros a uma norma moral essencialmente niveladora. Ao exigir a restrição de um considerável quinhão de instintos tão “prementes”, a sociedade faz vista grossa à impossibilidade constitutiva de grande parte de seus membros de realizar com êxito essa supressão. As exigências morais da cultura, no que se referem à coerção do instinto sexual, podem ser, segundo Freud (1996e/1908, p. 175), resumidas em três estádios:

⁶ “É uma honra política para a psicanálise – ou pelo menos para o que pôde haver nela de mais coerente – ter suspeitado (e isto desde o seu nascimento, ou seja, a partir de sua linha de ruptura com a neuropsiquiatria da degenerescência) do que poderia haver de irreparavelmente proliferante nesses mecanismos de poder que pretendiam controlar e gerir o cotidiano da sexualidade: daí o esforço freudiano (sem dúvida por reação ao grande crescimento do racismo que lhe foi contemporâneo) para dar à sexualidade a lei como princípio [...]. A isso a psicanálise deve o fato

[...] um primeiro em que o instinto sexual pode manifestar-se livremente sem que sejam consideradas as metas de reprodução; um segundo em que tudo do instinto sexual é suprimido, exceto quando serve ao objetivo da reprodução; e um terceiro no qual só a reprodução legítima é admitida como meta sexual. A esse terceiro estágio corresponde a moral sexual “civilizada”.

Uma exigência de tal monta, aliada à obstinação de grande parte dos membros da civilização em segui-la à risca, traz como consequência inevitável o incremento das psiconeuroses. A renúncia à realização dos impulsos instintuais teria como contrapartida – no caso de não ser possível ao indivíduo sublimar e, para Freud, freqüentemente não o é⁷ – complexos ideativos inconscientes de conteúdo sexual. Longe de permanecerem inativos, os impulsos reprimidos expressam-se em uma forma outra que torna difícil reconhecer seu solo primeiro e sua silhueta original – esse seria o êxito da repressão. Porém, a manifestação desses complexos inconscientes acaba por prejudicar o sujeito e o torna “tão inútil para a sociedade quanto o teria inutilizado a satisfação de seus instintos suprimidos” (1996e/1908, p. 176). Este seria o fracasso da repressão. A renúncia ao impulso instintual e a falha da repressão são correlativas, assim, à anulação do indivíduo face à cena social. Com efeito, o indivíduo passa a ter, a partir daí, como meta

de ter estado – com algumas exceções e no essencial – em oposição teórica e prática ao fascismo.” (FOUCAULT, 2003, p. 140-141.)

⁷ “A essa capacidade de trocar seu objetivo sexual original por outro, não mais sexual, mas psiquicamente relacionado com o primeiro, chama-se capacidade de sublimação. Contrastando com essa motilidade, na qual reside seu valor para a civilização, o instinto sexual é passível também de fixar-se de uma forma particularmente obstinada, que o inutiliza e o leva algumas vezes a degenerar-se até as chamadas anormalidades. O vigor original do instinto sexual provavelmente varia com o indivíduo, o que sem dúvida também acontece com a parcela do instinto suscetível de sublimação. Parece-nos que a constituição inata de cada indivíduo é que irá decidir primeiramente qual parte do seu instinto sexual será possível sublimar e utilizar. [...] Entretanto, não é possível ampliar indefinidamente esse processo de deslocamento, da mesma forma que em nossas máquinas não é possível transformar todo o calor em energia mecânica. Para a grande maioria das organizações parece ser indispensável uma certa quantidade de satisfação sexual direta, e qualquer restrição dessa quantidade, que varia de indivíduo para indivíduo, acarreta fenômenos que, devido aos prejuízos funcionais e ao seu caráter subjetivo de desprazer, devem ser considerados como uma doença.” (1996/1908, p. 174.)

fundamental, o empreendimento de grande parcela de sua energia psíquica na conservação de seu complexo ideativo na inoperância. Sem contarmos o fracasso dessa empresa – os sintomas são substitutos da satisfação instintual que acabam por trazer malefícios muitas vezes superiores às conseqüências nocivas da pura e simples realização dos impulsos –, um tal dispêndio de energia acaba por inutilizar o indivíduo para as demais atividades a ele delegadas pela cultura.

Ora, mas a questão apontada por Freud é que a própria civilização exige essa renúncia instintual por meio da extrema austeridade de sua moral sexual. Ao invés da produção de bens estritamente culturais por meio do emprego da energia sexual de seus membros, a civilização acaba por ocasionar doenças psíquicas que anulam grande parte dos indivíduos e, assim, boicota suas “elevadas” aspirações: “Aqueles que desejam ser mais nobres do que suas constituições lhes permitem, são vitimados pela doença. Esses indivíduos teriam sido mais saudáveis se lhes fosse possível ser menos bons.” (1996e/1908, p. 177.)

Lá onde a civilização via um fator de saúde e força, Freud aponta a etiologia da doença; lá onde a cultura estabelece a linha de demarcação rígida entre a normalidade de uma moral sadia e a degenerescência de um corpo enlouquecido, Freud vê uma continuidade de figuras bastante semelhantes regidas pelo mesmo princípio organizador; enfim, lá onde a moral se responsabiliza pelo zelo de uma cultura, o trabalho clínico de Freud no corpo-a-corpo com seus pacientes delineia uma cumplicidade inusitada com a patologia. Assim, a questão é menos salientar a determinação das circunstâncias sociais já como determinantes na proliferação da doença nervosa do que revelar uma verdade da vida normal que a própria normalidade desconhece. Esse desvelamento do real só é possível pelo clarão da patologia, ou seja, a revelação da verdade do normal

encontra sua condição de possibilidade na relação de tensão – mas também de continuidade – com a anormalidade. Dessa forma, pelo método psicanalítico e pelo trabalho investigativo junto a seus pacientes, Freud pôde colocar em xeque consagrados valores e silenciosos agenciamentos da civilização. Em decorrência da contigüidade entre normalidade e patologia constatada pela psicopatologia psicanalítica, o estereótipo de “adaptacionista” imposto a Freud por muitas leituras atuais pode ser problematizado. Nas palavras do psicanalista Silva Jr. (1999, p. 135):

Pode-se assim compreender que Freud investigue nos próprios sonhos os mecanismos que havia encontrado em pacientes neuróticos e que procure esclarecer o luto normal e a melancolia a partir de uma reflexão simultânea sobre os dois. Na verdade, trata-se de “...reencontrar – tal como dizia Freud – a aparente simplicidade do normal a partir de conjecturas, a partir das distorções e exageros do patológico”. Assim, longe de “psicopatologizar a cultura”, a investigação psicanalítica supõe um profundo desconhecimento desta, e parte da visibilidade do patológico para questionar a invisibilidade do normal. A “normalidade” é uma grande incógnita no método psicanalítico de investigação, e o esquecimento deste princípio transforma rapidamente a psicanálise em uma versão mística da reengenharia de comportamento. Com efeito, é a própria “alteridade como enigma”, seja ela normal ou patológica, que confere uma posição forte, isto é, um princípio constitutivo à psicopatologia psicanalítica.

Não por acaso as linhas finais do ensaio de Freud são dedicadas a uma crítica venenosa (em que a ironia e o humor não são elementos ausentes) dirigida à “normalidade”:

Em vista disso, é justo que indaguemos se a nossa moral sexual “civilizada” vale o sacrifício que nos impõe, já que estamos ainda tão escravizados ao hedonismo a ponto de incluir entre os objetivos de nosso desenvolvimento cultural uma certa dose de satisfação da felicidade individual. Certamente não é atribuição do médico propor reformas, mas me pareceu que eu poderia defender a necessidade de tais reformas se ampliasse a exposição de Von Ehrenfels sobre os efeitos nocivos de nossa

moral sexual “civilizada”, indicando o importante papel que essa moral desempenha no incremento da doença nervosa moderna (FREUD, 1996e/1908, p. 186).

1.5

Utopia: aquilo de um mundo no qual não existisse outra coisa senão diferenças, de forma que diferenciar-se não fosse mais excluir-se.

Roland Barthes

Em *A história da loucura na idade clássica*, publicada originalmente em 1972, Foucault (2002) aborda a mobilidade cultural e suas determinações históricas. Para tanto, ele demonstra como a transformação da loucura em alienação mental de cunho psiquiátrico pode ser revista por uma arqueologia da loucura no Ocidente – do Renascimento à modernidade. A loucura constrangida ao domínio médico e identificada à enfermidade mental é descortinada pela arqueologia foucaultiana como fenômeno recente. A constituição de um espaço terapêutico específico, os asilos, para curar os agora denominados doentes, é o correlato do processo histórico que criou a alienação mental. A formação da psiquiatria nos primórdios do século XIX é marcada em sua base de sustentação por esses eventos que, mesmo sendo uma ruptura com outras práticas – a loucura jamais teve até então o estatuto de enfermidade mental –, só podem ser compreendidos historicamente. Um longo percurso foi necessário para que a disciplina psiquiátrica detivesse o saber sobre a loucura. A bem dizer, a psiquiatria nasce no início do século XIX, justamente no momento em que passa a deter o conhecimento da loucura, emitindo enunciados sobre a doença mental, exercendo domínio e incidindo sobre novas práticas sociais. Foucault evidencia esse trajeto desde os primórdios da Idade Clássica e demonstra de que maneira foram dadas as condições de possibilidade para o

surgimento da disciplina psiquiátrica no Ocidente. Ele faz com que nos debruçemos sobre a trajetória histórica da loucura desde a Renascença a fim de compreender a transformação que se operou.

Para o autor, a loucura atravessa, na tradição ocidental, um processo de desqualificação de sua potencialidade de dizer a verdade. Tal depreciação da loucura está articulada a um processo amplo na história do Ocidente, marcado pela oposição radical dos registros da razão e da desrazão. Nesse sentido, a desqualificação da loucura – a qual ocupava posição estratégica nesse embate (BIRMAN, 2000) – é marca incontestável do triunfo da razão sobre a desrazão que se operou no Ocidente.⁸ Uma vez expulsa a loucura do registro da razão, o único reconhecido como detentor da verdade na modernidade, aquela perde, instantaneamente, sua possibilidade de ser escutada. Com efeito, o campo da razão passa a ser o único qualificado a “dizer” qualquer coisa. Dessa forma, sendo a história da loucura o processo de produção da doença mental, ela é ao mesmo tempo a história da “suspensão da loucura como linguagem proscrita”⁹ (FOUCAULT, 1972, p. 579). Esse movimento corresponderia a uma alteração drástica da cena social que compõe a loucura. Efetivamente, nos primórdios do século XVII a loucura passa por uma restrição/exclusão da cena social, sendo confinada junto a outras figuras da marginalidade nos hospitais gerais. Esse processo de tentativa de expulsão da loucura não só do registro razão-verdade como também de toda cena social possível, culminou na criação, pela nascente psiquiatria do século XIX, dos asilos para os alienados. O asilo torna-se um espaço diferenciado para o trato

⁸ Foucault nos demonstra que a constituição da loucura como outro da razão – ou ausência da razão – deve ser remontada à filosofia do sujeito inaugurada por Descartes. Efetivamente a metafísica cartesiana funda o sujeito no autocentramento da substância pensante, destacando assim o eixo da razão como base exclusiva para a positivação do sujeito.

⁹ Versão e tradução nossas.

exclusivo do doente mental, em oposição à circulação mais livre e trágica da loucura no Renascimento. Segundo Birman (2000, p. 36):

[...] foi no espaço dessa oposição axial, isto é, no campo imantado entre razão e desrazão, que Foucault inscreveu a sua leitura arqueológica sobre a loucura, segundo a qual a transformação recente desta enfermidade mental seria, na modernidade, o apogeu desse longo percurso na cultura ocidental.

História da loucura na idade clássica rompe com uma tradição de pensamento consagrada por historiadores da psiquiatria (e de outras áreas também). A doença mental passa a ser uma entidade “produzida” e não uma verdade descoberta. Com Foucault, a história não segue mais uma linha contínua em direção a um conhecimento cada vez mais perfeito e independente dos elementos sociais que o circunscreve. Ela não é animada por um princípio de coesão ou por uma teleologia a que sempre deve retornar.¹⁰ Pelo contrário,

[...] quis o destino, infelizmente, que as coisas fossem mais complicadas. E, de um modo geral, que a história da loucura não pudesse servir, em caso algum, como justificativa e ciência auxiliar na patologia das doenças mentais. A loucura, do devir de sua realidade histórica, torna possível, em um dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental, mas não é este

¹⁰ Saindo um pouco do âmbito específico da loucura, o seguinte trecho de *A arqueologia do saber* é exemplar da crítica foucaultiana à história como continuidade e à sua outra face, a filosofia do sujeito: “Se a história do pensamento pudesse permanecer como o lugar das continuidades ininterruptas, se ela unisse, continuamente, encadeamentos que nenhuma análise poderia desfazer sem abstração, se ela tramasse, em torno do que os homens dizem e fazem, obscuras sínteses que a isso se antecipam, o preparam e o conduzem, indefinidamente, para seu futuro, ela seria, para a soberania da consciência, um abrigo privilegiado. A história contínua é o correlato indispensável à função fundadora do sujeito: a garantia de que tudo que lhe escapou poderá ser devolvido; a certeza de que o tempo nada dispersará sem reconstituí-lo em uma unidade recomposta; a promessa de que o sujeito poderá, um dia – sob a forma da consciência histórica –, se apropriar, novamente, de todas essas coisas mantidas a distância pela diferença, restaurar seu domínio sobre elas e encontrar o que se pode chamar sua morada. Fazer da análise histórica o discurso do contínuo e fazer da consciência humana o sujeito originário de todo o devir e de toda a prática são duas faces de um mesmo pensamento. O tempo é aí concebido em termos de totalização, onde as revoluções jamais passam de tomadas de consciência.” (FOUCAULT, 2004, p. 14.)

conhecimento que forma a verdade desta história, animando-a secretamente desde sua origem (FOUCAULT, 2002, p. 119).

Nesse sentido, a objetividade não pode ser uma transparência que fala, de forma asséptica e desinteressada, a verdade da loucura:

[...] na realidade, ela [a objetividade] só se oferece exatamente àquele que está protegido dela. O conhecimento da loucura pressupõe, naquele que a apresenta, uma certa maneira de desprender-se dela, de antecipadamente isolar-se de seus perigos e de seus prestígios, um certo modo de não ser louco. E o advento histórico do positivismo psiquiátrico só está ligado à promoção do conhecimento de uma maneira secundária; originalmente, ele é a fixação de um modo particular de estar fora da loucura: uma certa consciência de não-loucura que se torna, para o sujeito do saber, situação concreta, base sólida a partir da qual é possível conhecer a loucura (FOUCAULT, 2002, p. 445).

Assim, história da loucura como tentativa da razão de conjurar o perigo que lhe é interior, de reduzir a alteridade que a observa de dentro. Cabe ressaltar que Foucault estava próximo ainda a uma orientação fenomenológica e a uma concepção de experiência “original” da loucura: “De maneira geral, ‘Histoire de la folie’ dedicava uma parte bastante considerável, e aliás bem enigmática, ao que se designava como ‘experiência’, mostrando, assim, o quanto permanecíamos próximos de admitir um sujeito anônimo e geral da história.” (FOUCAULT, 2004, p. 18.) Em um outro momento, Foucault vai se posicionar por via de uma recomendação metodológica (a qual nos é muito cara, aliás) na contramão de um tema explícito em sua obra sobre a loucura:

Não se procura reconstituir o que podia ser a própria loucura, tal como se apresentaria inicialmente em alguma experiência primitiva, fundamental, surda, apenas articulada, e tal como teria sido organizada em seguida (traduzida, deformada, deturpada, reprimida talvez) pelos discursos e pelo jogo oblíquo, freqüentemente retorcido, de suas operações. Sem dúvida, semelhante história do referente é possível; não se

exclui de imediato o esforço para desenterrar e libertar do texto essas experiências “pré-discursivas”. Mas não se trata, aqui, de neutralizar o discurso, transformá-lo em signo de outra coisa e atravessar-lhe a espessura para encontrar o que permanece silencioso aquém dele, e sim, pelo contrário, de mantê-lo em sua consistência, fazê-lo surgir na complexidade que lhe é própria. Em uma palavra, quer-se, na verdade, renunciar às “coisas”, “despresentificá-las”; conjurar sua rica, relevante e imediata plenitude, que costumamos considerar como a lei primitiva de um discurso que dela só se afastaria pelo erro, esquecimento, ilusão, ignorância ou inércia das crenças e das tradições ou, ainda, desejo inconsciente, talvez, de não ver e de não dizer; substituir o tesouro enigmático das “coisas” anteriores ao discurso pela formação regular dos objetos que só nele se delineiam; [...] (FOUCAULT, 2004, p. 53).

Isso não impede, porém, que Foucault demonstre já em *História da loucura* como o conhecimento objetivo jamais poderá ser orientado por uma suposta neutralidade do saber – tema já percorrido pela fenomenologia, mas revisto por uma perspectiva bastante diferente. Foucault, pensador que posteriormente afirmará com todas as letras a intencionalidade não subjetivista do poder, faz ver que a ciência da loucura almeja sobretudo uma demarcação de dois campos que só podem existir em uma mútua determinação. O primeiro, caracterizado pela razão e legitimado por sua oposição à loucura. O segundo, marcado pela desrazão e deslegitimado pela razão que a exclui. Um campo só se configura com referência ao outro e, no entanto – ou talvez por isso mesmo –, são ao mesmo tempo estrategicamente auto-excludentes. Por esse viés, falar cientificamente sobre a loucura equivale fundamentalmente a situar-se em sua exterioridade.

É justamente a problemática do conhecimento que aparece como moldura a um questionamento subjacente à arqueologia foucaultiana da loucura. Posteriormente, quando Foucault abordar a analítica do poder, a controversa tensão conhecimento-loucura será colocada em xeque novamente. O que se aventará então é a possibilidade de vínculos com a loucura que ultrapassem a vontade de saber que tende a domesticá-la:

E, no mesmo instante se encontra aberto o problema da eventual libertação da loucura em relação a esta forma singular de poder-saber que é o conhecimento. É possível que a produção da verdade da loucura possa se efetuar em formas que não sejam as da relação de conhecimento? Problema fictício, dirão, pergunta que só tem seu lugar numa utopia. De fato ela se coloca concretamente todos os dias a propósito do papel do médico, do sujeito depositário do estatuto do conhecimento, no trabalho de despsiquiatrização (FOUCAULT, 2001a, p. 128).

Nesse sentido, nem mesmo a psicanálise, segundo Foucault, conseguiu relacionar-se simetricamente com a loucura, uma vez que:

[...] ela [a psicanálise] revestiu o olhar absoluto do vigilante com a palavra indefinidamente monologada do vigiado – conservando assim a velha estrutura asilar do olhar não recíproco, porém equilibrando-o, numa reciprocidade não-simétrica, através da nova estrutura da linguagem sem resposta (FOUCAULT, 2002, p. 482).

A crítica foucaultiana, assim, não se restringe ingenuamente ao autoritarismo ostentado pelo psicanalista. Caso fosse isso, bastaria que os psicanalistas se tornassem pessoas melhores e uma correção técnica fosse empreendida para que essa crítica fosse desarmada e o problema, resolvido. Pelo contrário, o que está na mira precisa de Foucault é a adequação da produção da verdade a uma relação de poder marcada em seu fundamento pela assimetria. É isso que está em questão quando nos deparamos com sua apreciação cáustica da regra fundamental da psicanálise. Utilizando-se da ironia como procedimento retórico, Foucault chama de “liberdade discursiva” ao efeito de anulação do analisando levado a cabo pelo dispositivo psicanalítico:

Regra da liberdade discursiva – “você não vai poder mais se gabar de enganar o médico, pois você não vai responder a perguntas; você dirá tudo o que lhe vem à cabeça sem que tente

mesmo me perguntar o que penso disto, e se você quiser me enganar infringindo esta regra, não serei enganado realmente. E você terá caído no artil já que terá perturbado a produção da verdade e só terá acrescentado algumas sessões à soma que me deve” (FOUCAULT, 2001a, p. 125).

1.6 UM PARÊNTESE NECESSÁRIO

Uma vez que se foge do hospício dos alienados (e não acuso por isso a administração), onde acharei método para distinguir um louco de um homem de juízo?

Machado de Assis

E, no entanto, o objeto desta pesquisa não é a loucura. Ela e suas sombras espessas não nos interessam, de forma que este não é um estudo sobre a loucura. Mas se só agora a repelimos, como explicar o fato de tão insistentemente termos falado dela? Se precisamos negá-la aqui, é porque certamente algo dela já nos envolveu. Trata-se então de definirmos onde apreciamos a loucura e em qual contexto a rejeitamos.

Ocorre que o sujeito na posição de usuário de uma instituição de saúde mental é rotulado como louco e seu discurso, tido como alucinado. Essa classificação – que é ao mesmo tempo um olhar – produz efeitos no discurso do próprio usuário. Mas tomemos cuidado com essa última enunciação: a questão não é somente a deslegitimação do discurso do usuário – a qual sem dúvida não pode ser negligenciada –, mas também a própria forma com que este se constitui em meio a um vasto campo discursivo. Cuidado sobretudo com o termo “rótulo”, pois este implica uma tradição que o associa quase sempre a procedimentos de exclusão e rarefação. Como se lá onde a loucura se relaciona com outros discursos houvesse apenas duas alternativas: a adesão-identidade ou o confronto-

repressão – sendo que o último par quase sempre prevaleceria. Frente a esta encruzilhada, talvez surja uma inquietude: por que sempre a restrição? Será que realmente lá onde a loucura cria seus vínculos apenas uma marca a um só tempo se autoriza e se impõe? Somente lá onde a marca relaxa, na brecha da vigilância, a loucura pode murmurar sua existência real àqueles que já não podem mais ouvi-la? Ou, ao contrário, deveríamos pensar outra imagem que não a do rótulo-cárcere para compreendermos as relações da loucura com outros discursos?

Efetivamente, a nosso ver não há um discurso do usuário livre apenas em sua própria atmosfera que enuncia uma verdade mais ou menos incompreensível e independente de quem o tenta silenciar. Ele não existe, assim, dentro de sua própria dimensão e inalterável em sua natureza como nos faz crer uma crítica até certo ponto ingênua e bastante popularizada. Tal crítica anuncia que a loucura, apartada da sociedade, pronunciaria eternamente a verdade do mundo que a apartou. Loucura-discurso, que fala a essência de tudo sem nunca ter se relacionado com nada a não ser sua própria escuridão. Loucura que, por esse viés, nunca seria afetada por nenhuma outra prática discursiva, uma vez que ela própria se criaria acima do mundo, por meio de uma verdade que ela enunciaria a partir do vazio de si. Nada disso, nossa orientação é outra: a verdade do usuário não paira fora da instituição, preferimos pensar que as próprias práticas institucionais – dentre as quais as discursivas têm papel de proeminência em nossa dissertação – produzem o usuário e, ao mesmo tempo, são produzidas por ele¹¹. Este, e não aquele, é o paradoxo que nos seduz. Assim, o usuário se constitui não acima, mas no interior mesmo das práticas¹². A questão é

¹¹ Essa definição foi desenvolvida por Guirado em *Psicologia institucional* (1987) e integra o campo conceitual da análise institucional de discurso a ser abordado no capítulo de método desta dissertação.

¹² Cabe lembrar que o discurso é também uma instituição. Ver *Novas tendências em análise do discurso* (MAINGUENEAU, 1997).

menos do louco que, em determinadas circunstâncias sociais, assume uma forma mais ou menos volúvel de usuário, mas da constituição do usuário em um feixe de relações institucionais que o excede. Trata-se, portanto, de contestar a existência de uma topografia pré-histórica da loucura que apenas em um segundo momento traria como consequência sua desfiguração que culminou na psiquiatria do final do século XVIII. Pelo contrário, a psiquiatria não é um desvio da história, mas um acontecimento repleto de histórias e lances perigosos.

Na vertente de Foucault (2004), consideramos a loucura uma figura produzida historicamente. Sendo assim, podemos enunciar que a loucura, essa personagem caracterizada pela ambigüidade, marca os discursos dos usuários (e o de quem se dispõe a estudá-los, também). Imbuída de seus velhos e novos hábitos, ela dá as mãos às práticas e relações sociais que se constituem no interior da instituição de saúde mental. No caso, não uma instituição qualquer – isso sem levarmos em conta a impossibilidade estrutural de haver uma instituição “qualquer”, indiscriminada pela ausência de vínculos históricos –, mas uma que se insere no movimento da Reforma Psiquiátrica. De qualquer modo, transformada, formatada, negada ou transfigurada, a loucura pode insistir em atravessar os discursos daqueles que, em nosso tempo, não mais são chamados de “loucos”. A questão é como, com que estratégias e cartografias isso se dá nos tempos da Luta Antimanicomial – nome que por si só é um compêndio de referências à loucura.

Dessa forma, sejamos fiéis ao sentido da atualidade: interessa-nos o discurso dos “usuários”¹³. E são usuários justamente porque estão situados

¹³ Optamos por trabalhar com o vocábulo “usuário” por dois motivos: 1. esse é o modo como os sujeitos em questão são designados pela instituição pesquisada – o que é um fator relevante quando se leva em consideração que lidamos com uma metodologia de análise do discurso; 2. ele explicita um tipo de vínculo com a instituição, diferentemente de outras designações mais impregnadas de

dentro da rede institucional na posição de usuários; e não porque, independentemente da época em que vivessem, seriam sempre – ainda que ninguém suspeitasse – furiosos, esquizofrênicos, feiticeiros ou futuros usuários¹⁴. Portanto, nosso crivo para as análises desses discursos não foi – e nem poderia ter sido, devido ao nosso método – o diagnóstico psiquiátrico. Nem, tampouco, preocupamo-nos em identificar e diferenciar a fala delirante da não-delirante, pois isso equivaleria, a nosso ver, a uma deslegitimação do discurso do usuário e uma violência para com este.¹⁵ Nosso único critério – tanto para a escolha dos entrevistados quanto para as análises das entrevistas – foi justamente a posição do sujeito como usuário na instituição. Mas não nos enganemos, não há nenhuma cristalização ou categorização encerrada no termo “usuário”. Antes, trata-se de uma posição instável, certamente; constituída em um interjogo de forças com outras posições que podem confluír, divergir, se trocar ou se mascarar. De qualquer forma, essa rica movimentação não pode ser grosseiramente resumida a um simples aproximar-se ou afastar-se – e muito menos a uma imobilidade que, na forma de categorização ou tipologia, impeça a análise desses discursos como acontecimento que são. Não estamos, assim, diante de uma interrogação policial que a tudo planifica: “quem fala a verdade: o médico, o usuário ou o psicólogo?” Sem dúvida os diagnósticos e prontuários são peças importantes nessa distribuição oscilante de posições¹⁶, mas ao mesmo tempo são incapazes de apreendê-la em sua fulgurância plástica.

um sentido aparentemente extratemporal, como, por exemplo, “paciente”. Não podemos, entretanto, deixar de concordar com a ressalva de Scarcelli (1998, p. 31): “O próprio termo usuário é reconhecido como carregando características rotuladoras e devendo ser questionado por restringir a plenitude dos sujeitos à sua condição relacionada aos serviços que utiliza.”

¹⁴ “Não se questiona se os feiticeiros eram loucos ignorados e perseguidos ou se, em um outro momento, uma experiência mística ou estética não foi indevidamente medicalizada.” (FOUCAULT, 2004, p. 53.)

¹⁵ A esse respeito, ver item 2.3 deste trabalho.

*

Gostaríamos agora de atacar a questão da loucura por um outro ângulo. Pretendemos desenvolver uma linha argumentativa diferente, mas, até certo ponto, complementar à anterior. Tendo em mente a questão “o que é a loucura?”, alguns contornos e imagens são inevitáveis. Subversão romântica e rebelde, personalizada em figuras trágicas como Nietzsche e Van Gogh? Linguagem proibida qual um segredo que anima e se entranha nos abismos do homem? Ou, ainda, mecanismo bioquímico não compreendido em sua inteireza orgânica?

Todas essas figuras e estratégias de apreensão da loucura têm algo em comum: uma promessa. Todas elas, efetivamente, apostam nos movimentos fugidios da loucura, que, por mais que tentemos, insiste em escapar por entre nossos dedos ávidos. A loucura – ou melhor, o centro vital da loucura – persiste inescrutável, fazendo-nos ver, mito da caverna, apenas suas sombras irreais. Seria o caso de desvelá-la e, finalmente, domesticá-la, serve que seria então de nossas vontades? Ou de aceitá-la como mistério que sempre foi e sempre será? Talvez todas essas indagações apenas reforcem a promessa que, de dentro do nosso medo, a loucura nos faz.

Mas podemos pensar também que a loucura como promessa de verdade a ser dominada, da mesma maneira que a sexualidade, conforme propõe Foucault (2003), é uma hábil estratégia discursiva. Sem dúvida, quanto já não se falou da loucura e ainda se fala – vide esta dissertação que temos em mãos. Quanto mais enunciamos, quanto mais esperamos por sua aparição selvagem e deslumbrante, mais a promessa se reforça e o discurso se faz. Promessa que, desse modo, tem como efeito a produção de discursos

¹⁶ Afirmamos com isso a importância dos diagnósticos como peças no jogo de forças que se compõe na instituição, o que não implica de forma alguma uma defesa da existência e do uso dos

e a articulação de grandes conjuntos estratégicos de saber, de poder, de poder-saber¹⁷. Podemos nos perguntar – da mesma forma como Foucault nos inquiriu acerca da sexualidade – como esse segredo tão almejado pode ainda permanecer oculto após tantos esforços; mas ocorre que esse é justamente o princípio interno de funcionamento da produção dos mais variados discursos acerca da loucura.¹⁸ Estamos aqui diante do aspecto produtivo do poder, da dimensão de exercício do saber, enfim, da loucura como realização.

Trata-se, assim, da própria produção da loucura. Não da loucura que se estagna na exterioridade dos discursos e encontra refúgio em alguma natureza ainda nunca vista por olhos humanos. O que se enuncia é a loucura se produzindo no interior mesmo da ordem do discurso. Loucura como nome que se dá a um dispositivo histórico que se constrói a partir de um campo intrincado de discursos. Loucura que não precede a si mesma, mas se faz como ponta de lança de condições positivas em um multifacetado jogo de relações. Nela, complexas táticas de saber e de poder encontram um ponto nodal de articulação; nela, saberes e poderes tecem sua trama obscura numa pluralidade discursiva. Com efeito, a articulação entre poder e saber se dá justamente no discurso (FOUCAULT, 2003). Loucura produzida no discurso, portanto. Aí ela faz seus inúmeros movimentos – coerções,

mesmos.

¹⁷ “Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais.” (FOUCAULT, 2003, p. 88-89.)

¹⁸ Pode-se objetar, entretanto, que os discursos gerados nessa “lógica da promessa” são sempre “sobre” a loucura e nunca “da própria loucura”, o que permitiria inferir seu caráter de farsa. Mas o que pretendemos nesse ponto é enfatizar um movimento produtivo baseado na idéia de promessa que, longe de se opor de forma polarizada às restrições que efetivamente se dão no contato com os discursos da loucura, dá as condições de possibilidade para uma dissertação como esta, que aposta na positivação dos discursos dos usuários. É justamente por não ser figura passiva, ou seja, por oferecer “resistência”, que a loucura se presta a uma enorme diversidade de regimes discursivos.

restrições, confinamentos; mas, também, cumplicidades, alianças e resistências. Nela são veiculados módulos de sujeição e esquemas de conhecimento em fluxos e contrafluxos densos. Grandes e pequenas estratégias de saber, táticas globais e regionais de poder digladiam-se no coração desse segredo denominado loucura.

*

Enquanto isso, em algum lugar do estado de São Paulo, um homem chamado Jair, usuário de uma instituição de saúde mental, responde algumas perguntas a um pesquisador que acabara de conhecer. Aí, nesse momento, a loucura é produzida.

1.7

Em *A casa dos loucos*, texto publicado originalmente em 1975, Foucault se detém no exame do surgimento da antipsiquiatria¹⁹. Para tanto, ele retoma o processo histórico que configurou a relação de poder médico-paciente a partir dos hospitais do século XVIII. Refaçamos, então, em linhas sucintas esse percurso foucaultiano. Antes, contudo, uma ressalva que, de tão fundamental, talvez seja desnecessária: nosso olhar sobre esse texto é deslocado para pontos específicos, ou seja, nossa leitura é interessada. Essa observação poderia ser feita com base em todos os textos visitados na presente introdução – até porque, em razão do nosso método, seria incoerente afirmarmos a possibilidade de leituras desinteressadas ou neutras. Podemos dizer, entretanto, que com esse texto tomamos ainda

¹⁹ Lembremos que a instituição alvo de nossa pesquisa insere-se na Reforma Psiquiátrica, movimento que recebeu grande influência da antipsiquiatria.

“mais liberdades” que com os anteriores, uma vez que omitimos uma rica discussão elaborada pelo autor nas primeiras páginas. Privilegiamos, assim, alguns encadeamentos históricos específicos que culminaram na criação da antipsiquiatria em detrimento de outros aspectos também centrais da “casa dos loucos”.

*

O hospital no século XVIII era um lugar de manifestação da doença. Ao médico cabia o exercício de uma ação direta sobre ela de tal forma que permitisse a eclosão de sua verdade. Ele deveria invocar e criar as condições para a doença desenvolver todas as suas potencialidades intrínsecas e libertar-se de formas confusas e misturadas a outras doenças. Para isso, era necessário atocaiá-la e surpreendê-la em rituais e ocasiões privilegiados. Portanto, a relação médico-paciente de então era pautada por procedimentos de apreensão e produção – tratava-se de apanhar a verdade da doença em uma situação específica ocasionada pelo médico. A ação terapêutica encontraria aí sua possibilidade de exercício. A concepção de crise, noção médica presente até o final do século XVIII, é exemplar dessa dimensão:

A crise, tal como era concebida e exercida, é precisamente o momento em que a natureza profunda da doença sobe à superfície e se deixa ver. É o momento em que o processo doentio, por sua própria energia, se desfaz de seus entraves, se liberta de tudo aquilo que o impedia de completar-se e, de alguma forma, se decide a ser isto e não aquilo, decide o seu futuro – favorável ou desfavorável. Movimento em certo sentido autônomo, mas do qual o médico pode e deve participar. Este deve reunir em torno dela todas as conjunções que lhe são favoráveis e prepará-la, ou seja, invocá-la e suscitá-la. Mas deve também colhê-la como se fosse uma ocasião, nela inserir sua ação terapêutica e combatê-la no dia mais propício. Sem dúvida, a crise pode ocorrer sem o médico, mas se este quiser intervir, que seja segundo uma estratégia que se imponha à crise como momento de verdade, pronta a sub-repticiamente

conduzir o momento a uma data que seja favorável ao terapeuta. No pensamento e na prática médica, a crise era ao mesmo tempo momento fatal, efeito de um ritual e ocasião estratégica (FOUCAULT, 2001a, p. 114).

No entanto, o hospital era também o local por excelência da ambigüidade. Uma outra figura protagonizava alianças e duelos imprecisos na noite das práticas hospitalares. Com efeito, junto à dimensão produtiva, outra perspectiva atravessava a relação médico-paciente: o conhecimento. Ao médico cabia conhecer a doença, para coagi-la a apresentar-se. A doença era suscitada para que pudesse ser desvelada em sua verdade. As espécies de doenças precisavam ser contempladas pelo olhar médico que as categorizava.

As grandes estruturas hospitalares instauradas no século XIX tomaram para si durante muito tempo esta dupla função. E durante um século (1760-1860) a prática e a teoria da hospitalização, e de uma forma geral a concepção de doença, foram dominadas por esse equívoco: o hospital, estrutura de acolhimento da doença, deve ser um lugar de conhecimento ou um lugar de prova²⁰ (FOUCAULT, 2001a, p. 119).

Coerção mútua que envolvia a produção da verdade nos hospitais até o final do século XVIII. Práticas de constatação da verdade, que deveria ser desvelada ao olhar atento do médico conhecedor; e, ao mesmo tempo, rituais do acontecimento-verdade que deveria ser suscitado pelo médico astucioso. No hospital, a determinação dupla dessas práticas não era uma contradição, era seu modo possível de ser. Não se trata de uma etapa do conhecimento que, orientado pela razão, pôde superar-se em direção a uma forma em que a ciência atual pudesse enfim se reconhecer. O que está em pauta é antes um outro equilíbrio na distribuição entre poderes e saberes. A

²⁰ O termo “prova” é aqui empregado por Foucault em alusão a rituais jurídicos marcados pelo desafio entre acusador e acusado. Em tais rituais, a verdade era o efeito produzido pela determinação do vencedor. Assim, “prova”, no trecho citado, refere-se a ocasiões de manipulação da produção da verdade.

relação de poder médico-paciente envolvia, então, modos de sujeição que não mais podemos reconhecer integralmente em nós; e isso não equivale a afirmar peremptoriamente que estamos diante do progresso da objetividade científica. Assim, por meio de um saber crítico, Foucault se esquivava de cometer essa ilusão retrospectiva tão freqüente nos historiadores da medicina.

Circunscritos a esse duplo constrangimento, uma série de questionamentos e debates acalorados foram suscitados e, repentinamente, recolheram-se para a sombra. Questionamentos que envolviam o curso de uma doença normal – deveria levar à morte ou à cura ao término de sua evolução? Debates abrangendo a natureza pura ou complexa da doença – haveria apenas uma doença fundamental que se ramificaria em várias outras impuras ou, ao contrário, categorias irreduzíveis de doenças? Enfim, um regime discursivo que ruiu com a imposição de um novo personagem na cena hospitalar. Curiosamente, toda comoção causada por sua entrada abrupta no palco não armado foi instantaneamente abafada pelo silêncio de seus gestos precisos e econômicos:

Sabemos bem que a biologia de Pasteur simplificou prodigiosamente todos estes problemas. Determinando o agente do mal e fixando-o como organismo singular, permitiu que o hospital se tornasse um lugar de observação, de diagnóstico, de localização clínica e experimental, mas também de intervenção imediata, ataque voltado para a invasão microbiana (FOUCAULT, 2001a, p. 119).

E ainda:

O lugar onde se produzirá a doença será o laboratório, o tubo de ensaio. Mas aí a doença não se efetua numa crise. Reduz-se seu processo a um mecanismo que pode ser aumentado, e se a coloca como fenômeno verificável e controlável. O meio hospitalar não tem mais que ser para a doença o lugar favorável para um acontecimento decisivo. Ele permite simplesmente

uma redução, uma transferência, um aumento, uma constatação. A prova se transforma em teste na estrutura técnica do laboratório (FOUCAULT, 2001a, p. 119-120).

Com isso, toda uma tecnologia da verdade era expulsa das práticas hospitalares e dava lugar a novas formas de sujeição e a novos esquemas de conhecimento. A verdade agora deve ser conhecida pela mediação de instrumentos e não mais ser atraída e apanhada por armadilhas engenhosas. Desarmado de seus antigos poderes, o médico vê a esfera do conhecimento científico ganhar força em suas práticas. Dentre seus méritos, impõe-se agora a competência em detrimento da astúcia. De certo modo, em consonância com suas mãos, que passaram a ser acusadas de transmissoras do mal, a verdade – antes suscitada e invocada – precisa ser esterilizada. Justamente lá onde os médicos se viam como argutos produtores da verdade crítica da doença, lá onde sua presença era mais fundamental do que em qualquer outro lugar, justamente lá eles foram colocados contra a parede e feridos de morte: suas mãos, longe de salvarem, traziam a própria doença em sua forma invisível ao paciente. Uma nova assepsia na produção da verdade será necessária a partir daí, e os próprios médicos serão encarregados de levar a cabo esse projeto.

Foucault faz então um corte rápido em sua escritura e desloca seu foco para a problemática da loucura:

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer

sumir as quimeras. As prescrições dadas pelo médico eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade. Esquirol ainda considerou isto quando, ao fazer os planos de um hospital psiquiátrico, recomendava que cada cela fosse aberta para a vista de um jardim (FOUCAULT, 2001a, p. 120-121).

Com o internamento do doente mental no século XIX, a loucura passa a ser distinguida como “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões, de ser livre” (2001a, p. 121). O que está em questão é menos o julgamento perturbado do que uma conduta irregular; menos o erro da razão – concepção esta que nos remete diretamente à Idade Clássica, que unia a loucura a outras figuras da marginalidade (FOUCAULT, 2002) – do que um descontrole das paixões. Nesse cenário, o asilo se aproxima do hospital do século XVIII, ou seja, nele a loucura deve se desenvolver em toda a sua plenitude. Mas não basta desmascarar a doença mental, é preciso que o asilo seja o local de confrontação de duas vontades. De um lado, o doente, cuja vontade e conduta se (des)caracterizam pela perturbação e pela irregularidade; por outro, o médico, cuja retidão da índole deve prevalecer ao término do embate. Trata-se de sobrepujar os arroubos loucos e colocar “no devido lugar” o caráter do paciente. Imposição de uma vontade sobre a outra num embate travado no solo da ordem moral.²¹

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão. O grande médico do asilo – seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin – é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na

²¹ A esse respeito, ver também Foucault (2002) e Birman (1978).

realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (FOUCAULT, 2001a, p. 122).

Em oposição ao hospital, no qual a função do médico como produtor da verdade dilui-se numa estrutura de conhecimento, no asilo essa função se intensifica ao extremo. Mas isso ocorreu em uma época em que o saber médico precisava se inscrever em um registro que destacasse o conhecimento e a constatação de fenômenos. O psiquiatra, como médico que é, deve fundamentar suas práticas em seu conhecimento. A condição de médico do psiquiatra o colocava na berlinda em conformidade com a medicina da época. Em outras palavras, o poder que o asilo dá ao psiquiatra deve ser inscrito em um discurso integrado à linguagem e ao saber médico exigidos então.²² A cumplicidade entre essas duas prerrogativas se faz de forma curiosa, de modo que a relação psiquiatra-paciente será estratégica na criação de uma nova sensibilidade:

O ponto de perfeição, miraculosa em demasia, foi atingido quando as doentes do serviço de Charcot, a pedido do poder-saber médico, se puseram a reproduzir uma sintomatologia calcada na epilepsia, isto é, suscetível de decifração, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica (FOUCAULT, 2001a, p. 123).

Para Foucault, a primeira enunciação incipiente do movimento que viria a se instaurar como antipsiquiatria²³ surge com a crítica de que Charcot

²² “Como se sabe, a psiquiatria sempre se encontrou em posição incômoda no campo da medicina, pois pretendendo ser uma especialidade médica nunca conseguiu se fundamentar com os saberes advindos da racionalidade médica. O discurso da anatomoclínica, base epistemológica da dita medicina científica, não encontrava legitimidade no campo da psiquiatria. A psiquiatria buscava as causas físicas dos distúrbios mentais e apenas encontrava, desde Pinel e Esquirol, as causas morais. Em contrapartida, o tratamento moral era a base da terapêutica psiquiátrica – em níveis individual e institucional –, que se afastava então de maneira decisiva dos cânones do saber médico. Enfim, a psiquiatria era uma falsa medicina, uma pseudomedicina, já que não se fundamentava nos saberes que fundavam a medicina.” (BIRMAN, 2003, p. 180-181.)

²³ Foucault inclui no movimento da antipsiquiatria – veremos o critério a seguir – uma gama de autores tais como Bernheim, Laing, Basaglia e Cooper. Cabe ressaltar, em consonância com o pensamento foucaultiano, que a antipsiquiatria pode ser caracterizada como uma multiplicidade de

produzia abusivamente a própria realidade da doença, e não sua verdade crítica. Trata-se de questionar o poder médico em si mais até do que o conhecimento e a ciência médica. Se a tensão verdade invocada-produzida/descoberta-conhecida precisou ser diluída com a inserção do discurso médico no registro da cientificidade, trata-se agora de ocasionar abalos na psiquiatria com o questionamento dos fundamentos da relação de poder médico-paciente. “A partir daí creio que se pode compreender o que está em jogo na anti-psiquiatria, e que não é absolutamente o valor da verdade da psiquiatria em termos de conhecimento, de precisão do diagnóstico ou de eficácia terapêutica.” (FOUCAULT, 2001a, p. 126.)

E também:

As relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuía as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da anti-psiquiatria consiste ao contrário em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial (FOUCAULT, 2001a, p. 127).

1.8

Poderíamos alocar o movimento da Luta Antimanicomial como questionador dessa relação de poder médico-paciente anunciada por Foucault? Em caso afirmativo, como seria problematizada essa relação? Tendo isso em vista, falemos um pouco da Luta Antimanicomial; circulemos por seus discursos. É no bojo desse movimento que o NAPS, nossa instituição pesquisada, se configura. A pergunta a nos orientar aqui é:

elementos discursivos descontínuos que confluem para uma estratégia mais ou menos semelhante. Uma orientação como essa nos permite observar parentescos e dissonâncias com os discursos da Luta Antimanicomial a serem visitados no item seguinte (1.8).

qual a superfície de emergência a partir da qual nossa instituição pesquisada se delinea?

Com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no ano de 1987, em Bauru, desencadeia-se o movimento de Luta Antimanicomial:

Da organização dos trabalhadores em saúde mental, juntamente com outras frentes, nasce o MLA [Movimento da Luta Antimanicomial] no Brasil, que vai ampliar os princípios e as formas de participação buscando uma articulação com movimentos democráticos populares. As associações de usuários e seus familiares passam a ter um papel de destaque nesse sentido (SCARCELLI, 1998, p. 23).

O movimento, pautado no lema “Por uma sociedade sem manicômios”, produz uma crítica às práticas manicomiais e ao hospício, caracterizando este como o lugar por excelência das relações de violência, segregação e massificação sociais. Torna-se necessário, assim, desativá-lo, uma vez que suas práticas são incapazes de prestar assistência ao doente mental. Rejeita-se, portanto, qualquer reforma que tenha como objetivo a humanização dos hospitais psiquiátricos existentes, pois estes possuem seus alicerces mesmos já corrompidos.

Entre as resoluções do Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental estava a proposição do projeto de lei federal que deu origem ao Projeto de Lei 3657/89 apresentado ao Congresso Federal, o qual deliberava sobre a dissolução dos manicômios e sua substituição por outros procedimentos assistenciais, e sobre a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária.

Este Projeto representou um avanço na organização do movimento, da mesma forma que as manifestações realizadas na semana que inclui o dia 18 de maio. As atividades da semana tornaram-se uma importante forma de expressão, a partir de atos públicos, atividades artísticas e acadêmicas que manifestam posições críticas à existência dos manicômios, decorrentes das relações de exploração das sociedades que os incluem (SCARCELLI, 1998, p. 24).

A partir de 1989, diversas experiências passaram a ser empreendidas a fim de criar um modelo substitutivo às práticas manicomial. A implantação de serviços extra-hospitalares ocasionou o aumento simultâneo do contingente de trabalhadores nas instituições de saúde mental e de usuários e seus familiares beneficiados. Nesse mesmo período, a realização de conferências de caráter oficial – municipais, estaduais, nacional – de saúde mental permitiu o envolvimento de parte significativa de trabalhadores ligados aos princípios antimanicomiais em instâncias decisórias do movimento. Em 1992, a mobilização desses encontros possibilitou a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Como marco histórico da Luta Antimanicomial, essa conferência definiu um novo panorama para o movimento:

[...] não bastam as denúncias e as críticas às políticas oficiais de saúde mental, mas onde tornam-se realidade palpável, com resultados práticos e impactos visíveis nas políticas sociais, as recentes experiências de construção de novas e distintas formas políticas, culturais, jurídicas, sociais de se lidar com as loucuras, os loucos e o sofrimento psíquico (AMARANTE apud SCARCELLI, 1998, p. 26).

Segundo Scarcelli, pode-se identificar três grandes objetivos no movimento da Luta Antimanicomial:

- extinção progressiva dos manicômios e criação de uma rede substitutiva aos hospícios;
- criação de uma nova cultura que supere a visão de naturalidade das relações de desigualdade;

- criação de nova legislação psiquiátrica que regulamente os direitos do doente mental (SCARCELLI, 1998, p. 28).

Melman (1999, p. 171) destaca que as tentativas de substituição do hospital psiquiátrico surgiram “por meio de um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, visando transformar a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais”. Esses esforços tiveram como objetivo primeiro propiciar um vínculo do usuário com a sociedade como um todo, ou seja, “criar possibilidades de vida para os usuários dentro de um novo modelo cultural que não seja mais de custódia ou de tutela, mas de participação na construção de projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos” (MELMAN, 1999, p. 171). Isso se traduz na criação de serviços alternativos aos hospitais, tais como centros e núcleos de atenção psicossocial, hospitais-dia, centros de convivência, cooperativas de trabalho e projetos de moradia.

Também Amarante (apud NICÁCIO, 1994, p. 91), ao definir a Reforma Psiquiátrica²⁴, enfatiza a articulação entre os pólos político e institucional:

Está sendo considerado reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

²⁴ Consideramos aqui Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial termos referentes ao mesmo movimento.

Após formular alguns dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica – inclusão, solidariedade e cidadania –, Amarante propõe que o lugar social da loucura deve ser descaracterizado como aquele marcado pela “doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incompetência, incapacidade, defeito, erro, enfim, ausência de obra”. Para ele, a construção de um outro “lugar social da loucura” deve ocorrer em quatro campos (AMARANTE, 1999, p. 50-51):

1. Campo teórico-conceitual: desconstrução, reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade). Diz respeito às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade;
2. Campo técnico-assistencial: a partir de e simultaneamente à reconstrução dos conceitos acima (como, por exemplo, da transformação do conceito de doença na noção de existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidados, emancipação, autonomia, possibilidade de exercitar a diferença etc.) a construção de uma rede de novos serviços, mas não apenas serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional. Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornarem-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma atividade conjunta etc. Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos;
3. Campo jurídico-político: revisão das legislações sanitárias, civil e penal no que diz respeito aos conceitos de “doença mental”, “psicopatia” e “loucos de todo gênero”, e construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e ingresso social. Refere-se, por

extensão, à cidadania real dos sujeitos na vida social: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva;

4. Campo sócio-cultural: como consequência, e também simultaneamente, de todas as demais ações listadas anteriormente, através de investimentos nos campos epistemológico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político, e a partir de ações específicas no campo sócio-cultural, busca-se uma transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade e assim por diante. Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, dos diferentes, e assim por diante.

Entretanto, não se pode afirmar que a Reforma Psiquiátrica tenha um programa unívoco de reivindicações. Conforme aponta Scarcelli (1999, p. 190):

A “substituição de práticas manicomiais” pode encontrar diferentes sentidos, que vão da preservação das condições humanas do homem (as condições precárias do hospital psiquiátrico sensibilizam parte significativa dos profissionais que trabalham na área de saúde mental e o desenvolvimento de um trabalho ético, de respeito à vida, de modo geral, faz parte dos ideais do exercício da profissão); à crítica ao aparato pseudo técnico-científico e o empenho em buscar novas possibilidades de lidar com o doente mental; até à crítica radical à estrutura social capitalista.

1.9

Em maio de 1989, a prefeitura municipal de Santos realizou, juntamente com outros setores da sociedade civil, uma polêmica vistoria na Casa de Saúde Anchieta. Tratava-se de um hospital psiquiátrico conveniado com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) que vinha sendo denunciado na imprensa regional por maus tratos

para com os pacientes e por desrespeito aos direitos humanos. Sabia-se que em fevereiro um paciente morrera por espancamento, ao que se seguiram dois suicídios. Além disso, vistorias realizadas no local em meses anteriores constataram superlotação, insuficiência de pessoal técnico, escassez de recursos para higiene e alimentação, existência de doze salas-fortes e não-cumprimento das normas de funcionamento para dispensário de psicotrópicos (NICÁCIO, 1994).

A vistoria de maio comprovou as denúncias e a então prefeita Telma de Souza optou por decretar uma intervenção no hospital por 120 dias. Entre os presentes nesse ato estavam membros da Comissão Teotônio Vilela, vereadores da Câmara Municipal de Santos, entidades sindicais, uma delegação da Ordem dos Advogados do Brasil e profissionais de saúde do município.

Para os mais desavisados, ou aqueles que pela primeira vez entravam em um manicômio, as cenas logo se associavam às de um campo de concentração. Homens e mulheres amontoados caminhavam ao léu, ou simplesmente estavam deitados no chão. Os pequenos corredores, a arquitetura de labirinto que parecia construída ironicamente, indicando que os caminhos não levam a nada. Aos poucos os internados se aproximaram, começando a falar: “me tira daqui”, “me dá um cigarro”, “me dá um emprego” (NICÁCIO, 1994, p. 50).

Algumas diretrizes dos primeiros dias de intervenção eram quase “artesanais”, buscando-se, assim, estabelecer um relacionamento mais “humano” com os internos: começou-se a chamar o paciente pelo nome e a delegar o direito de cada um ter a sua própria cama. Além disso, outras decisões imediatas foram tomadas: desativação de celas-fortes e grades, liberdade de entrada de visitas aos internos e à instituição, suspensão da laborterapia, proibição de qualquer ato de violência, de agressão verbal e física, liberdade para circular em toda a instituição, proibição da

eletroconvulsoterapia e estabelecimento de padrões humanos de higiene e alimentação. Tais medidas embasavam-se em uma rede difusa de princípios:

Eliminar os meios de contenção, restituir a dignidade, possibilitar novas individualidades, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais, resgatar o direito à expressão, produzir espaços de subjetivação, de elaboração da história pessoal, espaços de trocas, [...]. Aproximar-se dos familiares, possibilitar o reconhecimento e relações com o mundo, tentar reativar um mínimo de recursos econômicos para poder participar de trocas sociais, construir aberturas reais e virtuais nos muros, produzir permeabilidade entre o dentro e o fora, enfim, reconstruir o sujeito e seu lugar social [...] (NICÁCIO, 1994, p. 70).

Nesse contexto de transformação e tendo como veio a “desconstrução do manicômio”, nasce em setembro de 1989 o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) vinculado à Secretaria de Higiene e Saúde Mental. “Tendo o manicômio como lugar de violência, sua desconstrução implica uma ética que permeia o trabalho. Este é um ponto-chave no NAPS que visa superar a lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde.” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 30.) Tenório (2002, p. 50) sintetiza da seguinte forma a parte operativa do serviço:

Os NAPS são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação, cada unidade dispondo de seis leitos, aproximadamente. O serviço deve oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado: o mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este seja o único contato possível.

Algumas estratégias de ação do NAPS são essenciais para sua configuração e merecem ser destacadas (AMARANTE; TORRE, 2001). Objetivamos, com isso, compreender melhor seus “âmbitos” de atuação.

– Regionalização: condição prioritária para uma transformação cultural, não está relacionada à divisão administrativa da cidade.

– Abertura ao debate: compreendido principalmente pelo diálogo constante entre os atores envolvidos no serviço e a comunidade. Devemos entender aqui a comunidade como um amplo campo social que envolve desde o local de trabalho, passando por igrejas e sindicatos próximos, até a vizinhança imediata.

– Projeto terapêutico: envolve o “cuidado da pessoa” e a “evitação do abandono”. Isso seria possível por meio de diferentes instrumentos técnicos, tais como o atendimento individual, os núcleos de trabalho, a assembléia, etc.

Segundo Amarante e Torre (2001, p. 31), o projeto terapêutico do NAPS tem dois aspectos que precisam ser enfatizados:

Primeiro, a não-separação entre prevenção / tratamento / reabilitação. Segundo, o atendimento à crise, que não se limita ao atendimento das emergências que chegam ao Pronto-Socorro, mas também no NAPS e nas casas. [...] Com fundamento nesta estratégia, a proposta do NAPS é de funcionamento integral, isto é, de funcionamento de 24 horas, 07 dias na semana, com um conjunto de recursos que incluem a existência de seis leitos.

1.10

Empreendemos, assim, um percurso de Freud à Luta Antimanicomial e ao NAPS passando por Foucault. Não pretendemos com isso afirmar uma “evolução” ou um “progresso” do conhecimento acerca da loucura. Não há coerência ou unidade entre os textos, mas uma tensão que se mantém e os dispersa em diferentes linhas de força. Nosso intuito foi preservar essas linhas de força em sua dispersão discursiva e não sustentar uma suposta coesão entre eles. A escolha dos autores e textos abordados se deve à necessidade metodológica já mencionada no item 1.2 de explicitar a teia discursiva em cujo meandro nos constituímos. Ou seja, essa introdução responde a uma exigência por parte do método de nos ocuparmos de nosso próprio discurso no jogo de seu domínio.

Entretanto, alguém pode se levantar – mas o que estava em questão não era sempre a positivação da loucura? Não foi essa a preocupação primeira e última? Não foi esse o fio de Ariadne perseguido desde o começo e que finalmente nos libertou das trevas manicomiais? – Com efeito, a positivação dos discursos da loucura foi um operador importante em nosso recorte. Mas nos enganaríamos se afirmássemos que seguimos uma linha ascendente de positivação que culminaria na criação dos NAPS. Sem dúvida, uma afirmação como essa equivaleria, em outros termos, à constatação do progresso de uma história que se corrige, se aproxima da intenção que a anima desde o inapreensível primórdio e, enfim, evolui. Corresponderia igualmente à defesa da existência de uma experiência original de loucura que se encontra a si mesma no devir da história e, assim, se liberta.

Antes, o que fizemos foi acompanhar esses discursos e suas linhas de força que, por vezes, se sobrepõem e estabelecem cumplicidades, mas, logo

em seguida, divergem, atiram-se e espalham-se. A positivação dos discursos da loucura foi simplesmente nosso ponto de ataque, nosso recorte, nossa forma de incidir sobre esses discursos heterogêneos. Com efeito, a neurose e a psicose de Freud não são idênticas à doença mental imposta como rótulo aos usuários na crítica da Luta Antimanicomial.

Cabe dizer que não analisamos esses discursos, apenas acompanhamos algumas de suas dobras. Vimos, assim, como Freud pôde considerar o delírio e o sintoma formas de vínculo com a realidade com metas específicas. Vimos também como Freud “revelou” uma verdade da moral civilizada com base na psicopatologia. Acompanhamos Foucault e sua crítica ao ideal normativo em sua *História da loucura* e a problematização da relação de poder médico-paciente em *A casa dos loucos*. Enfim, vimos a contestação do manicômio e de suas práticas restritivas com a Luta Antimanicomial e a criação dos NAPS.

*

— Hesito em fazer uma pergunta possivelmente óbvia: essas figuras todas, esses traços resplandecentes de solidez metálica, essas verdades – admito que dissonantes umas das outras, mas, enfim, verdades – que pelo gênio de autores visionários puderam ser trazidas do subterrâneo para o feixe de luz refletido em nosso olhar, elas serão norteadoras de nossas análises, certo? A aventura certamente deve ser balizada por essas figuras precisas e antevê nelas pontos de chegada inevitáveis.

— Talvez seja preferível esquecermos momentaneamente essas formas que nos parecem agora tão suaves e sem arestas em suas divisões. Evitemos, assim, esses jogos corruptos sem apostas e sem perdedores. Ao nos lançarmos sobre os discursos dos usuários aceitamos um risco nada

pequeno: não há garantias de que, ao fim do percurso, reencontraremos intactos a nós mesmos. As figuras até aqui contornadas talvez permaneçam idênticas, mas isso é apenas uma possibilidade.

2 MÉTODO

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A verdade, como relâmpago, não nos espera onde temos a paciência de emboscá-la e a habilidade de surpreendê-la, mas que tem instantes propícios, lugares privilegiados, não só para sair da sombra como para realmente se produzir.

Michel Foucault

O método é constitutivo da verdade que ele afirma e do resultado que se impõe. Em razão disso, não devemos considerar este capítulo como o esclarecimento de uma série de procedimentos técnicos aplicados a fim de assaltar uma verdade que nos aguarda impaciente na exterioridade do método que a produz. Com isso, torna-se impossível desconsiderar a imbricação desses campos apartados por nós didaticamente – e talvez um pouco equivocadamente – em capítulos distintos. Ao discorrermos separadamente sobre o método, buscamos apenas iluminar elementos que se fazem presentes no corpo de todo o presente trabalho. A comparação com a percepção de um holograma nos parece adequada aqui: se focamos qualquer ponto restrito de sua imagem, visualizamos nesse ponto mesmo a totalidade da figura. Da mesma forma, o método, sub-repticiamente, firma-se em toda a pesquisa.

Por método entendemos o recorte com o qual nos propomos trabalhar, ou, em outras palavras, nossa estratégia de pensamento. O próprio objeto constitui-se no recorte metodológico; as condições de possibilidade de nossas enunciações são dadas por ele. Método, portanto, como recorte tático e astúcia do pensamento.

A verdade desta pesquisa é antes produzida do que desvelada. Não uma descoberta, mas um acontecimento.

2.2 A ANÁLISE INSTITUCIONAL DE DISCURSO

O discurso não está fora de nós: surge por meio de nós e surgimos por meio dele.

Dominique Maingueneau

O método de análise institucional de discurso conforme proposto por Marlene Guirado nasce de uma exigência: trabalhar em psicologia sem, contudo, relegar as formações sociais a conjunturas externas ao sujeito. Ou seja, criar, por meio da psicologia, uma interface com um domínio da sociologia:

[...] a equação em que me propunha a trabalhar era a de como dar conta de uma situação que tinha que ser pensada inevitavelmente em dois níveis: um, o da psicologia, o outro, o da sociologia. Os afetos, ou melhor, as relações em sua dimensão afetiva pareciam apreensíveis a quem por anos se dedicara aos estudos e trabalhos psicológicos. As instituições, na divisão do latifúndio, pareciam de propriedade de quem se dedicara aos estudos sociológicos. A situação concreta²⁵, entretanto, não grafa essas repartições. [...] Impunha-se, então, pensar como fazer psicologia nas instituições forçando o seu ângulo de abertura à esquerda dos testes, dos psicodiagnósticos e das psicoterapias individuais (e mesmo grupais, dependendo do enfoque), torcendo radicalmente sua posição histórica. E isto sem partir para atuações que se esgotem no plano imediato da política, o que em geral se afigura como “saída crítica” (GUIRADO, 1995, p. 80-81).

²⁵ Devemos compreender o termo “concreto” como ponto de entroncamento que abrange o nível empírico mas não se reduz a ele. A articulação contempla também os planos imaginário e social.

Encontramos, assim, afinidade com um pensamento que se propunha tais questionamentos. Ele abria a possibilidade de pensar a loucura não como fenômeno da ordem da patologia a ser apreendido por uma tecnologia de testes psicológicos ou como afetos passíveis de interpretações que os esgotassem em si mesmos. Se algum método fosse desenvolvido com base nessa outra apreensão, a loucura poderia ser considerada em sua dupla face psíquica e social, de forma que uma imbricasse a outra. Um pensamento desse porte inclinava-se a evitar a incômoda dicotomia instituição/loucura; pois, a nosso ver, parecia impossível pensá-las isoladamente. Quanto a isso, Guirado (1995, p. 81) coloca que “[...] a preocupação era, fundamentalmente, a de lidar com as diferenças conceituais como recortes passíveis de superposição pontuais, para não proliferar as dicotomias que ‘naturalizam’ os pontos obscuros e paralisam qualquer processo de conceituação”.

Superando tais dicotomias, ela configura do seguinte modo um objeto à psicologia:

[...] as relações, mas não as que materialmente se dão e sim, tal como imaginadas, percebidas, representadas pelos que, concretamente, as fazem. O que caracteriza o especificamente humano e psicológico não são as habilidades e capacidades dos indivíduos, tomados como coisas em si, mas sim, o universo de suas representações e afetos (GUIRADO, 1995, p. 81).

Fazendo, assim, uma aproximação entre psicologia e psicanálise – apoiando-se em *Psicologia de grupo e análise do ego* (FREUD, 1996g/1921) –, Guirado circunscreve as relações imaginadas e simbolizadas como campo de atuação específico do psicólogo. Ao “trazer” esse recorte da psicanálise para o método, ela garante a singularidade do sujeito que ora se constrói e com isso diferencia-se dos demais domínios das ciências humanas. Não se trata de “traduzir” a psicanálise para uma “linguagem

psicológica”, posto que nos preservamos da adesão simplista aos “psicologismos” por meio de sobreposições pontuais de diferentes campos do saber:

Mas um sujeito constituído nas e constitutivo das relações institucionais concretas. Esta concepção privilegia a posição na estrutura institucional e não as características ou capacidades individuais. Assim os conflitos, os distúrbios, os desvios, as inadequações são considerados, sobretudo, como expressão da articulação de posições, e não como sintoma de um indivíduo que está na instituição (GUIRADO, 1995, p. 81).

A enunciação de que o sujeito se constitui nas relações institucionais nos remete a outra enunciação. Sem dúvida, ao mesmo tempo em que o sujeito é produzido nas relações institucionais, ele constitui essas práticas e relações. Nenhum determinismo e nenhuma exterioridade, portanto, entre sujeito e instituição. É por uma questão de método que, ao estudarmos o sujeito, falamos da instituição e vice-versa. Nesse sentido, a fundamentação desse sujeito jamais poderia ser a sua interioridade biológica ou psíquica. Porém, não trabalhamos aqui com o conceito tradicional de instituição como organização, o que inviabilizaria a articulação sujeito-instituição. Antes, ao lidarmos com um sujeito cuja singularidade é afiançada por uma sobreposição pontual com a psicanálise e, simultaneamente, pensarmos na instituição como produto e produtora desse sujeito, insofismavelmente um outro conceito de instituição se faz por exigir. Na mesma linha, se tomássemos o termo “instituição” em seu sentido corriqueiro de estabelecimento ou organização, não poderíamos considerar as relações institucionais em sua complexa rede de articulação de posições. Torna-se necessário, portanto, um deslizamento do conceito em questão. É o que propõe Guirado (1995) ao tomar de empréstimo a definição de José Augusto Guilhon de Albuquerque que postula a instituição como uma série de práticas sociais que se repetem e, ao se repetirem, legitimam-se. Escapamos

à organização e, concomitantemente, acrescentamos complexidade à nossa instituição. Nosso solo fica, assim, menos firme, mas em compensação podemos nos deslocar sobre ele. Com esse deslizamento, criamos as condições de possibilidade para pensarmos um sujeito constituído na malha institucional, ou seja, no interior de práticas e relações que, ao se repetirem e se legitimarem, produzem esse sujeito. Ao mesmo tempo – e esse é o paradoxo com que temos de lidar – essas práticas e relações são produzidas por esse mesmo sujeito. Portanto, ao enunciarmos a não exterioridade entre instituição e sujeito, negamos o dimensionamento deste por suas habilidades e aptidões e damos ênfase ao contexto histórico indissociável de sua singularidade.

A loucura pode, desse modo, ser compreendida não como um desajuste ou sintoma cuja verdade deve ser buscada no interior de um sujeito imobilizado em suas (in)capacidades. Ao contrário, ela é figura ativa que faz seu traçado imprevisível no jogo de posições das relações institucionais. O sujeito, por sua vez, se constitui nesse entrecruzamento de lugares, uma vez que produz as práticas e relações sociais na mesma medida em que se representa²⁶ os lugares assumidos e atribuídos nessas práticas. A constituição do sujeito se dá, dessa forma, no interior de um sistema de lugares que o ultrapassa.

Sendo a subjetividade delineada no interjogo das posições assumidas, atribuídas e exercidas, o discurso é o campo material onde esses lugares se distribuem e as representações se produzem. Nenhuma exterioridade, portanto, entre discurso, lugar/posição e representação. Devemos compreender discurso, aqui, não como o espelhamento mais ou menos

²⁶ Guirado conceitua representação como indissociável das práticas e relações sociais, uma vez que aquela legitima e naturaliza estas. As representações, como efeitos dessas práticas e relações, revelam e escondem, reconhecem e desconhecem suas origens, ou seja, “despistam, ato contínuo, seu engenho instituinte” (GUIRADO, 1995, p.82).

distorcido de uma realidade não discursiva, quer seja de um mundo interno repleto de fantasias inconscientes de caráter endógeno, quer seja de um conjunto de mecanismos sócio-econômicos ocultos. Segundo Dominique Maingueneau (apud GUIRADO, 2000, p. 26):

Se você não parte do princípio de que o discurso é uma atividade, se você considera a instituição fora da linguagem, e a linguagem fora da instituição, não é possível pensar a articulação. É um fenômeno de integração recíproca: o discurso está na instituição, e a instituição também se configura por meio das instituições do discurso. A linguagem representa uma realidade, mas também é uma parte dessa realidade... O discurso é um dispositivo social, mas também é uma representação dessa sociedade.

Arremata Guirado (2000, p. 26):

[...] dizer que o discurso é ato dispositivo é acentuar seu caráter de dizer, em vez de acentuar o dito. Ou seja, é atentar para o que se mostra enquanto se diz: que tipo de interlocução se cria, que posição se legitima na asserção feita, que posição se atribui ao interlocutor, o jogo de expectativas criado na situação, como se respondem ou se subvertem tais expectativas e assim por diante. [...] Como se pode notar, não mais o discurso como representação de uma realidade que esteja fora das palavras, mesmo que esta realidade seja a tão cara “realidade psíquica”. E, sim, o discurso como ato de enunciação, implicando reflexivamente os parceiros em relação, as expectativas (ou, como quer a psicanálise, os fantasmas) aí geradas a respeito da responsividade de um e de outro nesse quadro.

Ora, que são esses lugares se não cenas tecidas no discurso? Sem dúvida, “a cenografia, por sua vez, implicará as formas concretas mais particulares em que os personagens atribuir-se-ão papéis e os atuarão. Tudo, sempre, como discurso. Na rede discursiva, portanto” (GUIRADO, 2000, p. 87). A análise, ao privilegiar a cena, esquadrinha a reedição de lugares, mapeia o jogo da interlocução que se produz, aquilo que se mostra e não

necessariamente se diz. Em outras palavras, não privilegia o conteúdo em detrimento do dizer.

2.3 O DISCURSO EM QUESTÃO

Nada é mais profundo no homem do que a sua pele.

Paul Valéry

Esta pesquisa consiste em uma análise dos discursos dos usuários, tomando-os em toda a sua positividade. Propomos, assim, a análise de discursos que freqüentemente vivem à sombra da interpretação de seus conteúdos, ou então, são desarmados pelo reducionismo biologizante.

Não se volta ao aquém do discurso – lá onde nada ainda foi dito e onde as coisas apenas despontam sob uma luminosidade cinzenta; não se vai além para reencontrar as formas que ele dispôs e deixou atrás de si; fica-se, tenta-se ficar no nível do próprio discurso. [...] Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse “mais” que os torna irreduzíveis à língua e ao ato de fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2004, p. 54-55).

Se por um lado podemos considerar que todo recorte pode ser visto como uma interpretação, o aqui aventado tenta evitar a atribuição fácil de sentido que tão freqüentemente ocorre quando nos deparamos com a fala da loucura sob a perspectiva psicológica. Por fim, se ainda assim quisermos insistir no termo “interpretação”, devemos ter em mente que descartamos o desvelamento de motivos latentes nessa “interpretação” e, em contrapartida, apostamos na potência da superfície discursiva. Superfície essa, conforme

sugere Foucault (2001b), marcada por inúmeros perigos, alucinações e violências. Nas palavras de Deleuze (1992, p. 109):

A superfície não se opõe à profundidade (voltamos à superfície), mas à interpretação. O método de Foucault sempre se contrapõe aos métodos de interpretação. Jamais interprete, experimente... O tema tão importante das dobras e redobras remete à pele.

A enunciação de que a superfície discursiva nos basta e que a análise, ao menos em tese, não cria uma exterioridade com aquela, não corresponde apenas a um recurso retórico vazio. Sem dúvida, com essa enunciação, ao mesmo tempo em que definimos um horizonte metodológico, nos alinhamos à contundente crítica foucaultiana ao método interpretativo de conteúdos e suas verdades impacientes por serem desmascaradas. Segundo Foucault, o método da interpretação postula que a verdade deve ser apreendida em sua totalidade por um golpe de força que atravessa seus disfarces e a expõe à luminosidade da fala interpretante. Por esse método, a dimensão discursiva deve ser evitada a qualquer custo sob pena de vermos a verdade escapar por entre nossos dedos ineptos.

Ela [a verdade] se constitui em dupla tarefa: presente, porém incompleta e cega em relação a si própria, naquele que fala, só podendo completar-se naquele que a recolhe. A este incumbe a tarefa de dizer a verdade dessa obscura verdade: é preciso duplicar a revelação da confissão pela decifração daquilo que ela diz. Aquele que escuta não será simplesmente o dono do perdão, o juiz que condena ou isenta: será o dono da verdade (FOUCAULT, 2003, p. 65-66).

Interessante que a interpretação, ao evitar os perigos do discurso e apostar na decifração de sentidos, pretende se colocar na exterioridade do jogo de forças discursivo. A dimensão combativa do discurso não deve entrar em questão, posto que tudo gira em torno a um sentido que anima

secretamente uma fala e aguarda o fragmento de luz que o evidencie. Porém, cabe indagar a esse método tão pacífico por natureza: não é a interpretação também um jogo discursivo que, numa manobra estratégica, evita que o intérprete se inclua explicitamente numa correlação de forças que lhe foge ao controle? Ou será que ser o “dono da verdade”, conforme aponta Foucault, não implica também – mesmo que seja um pouco vergonhoso admitir – um posicionamento tático frente às falas (discursos?) a serem decifradas?

Ao evitarmos o método interpretativo de conteúdos, não nos propomos, contudo, a fazer um estudo dos procedimentos restritivos e produtivos de campos discursivos regionalizados conforme propõe Foucault (2001b). Ocorre que trabalhamos com um método específico que não pode ser traduzido nessa proposta: a análise institucional de discurso²⁷. Entretanto, não abandonamos a concepção foucaultiana de discurso que enfatiza sua dimensão estratégica e combativa, sua positividade e suas coerções²⁸. É imprescindível frisarmos esse aspecto e nos apoiarmos na obra desse autor, uma vez que nossa pesquisa encontra-se no contrafluxo dos trabalhos em psicologia envolvendo falas de usuários em instituições de saúde mental. Tais pesquisas, em sua maior parte, ou adotam um referencial

²⁷ Alguns poderão perguntar: mas por que falar tanto do método interpretativo? Por que alimentar e criar uma contenda com um adversário que aqui não pode replicar, nem tampouco nos interpretar? Para isso não encontramos resposta mais adequada que a de Foucault e, não por acaso, ela se liga a uma questão de método: “Não se trata de uma crítica, na maior parte do tempo; nem de uma maneira de dizer que todo mundo se enganou a torto e a direito; mas sim de definir uma posição singular pela exterioridade de suas vizinhanças; mais do que querer reduzir os outros ao silêncio, fingindo que seu propósito é vão – tentar definir esse espaço branco de onde falo, e que toma forma, lentamente, em um discurso tão precário, tão incerto ainda.” (FOUCAULT, 2004, p. 19.) Ou, ainda, nos aproximando do pensamento de Nietzsche, poderíamos dizer que nossa agressividade atesta o valor e a força de nosso contendor, na mesma medida em que permite diferenciarmo-nos dele.

²⁸ Foucault trabalha com o conceito de formação discursiva, o qual pode ser compreendido como “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa.” (FOUCAULT apud MAINGUENEAU, 1997, p. 14.)

diretamente cientificista²⁹, ou optam pelo método interpretativo de conteúdos, desprezando, assim, as potencialidades da superfície discursiva. Segundo Foucault (2001b, p. 26), essa orientação não é recente:

Desde que foram excluídos os jogos e o comércio dos sofistas, desde que seus paradoxos foram amordaçados, com maior ou menor segurança, parece que o pensamento ocidental tomou cuidado para que o possível discurso ocupasse o menor lugar possível entre o pensamento e a palavra; parece que tomou cuidado para que o discurso aparecesse apenas como um certo aporte entre pensar e falar; seria um pensamento revestido de seus signos e tornado visível pelas palavras, ou, inversamente, seriam as estruturas mesmas da língua postas em jogo e produzindo um efeito de sentido.

Devemos agora explicitar um ponto fundamental desta pesquisa, posto que nele as esferas ética e metodológica se sobrepõem e se equivalem. Ao adotarmos esse método, algumas implicações éticas são a um só tempo inevitáveis e desejadas. Com isso, somos lançados em um campo de possibilidades que não abarca classificações de natureza psiquiátrica dirigidas aos discursos dos usuários. Enunciamos, assim, a recusa ética e metodológica de qualificarmos o discurso do usuário como delirante ou não, de forma que nesta dissertação não será encontrado nenhum rótulo psiquiátrico nos discursos analisados. A justificativa para essa postura pode ser encontrada em toda e qualquer linha desta dissertação, de maneira que neste momento nos furtamos a iniciar novamente sua escritura.

²⁹ As pesquisas que operam com orientações diretamente cientificistas – em especial aquelas centradas nas neurociências – dificilmente levam em consideração a fala do usuário como constituinte de singularidade e sim como expressão de um desajuste orgânico. “Isso porque as neurociências têm a pretensão de fundamentar as funções do espírito, de maneira autônoma e independente. É importante observar que as neurociências pretendem construir uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica. Com isso, o funcionamento psíquico seria redutível ao funcionamento cerebral, sendo este representado em uma linguagem bioquímica. Enfim, a economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade.” (BIRMAN, 2003, p. 181-182.)

2.4 PROCEDIMENTOS

Este item visa apenas a dar um panorama ao leitor de como as entrevistas foram obtidas.

Visitamos durante algumas tardes o espaço institucional de um NAPS no estado de São Paulo. Nosso objetivo primeiro era travar contato com usuários. Quando conseguíamos dialogar de forma efetiva com algum deles, apresentávamo-nos como psicólogo não contratado pela instituição, mas autorizado por esta, a fim de desenvolver uma pesquisa. Em seguida propúnhamos a entrevista. Caso o usuário aceitasse, dirigíamo-nos a uma sala separada. Todos os entrevistados concordaram em gravar suas falas e a todos foi enfatizado que seus nomes seriam mantidos em sigilo – os nomes sugeridos nas análises são fictícios e algumas informações foram substituídas pelo seguinte grafismo: XXX.

As entrevistas não seguiram nenhum roteiro pré-estabelecido, de forma que nossas questões davam-se de acordo com a fala dos entrevistados. A única exceção era a pergunta inicial, que se manteve sempre a mesma: “Você pode falar um pouco de sua história?” Erros e gírias nas falas dos entrevistados e do entrevistador foram mantidos nas transcrições de forma a serem usados nas análises.

3 ANÁLISES

*E nas coisas efêmeras
Nos detemos.*

Hilda Hilst

3.1 SANDRO

(Cego, cerca de 40 anos.)

Entrevistador: *Então, seu Sandro, o senhor pode me falar um pouco da sua história?*

Sandro: *Posso sim. É o seguinte: aconteceu um incidente aqui dentro do NAPS que eu não fui culpado e fui ameaçado de expulsão por um doutor, um médico, não sei o que que ele é, doutor Marco. Meu nome é Sandro R. N., tudo bem? Então foi o seguinte: assédio sexual. A mulher chama-se Joana N. Ela me seduziu a ir num motel com ela no dia cinco de dezembro. Aí eu falei pra ela que no momento eu não tinha dinheiro. Que eu tava só com cinco reais e o quarto seria dez reais e então eu não tinha dinheiro pra levar ela pro motel. Tudo bem, passou. Quando foi no dia treze, foi quando eu recebi dinheiro, eu não procurei ela e nem ela também me procurou. Mas o veneno da mulher, você sabe como é. Ela me pegou e me entregou a doutor Marco, eu não sei o nome dele completo, e falou pra ele que eu tinha chamado ela prum motel, sair daqui de dentro prum motel. Eu não chamei ela, juro por tudo quanto é sagrado que eu não chamei ela. Ela que me seduziu e falou pra doutor Marco.*

A história que Sandro conta, a sua história, é a de um *incidente*. Uma acusação de *assédio sexual*. Incidente nada casual, premeditado por aquela que acusa e mente em sua delação.

O *veneno de mulher* cria a farsa que responsabiliza a vítima pelo crime. O ressentimento da mulher rejeitada é combustível para articuladas engrenagens jurídicas (*assédio sexual*) e policiais (*ela me pegou e me entregou*). Configura-se, assim, o campo onde a verdade deve se desvelar: o inquérito policial e jurídico; espaço fundamental de verificação e comprovação de fatos. Necessário, portanto, apresentar nomes completos e datas determinadas. O réu, advogado de si mesmo, relata, em sua defesa, a história de seu *incidente*. A entrevista que se realiza é, por esse ângulo, investigação e tribunal. Investigação, pois nela se buscará reconstituir os fatos; tribunal, já que com ela, julgam-se responsáveis. O próprio juramento fundamental dos que depõem – dizer somente a verdade – encontra ressonância nas enunciações:

*Eu tô falando a verdade*³⁰.

...juro por tudo quanto é sagrado que eu não chamei ela.

O lugar do entrevistador só pode ser o de juiz/investigador. A defesa deve convencê-lo da verdade que diz.

Insurge na cena, então, o médico Marco como juiz de outra ordem:

“Safado, senta aí. Quer dizer que você chamou Joana N. pra ir pro hotel. Você não tem jeito. Olha Sandro, na próxima vez que você chamar uma menina aqui dentro do NAPS pro hotel, eu vou pegar você e expulsar daqui. Você não vai passar do portão pra fora”. Eu disse: “Mas doutor, procure primeiro saber da história.” — “Não, não quero saber. Você é assim mesmo. A gente já conhece você. Você faz uma coisa, depois se faz de vítima.” Eu digo: “Doutor, eu sou realista. Eu não sou mentiroso. Então

³⁰ Sempre que o trecho transcrito aparecer em itálico sem indicação do enunciador ele refere-se ao entrevistado.

faz o seguinte: se o senhor acreditou nela, tudo bem, é um direito seu, o senhor acreditar nela. Mas me jurar de expulsar da unidade do NAPS...”

O médico Marco é posicionado como juiz brutal que condena arbitrariamente. Para ele não interessa verificar nada. Colide-se aqui com a forma jurídica anterior: um julgamento tirano não lida com a dicotomia verdade/mentira – [...] *Mas doutor, procure primeiro saber da história. — Não, não quero saber.* –, mas sustenta-se no arbítrio pessoal, inacessível à argumentação. *Mas me jurar de expulsar da unidade do NAPS...* Engendra-se uma oposição entre Sandro – aquele que sabe, diz e prova a verdade – e o doutor Marco – aquele que se deixa enganar, condena e ameaça. Sandro sabe, e desse saber advém a potência de seu discurso.

Não vou mentir pra você, eu já chamei muita menina aqui pra ir pro hotel. Mas essa eu não chamei. Eu tô falando a verdade.

Eu não gosto de falsos. Eu odeio quando as pessoas me julgam sem eu fazer aquela coisa, entendeu?

O conflito desenvolve-se a partir disso no plano da violência física. Surge a possibilidade de homicídio: a promessa de expulsão torna-se jura de morte.

Nós hoje quase saímos na p... pancadaria. Na baixaria, mesmo. Eu e meu médico.

Senão ele vai me dar um remédio e vai me matar. É capaz! Eu tenho assistido muito caso na psiquiatria isso aí. Eu não enxergo, sou deficiente visual. Eu não sei que remédio eu tô tomando, meu amigo: eu bebo e danço. Falou? Por isso que eu não quero passar com ele. Eu tô com medo dele se vingar.

Eu tô na fila do almoço e deficiente – que não é deficiente mais; se você não sabe, o nome deficiente é “especial”. Eu sou especial. Como eu sou especial, eu não pego fila em lugar nenhum. Como eu não pego fila em lugar nenhum, eu também não pego aqui. Aí se vingam porque eu corto a fila. Aí me chutam. Me dá murro. Ninguém vê. Mas na hora que eu apronto um pouquinho, todo mundo vê. [inaudível] tamos no Brasil; e principalmente no NAPS, cheio de injustiça. Só vejo injustiça aqui.

Injustiça e mentira fazem-se presentes no NAPS. O *veneno de mulher* coliga-se à vingança homicida em um encadeamento jurídico/policial sem direito à defesa do réu. Ele pressente a violência assaltando de todos os lados. Não há contenção para ela, pois *ninguém vê*, exceto o cego Sandro. Ele é *especial* não apenas por ser deficiente, mas porque vê o que todos ignoram.

E, no entanto, a advertência é a expulsão do NAPS, o banimento da própria instituição abusiva. Como se compõem para ele os limites interiores e exteriores às práticas institucionais? Que tensão ameaça do portão pra fora? Veremos isso mais adiante.

Que vá pra USP, não só pra USP, que o NAPS seja, saiba, que o NAPS saiba dessa história inteira através de jornal, não sei de quê, não sei por onde!

Mas é válida essa pesquisa ou é só frescura? Porque pra eu tá aqui gravando com você pra não adiantar nada, também não adianta nem eu ficar aqui.

A possibilidade de rompimento do ciclo injustiça/violência provém da ação de outras instituições. Torna-se necessário um olhar externo que assinale e confirme o que já é patente para Sandro – *Só vejo injustiça, aqui.*

Um olhar como esse só pode ser armado com um discurso de denúncia que faça reverberar o mal cotidiano ignorado (até mesmo, e principalmente, pelo NAPS). Assim, a “validade” da entrevista é submetida à perspectiva de produzir escândalo, a eficácia decorre de sua capacidade de gerar comoção. Já o lugar do entrevistador é o do repórter que faz repercutir (e é cobrado para isso) amplamente a história/incidente.

Sandro: *Eu quero que isso aí, essa gravação que nós estamos fazendo aqui, sirva de alguma coisa pra me ajudar. Você veio, como é seu nome?*

Entrevistador: *Sérgio.*

Sandro: *De quê?*

Entrevistador: *Machado.*

A ação externa é de crítica e cobrança ao NAPS, consequência natural da denúncia e fundamento desta. Perguntar ao entrevistador seu nome e procedência parece ser um modo de o implicar e comprometê-lo nessa ação.

Eu quero que não fique esse trabalho que você tá fazendo, eu quero que não fique à toa. Quero que cê publique isso aí. Na USP, no jornal, procure um jornal, publique isso aí. E mande pro NAPS. Pra eles ver o quanto que eu valo. Eu valo alguma coisa.

A denúncia reflete a verdade do NAPS para o próprio NAPS, fazendo-o voltar-se sobre si. Sujeitando-o, por meio de um circuito externo, ao que ele é, e expondo-lhe suas iniquidades – [...] *que o NAPS seja, saiba, que o NAPS saiba dessa história inteira através de jornal...*

Mas me jurar de expulsar da unidade do NAPS... Sabe quantos anos eu tenho de NAPS? Quatro anos, quatro anos de NAPS! Eu acompanhei o

NAPS desde o XXX, onde eu fazia tratamento lá e me mandaram eu pra cá. Então eu tenho respeito pelas coisas que em mim prevalece, certo?

Eu não sou qualquer um. Aí ó: a camisa diz tudo. Escola de samba V.A. Ninguém tem essa camisa aqui. Ninguém! Só eu. Então eu sou adorado por todos, por que que o NAPS quer me desprezar?

Ingratidão e reconhecimento perfazem nova polaridade. Não se lida mais com a adulteração de fatos a ser desvelada, mas com uma cegueira ao valor e à devoção pessoal – [...] *eu valo alguma coisa*. O discurso torna-se queixoso da mesma forma que valor e mérito deslocam a proeminência da verdade.

A orientação da ação institucional não visa ao apoio aos usuários que mais dele necessitam. Pelo contrário, por não estarem bem, estes são punidos com a expulsão:

O Marcelo pulou o balcão o ano atrasado e tomou todos os comprimidos que havia dentro da unidade, dentro do postinho. Deu... colapso. Quase morre. Sabe o que foi que fizeram? Mandaram ele embora. Expulsaram ele daqui. Errado. [Bate na mesa.] Errado por quê?! Se ele tomou todos esses remédio, porque ele não tava bem! Você acha se ele tivesse bem ele ia tomar esses remédio tudo?! Não ia, ia? Aí expulsaram ele. Não sei se eles deram apoio ni outro lugar. Ou se... ou se deixaram o Marcelo ao deus-dará. Eu acho que deixaram ele ao deus-dará.

Cabe destacar a proximidade da morte violenta e dos medicamentos. O movimento discursivo faz os medicamentos funcionarem ora como arma de homicídio – *Senão ele vai me dar um remédio e vai me matar* –, ora como via de suicídio. Em outro momento, os remédios são colocados como mal necessário e controle a fim de evitar a depressão. A medicação é

também assimilada à gerência do tempo institucional: as práticas institucionais são vividas como dever e controle.

Sandro: [...] *Segundas e quartas eu tô no hospital-dia. Só que tá lascado porque eu tenho, ói: segunda, HD; terça, espelho mágico; quarta, HD; quinta, grupo de eventos; sexta, assembléia.* [Bate na mesa.]

Entrevistador: *E o que que o senhor acha desse dia-a-dia?*

Sandro: *Triste. Muito triste. Você sabe quantos comprimido eu tomo?*

Entrevistador: *Humm?*

Sandro: *Pra ser controlado?*

Entrevistador: *Humm?*

Sandro: *Dezoito comprimido.*

Entrevistador: *E o que o senhor acha de tomar dezoito comprimidos?*

Sandro: *Não sei. Isso aí eu não sei explicar. Porque se eu tirar um, a depressão volta. Eu não posso tirar nenhum.*

Sandro avizinha então a depressão a tráfico, drogas e prostituição. Nessa contigüidade, a depressão molda-se como desígnio ou dom:

Então, eu sou deprimido desde quando eu me entendo de gente, que eu tenho depressão e não sabia. Com doze anos de idade eu comecei... Doze não, seis anos! Com seis anos de idade eu já tomava copo de cerveja. Aí fui embora. Aí ficava meio tonto, assim, gostava, mas... Aí com oito anos eu experimentei cachaça: “Cerveja é amarga, vou ver cachaça como é”. Aí cheguei lá: “Vicente! Bota uma dose de cachaça aí pra mim.” Eu pequeno. “Mas, rapaz, você quer tomar cachaça desse tamanho?” Eu digo: “Ué?”

Eu tinha um tamanho assim mais ou menos, sabe? De oito a dez ano. Aí peguei, tomei o primeiro gole de cachaça. Aí fui pra casa almoçar. Tomar uma só pra almoçar. Aí almocei, pá. Aí, meu amigo, [inaudível]. Com quinze anos, tinha um colega chamado Adilson, lá onde eu moro em [inaudível], Alagoinhas, que ele fumava um baseado da porra – não pode xingar. Um baseado. Aí enrolou o baseado e me chamou: “Você quer dar um trago nesse baseado, Sandro?” Eu disse: “Quero, pra ver como é.” Peguei o baseado, botei aqui: ssssssss! Subi pra cabeça. Eu já sabia, rapaz; não sei, eu acho que eu nasci sabendo as coisa. Ele: “Porra, você pegou a maconha agora e já jogou pra cabeça! Ah, meu amigo... Sei não, heim, cê tá fumando por aí?” Eu digo: “Não, primeira vez” — “E como cê sabe que tem que prender a fumaça e jogar pra cabeça?” Eu digo: “Claro, se eu pegar ela e soltar pra fora não vai adiantar nada. Tem que pegar a maconha e jogar pra cabeça”. Eu com quinze ano. Aí comecei. [...] Comecei. Aí eu fiquei meio louco da cabeça. Eu já sofria depre... Já sofria depressivo. [...] Chegava em casa, tirar os tarugo, os papel de maconha. Quem era maconheiro eu vendia; alguns. Eu vendia. Um real, dois real, dez real, depende. Aí virei traficante.

Drogas levam à perda de tudo a que se dá valor. Os vínculos são rompidos e a depressão como descontrole de si é uma “queda” que se mescla à doença.

Pra que que eu fui, rapaz, entrei numa cachaça tão do cão. Eu perdi roupa, perdi tudo que eu tinha. Quando eu terminei de perder tudo, adoeci; fiquei quatro ano de cama. Dois anos na [inaudível] de minha irmã e dois anos em Candeias, doente. Eu: “Caramba.” Aí eu digo: “Eu levanto. Quando eu levantar, também não vou lá mais nunca”. Levantei, mano.

Eu tinha mulher; deficiente visual também. Mas só que a bebida desmanchou tudo. A bebida desmanchou o casamento. Ela tinha três filhos, não era nada meu. Aí eu entrei na cachaça, entrei na cachaça, entrei na cachaça e comecei a bater nela, a judiar dela. Aí ela não agüentou e me largou. Deixei faltar as coisas em casa, passaram fome.

Sandro R. N. chegava em casa já bêbado, embriagado.

Declínio corpóreo, mas, acima de tudo, queda moral. O uso do nome completo e da 3ª pessoa no trecho acima parece indicar uma dupla função de distanciamento (do seu passado) e confissão. Por outro lado, vemos no trecho que se segue o uso inusitado do verbo prostituir em 1ª pessoa para indicar (compreende-se posteriormente) o comércio com prostitutas. A conotação moral, ao que tudo indica, atravessa esse verbo no discurso. Prostituir-se é degenerar (em oposição a *recuperar*), cair em desgraça, enfim, deprimir. Essa é a história da *desgraça* de Sandro antes do NAPS o *recuperar*.

Entrevistador: *Como era antes do senhor chegar no NAPS? Como era a sua vida?*

Sandro: *Uma desgraça. [...] Pedia esmola, fumava maconha, me prostituía. O NAPS me recuperou.*

Entrevistador: *Fale um pouco disso. Como que foi isso?*

Sandro: *Triste. Prostituta até umas hora. Segunda, quarta e sexta eu pegava uma prostituta.*

O NAPS o recuperou ao afastá-lo do vício e das prostitutas, controlando-o e trazendo-o para junto de si. Impondo distância entre ele e o perigo vizinho. Expulsá-lo do NAPS equivale a aproximá-lo das drogas e da

corrupção moral: [...] *mandar eu pra droga de novo!* O uso da 3ª pessoa no trecho seguinte – [...] *uma pessoa* dessas [...] – sugere o atual distanciamento e a possibilidade de retorno ao vício e à promiscuidade caso o banimento se concretize.

Maconha, prostituta e bebida. Pode uma pessoa dessas ficar na rua? Usando maconha, usando bebida alcoólica e as prostituta. Pode esses médico tarem me tratando desse jeito? Eles conseguiram me recuperar da droga e agora quer mandar eu pra droga de novo!

No meu morro, a arma mais leve do meu morro aonde eu moro é uma HK de um amigo meu. Só. Amigo meu, heim. Mas eles lá e eu cá, tá?

Outro tipo de relação é possível por intermédio do NAPS que, ao afastá-lo das drogas, o *recupera* para a confiança e a camaradagem. O vínculo e o cuidado viabilizam-se entre os usuários:

E no fim das conta, eu moro com um amigo meu chamado Paulo B.S. É quem alivia um pouco o meu sofrimento.

Uma pessoa legal [Paulo], muito boa de se tratar; a gente se dá bem. Temos tempo do NAPS: quatro ano junto. Conheci ele aqui no NAPS, levei lá pra casa. Tá lá em casa até hoje. Não me dá trabalho; é muito bom. Gente boa.

Ao mesmo tempo em que a distância e o abandono se infundem fora de seus domínios, o NAPS aproxima e possibilita o vínculo entre as pessoas. A expulsão corresponde, em última instância, à impossibilidade de ser cuidado e à “queda” na depressão.

Deixei faltar as coisas em casa, passaram fome. [Sua mulher] Ia pegar as coisas no vizinho, pá, nas minhas irmã. Aí minhas irmã sempre foi

regulada: "Ah, quem tem obrigação de dar comida é Sandro, não é eu não".

Sábado e domingo eu morava sozinho, sem ninguém. Fazia comida de qualquer jeito e comia. Quando eu tinha apoio de minha família, quando foi o tempo que eles me deram apoio, aí eu almoçava na casa dela e na casa da outra. Mas quando... mudamos, mudaram, eles mudaram pros prédios do CDHU e eu fiquei cá em cima do morro, sozinho. Então fica difícil eu ir pra casa deles sozinho, entendeu? Então eles não me apóiam. Quem lava minha roupa é uma amiga nossa, por nome dona Simoninha, ela que lava nossa roupa. A minha e do Paulo. E o resto tudo ele faz dentro de casa: limpa chão, faz tudo.

"Seu Roberto [um parente], o senhor não viu eu lhe chamando, não?" — "Não, vi não. Não vi você me chamando, não." — "Rapaz, quase que eu morro aqui, você não tá nem aí, né?" — "Ah, cê quer que eu faça o quê? Eu não vi." Tá vendo o que é morar só?

E, no entanto, formam-se vínculos aquém do NAPS. Mesmo a preocupação com o outro existe, mas é um cuidado impotente. O zelo não se materializa em ação concreta e o abandono torna-se o único desfecho possível.

Ele [um vizinho] morava sozinho, coitado. "Mas, seu Mário, como é que o senhor vai almoçar a essa hora, seu Mário, três hora da tarde?" — "Ah, eu tava sem fome." Pegou em minha mão, eu disse: "Seu Mário, sua pressão tá baixa, seu Mário. Vá cuidar de sua pressão que ela tá baixa." Ele disse: "Minha pressão tá baixa?" Eu disse: "Tá." Mor calor, mano! Ele com a mão fria! [inaudível] a pressão dele tá baixa demais. Aí eu não sei se ele foi ou deixou de ir. Não sei, né? Quando foi na sexta-feira, ele morreu. Morreu seu Mário... Ô amigo, sexta, sábado, domingo. Foram

descobrir o corpo de seu Mário morto dez hora da manhã, por causa do estado de aputrefação.

Pela primeira vez Sandro se coloca na posição de quem pode ajudar, e não somente receber auxílio. Imediatamente, porém, reverte esse lugar:

Porque... sabe por que que eu contei isso na fita? [...] Porque pode acontecer comigo. Eu moro só, eu e o Paulo... Só que se Paulo for embora, eu vou morar só.

Cabe ainda destacar o vínculo estabelecido com Augusto, diretor e psiquiatra do NAPS.

Eu... na minhas aflições, que são muitas, aí o Augusto vê eu chorando ele não gosta de ver eu chorando. É como diz aquela música do Trio Parada Dura: “Se vê a pessoa chorando, dá vontade de chorar também.” Muito difícil uma pessoa chorar pelo outro.

Chegou uma hora que eu e ele tava discutindo hoje; eu e doutor Marco. doutor Augusto caiu fora. Doutor Augusto é o diretor daqui.

Aí teve uma hora que eu perguntei, eu tava no carro do doutor Augusto, aí eu perguntei: “Doutor Augusto, quem manda na unidade? É você ou o... ou os outros?” Ele: “Sandro, pelo que eu saiba é eu.” Eu digo: “Não parece.” — “Por que que você diz que não parece?” — “Doutor Marco tá com ideal de me expulsar da unidade.”

Há um vínculo de solidariedade com doutor Augusto. Porém, *quem manda na unidade* é outro médico que exerce mando tiranicamente. Augusto parece se elevar no conceito de Sandro menos devido a sua atuação específica como médico (e todos os seus saberes médicos) do que pela sua bondade que viabiliza um vínculo solidário entre ambos.

[...]; *de médico eu não gosto, não. Eu me trato com eles, mas eu não me dou com eles, não. Seja quem for: doutor Augusto, doutor Marco.*

Quando Sandro refere-se à prática médica mais especificamente, esta é caracterizada pelo autoritarismo e pela ausência de comunicação:

Mas médico, não; o negócio é diferente. Que eu já bato na mesa, já não quero saber. Porque médico é fresco. Você pega... você tá falando com ele, ele tá com a caneta só ali, ó [faz gesto de quem escreve]. Só riscando e riscando os remédio e você falando com as parede.

Finalmente, é importante acentuar nas enunciações de Sandro o domínio que ele impõe sobre o discurso do entrevistador. Para tanto, este é ora convocado a posicionar-se em consonância com o entrevistado, ora requerido a justificar-se:

Eles não vão me aceitar lá. É, ou não é?

Sandro: *Aí você tá fazendo um trabalho?*

Entrevistador: *Sim, é uma pesquisa.*

Sandro: *Mas é válida essa pesquisa ou é só frescura?*

Ele mostra, assim, que existe uma tentativa de enganá-lo. Entretanto, o logro fracassa uma vez que ele conhece e, justamente porque conhece, se impõe frente ao entrevistador.

Tomando o pensamento de Michel Foucault no registro da brincadeira, podemos dizer que, para Sandro, saber e poder literalmente se equivalem. *É, ou não é?*

3.2 PAULA

(Cerca de 55 anos.)

Bom, eu sou paciente do NAPS, sou munícipe aqui, desde os dois anos de idade tive problemas seríssimos familiares, traumas de infância com a minha família, com meus pais, meu pai faleceu [inaudível] era pequena. Tive trauma com a separação do meu pai, da minha mãe, dona Otávia, que tem um problema de saúde mental também.

Paula é paciente do NAPS e munícipe³¹ da cidade desde criança. Sua enunciação parecia esses dois elementos em uma relação de contigüidade de forma que ser munícipe é complementar à sua condição de paciente do NAPS. Logo surgem novas correspondências: traumas de infância com a separação dos pais, o falecimento do pai e o problema de saúde mental da mãe. Nesse conjunto de equivalências, um ponto parece conter especial adensamento: a mãe *também* tem um problema de saúde mental. Paula é paciente do NAPS e – assim como a mãe – tem um problema de saúde mental. Os *problemas seríssimos familiares* parecem constituir uma unidade com os *problemas de saúde mental*.

[...] eu vim parar aqui pelo seguinte: já sou munícipe aqui, eu tive várias internações, eu me tratei em vários psiquiátricos de saúde mental, não como louca, mas sim como depressão, né? Separação dos filhos, saudade, a saudade me dava vontade de chorar, traumas, desfeita da família, desfeita da própria família do meu marido, que é o Rodrigo, depois eu tive meu filho que também foi desrejeitado na família, meu filho Junior, Rodrigo Junior. Tudo foi consequência da separação do meu lar, que eu fiquei doente, eu era secretária na [inaudível] do Brasil, secretária bilíngüe, eu falo três, falo

³¹ De acordo com o dicionário Michaelis (1998): “1. Diz-se dos, ou cada um dos cidadãos de um município. 2. Diz-se da, ou a pessoa que goza dos direitos do município.”

várias línguas: *thank you very much, je t'aime mon cherry, Dio come ti amo, em italiano, e hablas castellano eu falo também. Mas sempre fui muito passada pra trás em tudo, em todos os meus propósitos de pensamento, de vida, de filhos, e quando eu comecei a iniciar o tratamento eu achava que um dia eu ia encontrar umas pessoas que pudessem me ajudar, e pedia auxílios de assistentes sociais, de médicos bondosos, médicos sinceros, médicos que descobrissem meus diagnósticos; e foi descoberto meu diagnósticos. Eu nunca fui esquizofrênica, sonolência eu tinha porque... devido à preocupação da minha filha Amanda, do meu filho Rodrigo [...].*

Paula chegou *aqui*, porém o termo é ambíguo: refere-se ao NAPS – que seria um dos vários hospitais *psiquiátricos de saúde mental* em que ela se tratou – ou ao município específico em que ela reside? Novamente se esboça uma contigüidade de contornos imprecisos entre o município e o NAPS. De qualquer forma, ela sempre se tratou – reparemos que ela não “foi tratada”, mas “se tratou”, o que a torna autora da ação – [...] *não como louca, mas sim como depressão*. Essa última enunciação, por sinal, antecipa e rebate uma possível suposição do interlocutor, qual seja: “quem vai para um hospital psiquiátrico só pode ser louco”. A hipótese da loucura/esquizofrenia é descartada novamente um pouco depois com a descoberta de seu diagnóstico: [...] *e foi descoberto meu diagnósticos. Eu nunca fui esquizofrênica [...].*

Mas, afinal, o que seria a depressão? Paula discorre uma série de elementos em que causas, efeitos, pessoas envolvidas ou características da enfermidade, longe de se distinguirem completamente, compõem um mesmo cenário:

- Separação dos filhos;
- Saudade que dava vontade de chorar;
- Traumas;

- Desfeita da família;
- Desfeita da família do marido;
- Seu filho Rodrigo Junior;
- Separação de seu lar;
- Ficar doente.

Paula aponta que sempre foi muito *passada pra trás* em seus *propósitos de pensamento, de vida, de filhos*, mas não nomeia quem procedia dessa forma com ela. Entretanto, essa passagem pode, talvez, lançar alguma luz à expressão *desfeita da família*. Hipotetizamos que a *desfeita* assume simultaneamente dois sentidos distintos em sua enunciação: 1. *adjetivo*: a família desfeita, desintegrada, família tendo sido desfeita; 2. *substantivo derivado de um verbo*: a família ofende, insulta, família fazendo desfeita. Sentidos distintos, porém correlacionados em seu discurso: a família que ofende acaba por se desintegrar; a *separação do lar* como contrapartida de ser *muito passada para trás em tudo*, até pela família.

O início do tratamento de Paula transcorre como uma busca. Obstinate, apesar de sempre passada para trás, ela buscava pessoas que pudessem ajudá-la. Essas pessoas eram rastreadas em um campo institucional específico, entre assistentes sociais e, principalmente, médicos – [...] *e pedia auxílio de assistentes sociais, de médicos bondosos, médicos sinceros, médicos que descobrissem meus diagnósticos*. A bondade e a sinceridade, portanto (e não a competência ou a precisão técnica), eram essenciais para que Paula encontrasse as pessoas certas para, assim, prosseguir em seu tratamento. Poderíamos supor, a partir daí, que ela buscava como fim último apoio moral, acolhimento, etc. Mas não, a bondade e a sinceridade do médico eram essenciais para que o seu *diagnóstico* pudesse ser descoberto. A verdade “depressiva” dela pôde, assim, ver-se a si mesma por intermédio da luz benevolente de médicos

sinceros. Não médicos quaisquer, mas aqueles “encontrados” pela paciente em tratamento. Paula precisou descobrir esses médicos para que a sensibilidade e a bondade destes pudessem, por sua vez, descobrir o que estava fadado a ser descoberto. O seu diagnóstico é resultado do encontro de duas bondades reflexivas. É nesse labirinto de espelhos que Paula se configura como sujeito de seu discurso, como usuária de uma instituição da qual faz parte e, ao mesmo tempo, ultrapassa.

Somente aí a hipótese da esquizofrenia pôde finalmente ser descartada e a depressão enunciada. Mas por que falar em depressão se podemos falar em *separação do lar e saudade que dá vontade de chorar?* Questão de bondade e sinceridade...

Cabe ressaltar ainda que Paula se coloca como uma pessoa culta, fluente em diversas línguas. Porém, não basta afirmar, é preciso demonstrar por meio de uma série de frases curtas em várias línguas que atestam a fidedignidade de seu dizer. Entretanto, cometeríamos um engano se negligenciássemos a importância dessas frases-chavão; ao contrário de empobrecer o discurso, essas frases padronizadas têm a função de colocar o interlocutor na posição de quem também conhece essas línguas e pode avaliar a veracidade das afirmações daquela que as enuncia. Paula não apenas diz, como prova aquilo que diz, ou seja, que era uma secretária poliglota. Ora, essa prova só pode surtir efeito em alguém que também compreenda essas diversas línguas, que saiba reconhecê-las, ou seja, alguém culto como ela. *Thank you very much.*

A Silvia M. [médica do NAPS] agora aqui na... A Silvia M. agora aqui me dopou de remédio que nasceu tudo quanto foi berruga na minha barriga, nas minhas costas, tudo quanto foi lugar nasceu. Nasceu até nos olhos as berrugas dos remédios aqui. Ela vem aqui, aquele jeitinho dela...

Em oposição ao zelo do médico que descobriu seu diagnóstico – a ser denominado um pouco mais à frente nesta análise – a médica do NAPS é caracterizada como aquela que a dopa com medicamentos e, com isso, provoca malefícios em seu corpo. A expressão *aquele jeitinho dela* parece estar em oposição direta à bondade e sinceridade buscada em um médico. Já *remédios aqui* enfatiza a proeminência do NAPS e sua “química” nas deformações ocorridas no corpo de Paula.

O único problema que eu sinto é dor de cabeça, às vezes me dá um nervoso comigo, eu fico nervosa e choro. Eu tenho que tomar remédio pra dor de cabeça. Mas não agarrar que nem eles me agarraram aqui ontem. Os homens me agarraram que arrancar até as calças pra tomar injeção. Aqui é a maior putaria da história americana dos Estados Unidos, aqui dentro.

O NAPS se revela então como local de violência sexual. A administração do remédio para amortizar os efeitos da dor de cabeça da usuária torna-se pretexto para sua violentação. O espaço-círculo da violência sexual é demarcado na enunciação *aqui dentro*; e os agressores são os homens responsáveis por lhe aplicar injeções. No trecho seguinte, ela se refere a um oficinairo – portanto membro da equipe – que tenta arrancar sua calça:

E agora eu estou aqui no NAPS como congregada aqui, como diretora do SUS [Sistema Único de Saúde] que eles elegeram, sem pedir minha autorização eles me elegeram e já me puseram pra pegar o pepino na mão. Fui pêga, eu não quis, eu não quis, queriam que eu fosse, eu tô aqui. Pela misericórdia de Deus eu tô aqui. Agüentando trancos e barrancos, paciente me matando, oficinairo me xingando, arrancando minhas calças, derrotando minha moral de mulher [...].

Paula: *Falta de respeito, com marginalização de pessoas quer fazer eu... manipular eu fazer uma coisa que não tá no meu íntimo, na minha índole. “Como você quer tomar uma injeção? Ou qual comer? Ou pra não sei o quê? Ou pra que eu quilé?” Não quero. Então hoje você veio aqui, tô te dando toda a atenção. Eu tô entregando o cargo do SUS porque eles não me respeitam, eles querem apoderar da minha posse com sem-vergonhice e eu não aceito. Pode escrever aí, pode escrever [aponta para meu caderno de anotações]. O negócio é feio.*

Entrevistador: *Quem quer fazer isso, Paula?*

Paula: *A diretoria. Não do SUS. Aqui, no NAPS. Põe aí, NAPS [aponta para o caderno, eu anoto, ela confere].*

Entrevistador: *E o que a diretoria quer que você faça?*

Paula: *Que eu pegue um cargo que eu não ganho nada, nem um pão de comida, nem um café com leite. Começando pela copeira dona Antonia que me dá o pão e joga na minha cara.*

Uma nova cena se configura. Paula se congrega ao NAPS como diretora do SUS e assume um cargo por intermédio de uma eleição orquestrada pela diretoria do NAPS. Violência e sexualidade agregam-se em procedimentos contra Paula, diretora do SUS. Assim, desde a assunção de seu cargo até os atos institucionais mais corriqueiros são atravessados pela violência (e freqüentemente pela sexualidade): a copeira Antonia que a agride, a falta de remuneração, o paciente que a mata e o oficineiro que a xinga, arrancando-lhe as calças e, com isso, derrotando a sua *moral de mulher*. Paula, diretora e mulher que assume um cargo contra a sua vontade e é manipulada a ponto de ver-se violentada em seu *íntimo*, em sua *índole*. A *sem-vergonhice* de cunho sexual e a subversão de seu cargo são duas

faces do *negócio feio* que se instalou no NAPS. Uma violência que *manipula* seu corpo e derrota num só golpe de força sua vontade e sua moral.

Até agora ela agüentou a falta de respeito hegemônica na instituição, mas chegou a hora de dar um basta – *e eu não aceito* –, e para isso é preciso uma decisão drástica: entregar o cargo do SUS – para quem? para o entrevistador? para a diretoria do NAPS? para os responsáveis no SUS? Ela agradece então a atenção do entrevistador, comunica-lhe sua decisão e esclarece seus motivos. O assunto é de seriedade extrema, é preciso que o entrevistador anote, seguindo suas ordens precisas de diretora. Mas não basta anotar, é preciso inspecionar se as coisas estão sendo feitas corretamente na instituição. “Ok, ele anotou corretamente”. Assim, entre a palavra de uma que se impõe e o gesto de outro que a segue, se legitima uma relação de poder envolvendo entrevistador e entrevistada, uma relação implicada em uma instituição que a excede.

Entrevistador: *Como é morar sozinha?*

Paula: *É bom. A gente curte, né. Eu não gosto só... a minha casa tem problemas de... que eu tenho coisas de valor em casa, que eu trabalho, trabalho, trabalho... tenho minhas coisas assim, tive herança de pessoas que faleceram e deixaram pra mim. Eu não aceito que entrem na minha residência que tomam meu espaço, que mexam nas minhas coisas, minha filha se ela for também ela não mexe, nem mexo nas coisas dela, que ela tem os gostos dela, eu tenho os meus gostos, cada um respeita o seu espaço.*

Em oposição ao NAPS, o que impera em sua casa e no vínculo com a filha é o respeito mútuo à individualidade de cada uma. A filha não mexe nos espaços e nas coisas da mãe, nem a mãe nos da filha. Apesar de Paula morar sozinha, sua filha é uma presença definida em sua casa, contando

inclusive com espaços próprios. A expressão *a gente curte* parece referir-se à curtidão não apenas de Paula, mas das duas mulheres, do respeito entre elas e do limite que se traça entre o interior respeitoso e a ameaça externa que tenta tomar os espaços e as coisas. A relação mãe-filha é delimitada geograficamente, tanto no plano interno – cada uma tem seus objetos, seus gostos, seus espaços – quanto no externo – é preciso afastar da residência os intrusos aproveitadores. Dentro da residência de Paula, toda uma geopolítica se constitui e traça fronteiras com o exterior inóspito. Duas formas de proceder com a diferença estão em jogo: a primeira, interna, marcada pela reciprocidade; a segunda, externa, pela violação. Mais do que uma barreira física separando o dentro e o fora, os limites se impõem por práticas sociais distintas.

Paula: *Aonde eu estive internada lá na convivência pela prefeitura onde que a Sandra N. quase me matou, fui parar no IML, fui parar no Instituto Médico Legal com a cabeça toda inflamada, tanta pancadaria na cabeça. Fui parar no IML, fui parar lá nos cadáveres, eu fiquei viva-morta lá nos cadáveres, fazendo exame de corpo delito lá, você acredita?*

Entrevistador: *Por que você foi parar lá?*

Paula: *Porque a paciente me agrediu, puxou meus cabelos e socou minha cabeça no chão. Lá no Centro de Convivência, no Parque XXX.*

Entrevistador: *A paciente?*

Paula: *É. Sandra N.*

Ela [Sandra N.] tem inveja que eu tinha minhas coisas. E a assistente social mandava em gesto, mandava: “Soca ela, soca ela”. E ela ia... Ela tá aqui hoje, ela tá aqui na clínica. Eu sou diretora aqui, tô fazendo papel de boba na mão dela, e ela tá aí, me ameaçando ainda, fazendo crochê com todo

mundo. Mas eu não posso perdoar porque me machucou, me dói a cabeça até hoje, me dói.

Entrevistador: *Como é aqui no NAPS?*

Paula: *Ruim, péssimo.*

Entrevistador: *Por quê?*

Paula: *Entra muito bandido aqui.*

O exterior intrusivo agora ganha um nome, um rosto e uma considerável dose de violência. É Sandra N. que se impõe na cena – *tem inveja que eu tinha minhas coisas* – e espanca Paula a ponto de torná-la uma *viva-morta*. É Sandra N., então paciente de um dispositivo institucional originado – da mesma forma que o NAPS – no movimento da Luta Antimanicomial. É Sandra N., que agredia incentivada por uma assistente social da equipe. É Sandra N. que hoje é paciente do NAPS e continua ameaçando Paula impunemente. Enfim, toda a cena de violência se atualiza no NAPS, se adensa com novos personagens e antigos agressores; a copeira que lhe atira o pão na cara não é tão diferente da antiga assistente social que incentivava o espancamento, e Sandra N. ainda pode despachar Paula ao Instituto Médico Legal. Em outro trecho da entrevista, a entrevistada usa o verbo na forma presente: *Pela misericórdia de Deus eu tô aqui. Agüentando trancos e barrancos, paciente me matando [...]*. O NAPS se sustenta como instituição que banca a agressão e acolhe a bandidagem – *Entra muito bandido aqui* –, tornando-se, portanto, o espaço exterior aludido anteriormente, mas de forma intensificada. Efetivamente, o NAPS se configura na geopolítica diagramada por Paula não apenas como território do desrespeito, mas principalmente como ameaça ao corpo, onde a violência legitimada institucionalmente explode e mata.

Porque quando eu fui internada ninguém deixava eu falar nada, só me socavam remédio. Não deixavam... Todo dia eu ia falar, não deixavam. Nem minhas lágrimas queriam saber que eu tinha. Vou internar todo mundo no fórum [...].

Tô lutando na vida aí. Não lutando com sem-vergonhice, tô lutando no fórum pra pôr cada um que fez mal comigo na cadeia. Vou pôr todo mundo no fórum, já tô colocando, tô conseguindo colocar. Arrancaram meus dentes, deixaram eu banguela, raspam minha cabeça, deixaram eu careca, fizeram tudo comigo, trancos e barrancos.

De mão de sem-vergonha de marceneiro? Que vem dar uma de gostoso aqui, querer agarrar eu ontem à tarde aqui pra dar uma injeção! É bonito isso num fórum?! Vai tudo pro fórum. Vai tudo, não, a gravação não vai, mas eles vão. É Márcio e Claudio, dois sem-vergonha aqui, dois sem-vergonha que trabalha aqui.

A instituição criminosa NAPS torna-se agora alvo de uma luta incansável empreendida por Paula. Trata-se de trazer o inimigo para o campo jurídico: se a equipe e os pacientes a espancam e a violentam, Paula, por outro lado, tem o poder de transformar a instituição inteira em um fórum – *É bonito isso num fórum?!* Efetivamente, ela determina quem vai para o fórum – e *vai tudo pro fórum*, com exceção da gravação da entrevista. Esse fórum-NAPS, por sua vez, apresenta-se com diferentes vieses e perspectivas. Ele é a instância capacitada a punir; por intermédio dele e por determinação dele, as pessoas podem ser encarceradas. Nesse sentido ele se constitui como uma instância de julgamento. Mas também é nele que as pessoas são *colocadas*, criando-se uma estranha cumplicidade entre ele e a cadeia; relação não apenas de sobredeterminação, mas, também, de identificação – o fórum é uma cadeia. Por último, cabe ressaltar

que os culpados não são “presos” no fórum, mas internados lá. Dessa forma um novo ciclo se completa, o NAPS, transformado em fórum, prevalece como instituição na qual se internam pessoas. Porém, o deslizamento de NAPS para fórum parece preencher uma função precisa: ele denuncia a prática de internação como punição e cárcere na mesma medida em que cria a possibilidade de justiça na instituição. É preciso transformar o NAPS em um fórum – e Paula demonstra em seu discurso que tem esse poder – para que os culpados sejam punidos com a internação. Ora, internar é, talvez não por acaso, procedimento padrão em hospitais psiquiátricos.

Doutor Rodrigo me cuidou dez anos e não cobrou um tostão a consulta. Ele examinou meu corpo dizendo que eu tava com um problema cardíaco. Não com sem-vergonhice, que ele sempre foi um médico bom, ele lá e eu aqui. Era... quantas horas de consulta? Acho que era duas horas de terapia, terapia individual. Lá eu chegava, eu sentava, eu chorava, nunca foi feito nada de manipulação.

Nos deparamos novamente com o *médico bom*, o médico ético. Mas, nesse momento, uma face concreta assume essa posição: doutor Rodrigo. Sua bondade se esquadrinha no pólo oposto à violência sexual, à *manipulação* do corpo com *sem-vergonhice* vista anteriormente. O corpo é examinado por esse médico sem *manipulação* e o diagnóstico preciso se faz possível. A distância que se instala entre médico e paciente – *ele lá e eu aqui* – é uma distância sobretudo ética, que respeita a *moral de mulher* da paciente. No espaço-tempo da consulta, a paciente Paula pode chorar segura de que a distância respeitosa entre médico e paciente está garantida. A bondade do médico que não cobra a consulta – ele não é apenas aquele que não abusa, como também aquele que não explora – e sua competência profissional requerida na determinação do diagnóstico situam-se como elementos indiferenciados; assim se constitui a silhueta familiar do médico

caridoso e competente que é doutor Rodrigo. Interessante, ainda, notarmos que a médica do NAPS, Silvia M., não recebe o qualificativo de “doutora”.

Eu quero que essa gravação chegue aos ouvidos do doutor Rodrigo G., que foi meu psiquiatra que descobriu meu diagnóstico dentro de uma psiquiatria. O tratamento que ele fez comigo como paciente dele há dez anos, tá bom, doutor?

Meu pai morreu quando eu tinha um ano de idade. Eu tô regredindo em idade, heim doutor. Faça o favor, me leva isso na mão do doutor Rodrigo, lá da USP.

Paula demonstra possuir a capacidade e a força para determinar o destino de sua entrevista. Ao entrevistador cabe acatar. Já o doutor Rodrigo não é de forma alguma uma referência a um passado longínquo e ultrapassado. Sua presença é maciça na fala-ato de Paula; a ele a gravação deve ser dirigida, ele é o ponto a ser alcançado pela voz ativa de sua paciente. Mas o que Paula faz não é simplesmente dizer a meta final de sua entrevista, antes ela traceja o médico como um elemento constituinte de seu discurso. Em outras palavras, poderíamos dizer que sua fala se dirige não somente ao entrevistador, mas também ao doutor Rodrigo e este tem um talhe muito mais sólido que aquele, de forma que sua presença chega a ofuscar o entrevistador.

“Mas como, se há somente duas pessoas na sala e o doutor Rodrigo não deve ser, supomos nós, nenhuma delas?” A essa objeção só podemos responder reiterando o estofo de que somos feitos: a análise do jogo discursivo tecido pela entrevistada é o nosso único norte. Na medida em que propositadamente nos afastarmos de predisposições e do bom senso banal, somos arrastados para profundidades densas e abismos sem luz. Este é o meio em que a análise de um discurso como esse de Paula é possível, a

nosso ver. Essa talvez seja a única fidelidade que os entrevistados nos pedem. Sendo assim, fechemos os olhos e atiremo-nos no precipício que Paula nos indica.

Eu vou dar uma entrevista sincera em cada departamento que entrar a minha fala.

Paula: *Eu quero agradecer o que você está fazendo, caiu um cabelo meu aqui no teu caderno. Você não anotou nada aí, né?*

Entrevistador: *Tô anotando aqui, olha [mostro o caderno]. Mas, de qualquer jeito, está gravando tudo.*

Paula: *Então, espero que você me entenda, tá?*

Tudo isso é um particular meu que eu tô passando, se isso servir pra alguma coisa...

Ela compartilha com o entrevistador sua intimidade. A riqueza de sua fala deve ser buscada na sinceridade com que ela se expõe, no seu *particular*. A serventia da entrevista deve ser buscada na compreensão de sua intimidade, do que lhe é mais próprio. A esse possível entendimento do entrevistador, ou melhor, a essa esperança de entendimento, ela agradece.

Eu tenho meus pertences, não preciso de pertences de sem-vergonha, não. Sou uma psicóloga portuguesa, brava ainda e evangélica ainda! Brava e evangélica, põe aí, brava e evangélica [aponta para o caderno e eu anoto “brava e evangélica”]. Tá [ao verificar que eu anotei].

Paula: *Sinto dores na cabeça, no ouvido, fui agredida no... perfuraram meu tímpano. Perfuraram meu tímpano, você sabe o que é tímpano? O que é tímpano?*

Entrevistador: *É um órgão dentro da orelha, não é?* [Ela acena que sim.]

Meu negócio é só fórum, agora. Fórum, fórum, atrás de fórum. Não vai tirar isso da gravação, tá? Que é um assunto meu, um assunto meu, seríssimo, viu? Você pediu, eu dei essa oportunidade ao senhor, tá bom?

No entanto, é preciso conferir se o entrevistador anota corretamente, instruí-lo e verificar seu conhecimento dos diversos assuntos. A vida de Paula é assunto seríssimo para correr o risco de se perder devido a um conhecimento insuficiente dos assuntos abarcados por sua fala – *você sabe o que é tímpano?* – ou na falta de registro adequado – *você não anotou nada aí, né?* Dessa forma, o entrevistador é inspecionado, testado mesmo, a fim de tornar seu entendimento efetivo. Simultaneamente, ela dá ao entrevistador uma oportunidade única e alinha-se a um ensejo dele. Oportunidade e ensejo de quê? Ora, justamente de compreender e registrar assuntos pessoais e seríssimos dela.

Entrevistador: *Paula, você falou que foi internada também?*

Paula: *Internada.*

Entrevistador: *Como que foi isso? Conta pra mim.*

Paula: *Como você quer saber? Você tá forçando a minha mente, tá doendo a minha mente.*

Entrevistador: *Paula, você falou que foi casada.*

Paula: *Fui casada.*

Entrevistador: *Você pode contar um pouco sobre isso?*

Paula: *Não, isso não. Particular meu, não.*

Dois limites se configuram e barram o acesso a sua vida particular, zonas proibidas que devem permanecer resguardadas. O primeiro limite é marcado pela dor: uma tortura ganha forma em uma pergunta, o desejo de saber do entrevistador como ato que provoca sofrimento. O entrevistador é colocado na posição daquele que produz a dor. O segundo limite se dá por uma diferenciação, uma zona de privacidade que deve se manter na penumbra, algo próprio demais para se deixar ver. Aqui o outro lado – e, de fato, um lado oposto ao anterior que era oferecido abertamente na entrevista – do que Paula chama de *particular*. Interessantes proximidades em que a tortura se produz em uma pergunta referente à internação e o privado em uma questão que aborda o casamento. Paremos por aqui, respeitemos os limites impostos por Paula, pois avançar equivaleria a incorrerem em uma impropriedade segundo nosso método; corresponderia, em outras palavras, a uma interpretação. Enfim, permaneçamos dentro do abismo de Paula.

3.3 JAIR

(Cerca de 40 anos.)

Entrevistador: *O senhor pode falar um pouco da sua história?*

Jair: *Bom, eu, eu nasci em XXX [cidade A] aos cin... cin... cinco ano, mais ou menos, cinco, seis ano eu vim pra cá pra XXX [cidade B]. Morei, morei numa casa... Morei numa casa de aluguel. Depois passou muito tempo, meu pai... Nós, nós moramos em várias casas de aluguel, depois passou muito tempo meu pai [inaudível]. Não, a gente viveu muitos tempos junto, né? Mas ele... faleceu e ficou só minha mãe, né? Aí eu fui criado com minha mãe. Desde dos vinte anos... dos cinco anos até os... Aos quatorze anos eu comecei a trabalhar. Aos quatorze anos eu fui trabalhar numa malharia, eu*

fazia blusa. Eu fazia... Numa malharia eu trabalhava... eu fazia duzentas e quarenta blusa por dia. Tinha quatro frente, quatro costa e quatro mangas. Era uma máquina bem grande, era uma máquina onde eu trabalhava de tecelão. Malharia, sabe? E então tinha vez que eu trabalhava à noite e passou muito tempo, eu fui ficando...

Para responder à pergunta referente a sua história, Jair recorre à memória. Para falar de sua história é preciso lembrar-se. A recordação é, para ele, uma articulação do tempo e do espaço: o nascimento na cidade A, a mudança para a casa da cidade B aos seis anos, o tempo passado junto com o pai até a morte deste, o tempo passado com a mãe sem o pai e a idade em que começou a trabalhar. Tempo e espaço se coordenam em sua enunciação de forma a sublinhar algumas marcas densas de sua vida envolvendo pessoas, lugares e acontecimentos. Das várias casas de aluguel habitadas por sua família, persiste na lembrança um constante deslocamento no espaço. Nessas mudanças, as posições ocupadas pelo pai e a mãe não são demarcadas à risca, de forma que não é possível saber a quem os termos *a gente* e *nós* se referem exatamente.

Foi que eu... Eu comecei... eu comecei a ficar muito desligado, né? Desligado assim da... Sabe, eu só ouvia aquelas músicas, sabe aqueles tempos da Jovem Guarda. Você ouvia aquelas músicas e... sabe cê... Você ter uma família e seu pai é alcoólatra. Então você tem que trabalhar. Então aquele tempinho das... anos sessenta... anos setenta e um ... eu trabalhei foi setenta e um, setenta e dois, por aí. Então eu ouvia aquelas música, então aquela Jovem Guarda, eu gostava de... eu queria ser um cantor, né? Ficava pensando em ser um cantor. Então eu era muito jovem, eu tinha muita ilusão, muita vaidade e eu tinha que trabalhar, sabe? Então aquilo vai acarretando. Eu tive que trabalhar, tive que... Porque meu pai, meu pai não tinha condições. Até há um tempo ele tinha condições, mas depois ele

começou a ficar alcoólatra demais. Aí não teve mais condições pra levar a vida. Aí eu tive que trabalhar. Aí então isso foi acarretando, né? Então o meu problema foi esse de muito trabalho. Aí depois eu comecei... [...] Então já aos quatorze anos já começar a trabalhar, então fica bem complicado. Pra mim eu era jovem demais, né? Então foi isso. Então o meu problema mais foi... muita correria, muito agitada a minha vida, por causa da família, mesmo, que não deu condições.

Uma somatória de fatores é causa e substância de seu *problema*. Vaidade, ilusão, juventude e necessidade de trabalhar se equivalem e fazem parte da mesma vertigem que constituiu sua vida agitada. O pai parece ser um ingrediente fundamental nesse caldeirão explosivo. A obrigatoriedade do trabalho, o *ter que trabalhar*, é condicionado à ausência de *condições* oferecidas pelo pai desde que este ficou alcoólatra. A partir disso o conflito se alarga para a família inteira – [...] *muita correria, muito agitada a minha vida, por causa da família, mesmo, que não deu condições*. Conflito sobretudo entre a correria do trabalho que impregnou sua vida de agitação e a família que não lhe ofereceu *condições*. Jair fica *desligado*, mas não sabemos ainda do quê ou de quem.

Jair: *Foi... Foi excesso de trabalho, né? Excesso de trabalho. Eu fiquei muito desligado. Aí os doutor, os médicos acharam que era, que isso era... Eles não falaram que era excesso de.... Eu que tô falando que era excesso de trabalho, né? Mas eles acharam que eu... Minha mãe diz que não é desde nascença.*

Entrevistador: *Que não é o quê?*

Jair: *Que não é de nascença o meu problema. Que eu era são mesmo, eu era bom, eu trabalhava, tudo. Mas os médicos dizem que... que é problema de... trabalho mesmo. O médico, não! Eu tô dizendo isso. Eu tô dizendo que*

é problema de trabalho. Mas os médico acham que é psicológico. Eu também tinha muita vontade de... Tinha muita ilusão, muita vaidade, eu era muito vaidoso. Eu era muito vaidoso no tempo de quatorze anos. Tudo isso foi... Eu achei que foi isso. Eu acho que é isso. Agora os médicos têm outra opinião, eles têm outro argumento pra dizer... Agora eu acho que é por causa de excesso de trabalho.

O discurso médico é desautorizado. Talvez não por acaso as palavras “loucura” ou “doença” não apareçam nenhuma vez nesse longo trecho; mesmo quando tudo indica sua aparição – *Mas eles acharam que eu...* –, acabam sendo omitidas. Efetivamente o discurso médico que reputa o *problema* de Jair originário desde o seu nascimento e sendo de cunho psicológico é colocado em xeque e definha quando confrontado a outro discurso. Com efeito, esse outro discurso encontra embasamento no que lhe dizia sua mãe – ou seja, *que não é desde nascença* – e em seu próprio ponto de vista de que o excesso de trabalho foi o agente fundamental de seu *problema*.

Detenhamo-nos, porém, na seguinte enunciação — *Que eu era são mesmo, eu era bom, eu trabalhava, tudo. Mas os médicos dizem que... que é problema de... trabalho mesmo. O médico, não! Eu tô dizendo isso. Eu tô dizendo que é problema de trabalho.*” O trabalho é pareado com a caracterização de Jair como bom e são; ou seja, o fato de ele estar trabalhando o colocava no pólo oposto ao *problema* que veio a desenvolver. Há, portanto, uma dupla face do trabalho tecida no discurso de Jair: ora, quando em excesso, é associado ao seu *problema*, ora, como parâmetro de normalidade, é indicativo de sua sanidade e bondade. Não custa aqui lembrarmos que os antônimos de sanidade e bondade são, entre outros, doença e maldade, respectivamente.

E depois de lá, depois eu me aposentei e tô até hoje tô fazendo tratamento. Foi isso... Tem muita coisa, passei muita coisa, tive muitos problemas, mas... mas eu... até aqui eu recuperei tudo. Recuperei tudo aquilo que eu tinha perdido, né?

Houve uma *recuperação*. Algo foi *perdido* e, posteriormente, foi totalmente recuperado. Mas em que consiste essa recuperação?

Aí eu falei assim, já que é assim, que eu tenho que se conformar, eu tomei uma decisão, eu falei: “Não, eu vou tomar o remédio direitinho, eu vou fazer o meu tratamento direitinho, eu vou obedecer o médico, eu vou obedecer à psicóloga, eu vou obedecer a...” Em tudo eu comecei... Fui recuperando assim, obedecendo, sabe? Aí que eu fui recuperando.

Mas daqui... da última vez que eu fui internado aqui, que eu pus na minha cabeça: “Não, eu vou obedecer. A solução pro meu problema é obedecer.”

Obedecer... minha mãe, obedecer as autoridades, obedecer... ser mais cauteloso, né?

Recuperar é obedecer. Não se trata de obedecer a alguém especificamente. O que está em questão é o ato mesmo de obedecer, que por si só proporciona a recuperação, na medida em que é a própria recuperação. Essas “falas da obediência” citadas anteriormente se opõem diretamente à vaidade característica de sua juventude descrita em um extrato anterior.

Um esforço, um querer. Se você não quer, você não consegue nada. Agora, se você quer, você consegue. Porque tem a psicóloga, tem o psiquiatra, tem todos, mas se você não quer, você não consegue. Então você tem que querer.

Foi isso que... que consegui me levantar... consegui... Foi isso.

A história de Jair é a realização de uma recuperação. Um *levantar-se* que faz pressupor uma queda. Só foi possível levantar-se pois uma *decisão* foi tomada.

Pra me recuperar eu tive que fazer isso, eu tive que passar por tudo isso. Tomar o remédio é um tipo de uma obediência que eu falei. Tive que tomar essa decisão na minha vida, foi um objetivo que eu tive de me tratar. Foi isso que me recuperei.

A desobediência que o levou à perda deve ser combatida com uma decisão pessoal: começar a obedecer, o que, nesse trecho, equivale a ter o objetivo de se tratar. O recuperar ganha forma aqui como se recuperar - *Foi isso que me recuperei.*

Através do relacionamento que eu tive com as psicólogas foi que eu consegui integrar na sociedade. Eu me integrei totalmente no meio da minha família, dos meus amigos, dos meus vizinhos, da minha comunidade lá onde eu moro.

Eu tive meus amigos, mas nunca tive um relacionamento normal, depois que eu... já contei, né? Hoje que eu... Agora você me perguntou que foi minha vida, né? Que eu tô falando, tô voltando atrás. Quer dizer, agora que eu tô tendo um relacionamento normal.

Recuperando-se, Jair pôde ter um *relacionamento normal*, integrado à ordem familiar-social. Na juventude, esses relacionamentos não foram possíveis, mas agora ele pode *voltar atrás* e recuperar o que foi perdido.

Perda e recuperação, dois termos recorrentes em seu discurso, relacionam-se não ao que existiu em alguma época e se extraviou ou desviou, mas sim ao que deveria ter sido e não foi.

O meu dia é assim, eu levanto cedo, arrumo minha cama, eu ligo o som, ponho baixinho. Eu ligo no rock'n'roll, porque eu gosto de rock... Eu escuto música evangélica, também, gospel. Mas eu gosto também de rock, mas eu escuto baixinho. Ligo o som, vou na pia, lavo o rosto, penteio o cabelo, se arrumo, escovo os dentes. Porque de primeiro eu era mais agitado que eu falei. Agora não, já tô mais tranqüilo, escovo os dentes, penteio o cabelo, se arrumo direitinho. A minha mãe deixa tudo pronta a comida. [...] faço a lição de casa até as dez horas. Onze e meia eu saio de casa e venho pra cá. Tomo ônibus, tomo dois ônibus. Tomo dois ônibus pra ir, dois ônibus pra voltar. Esse é o meu dia. E eu fico aqui, estudo da uma às quatro horas...

Agora sim, Jair recuperado em seu cotidiano de dentes escovados e cabelos penteados. Em meio a esse universo repleto de ordem, uma transgressão comedida: *Mas eu gosto também de rock, mas eu escuto baixinho.*

E que eu consegui mesmo se recuperar foi isso. Eu comecei a obedecer. Comecei a largar o cigarro, comecei a largar as más companhias, comecei a largar as coisas ruins que tinha na minha vida e assim que eu recuperei. Eu fui se ligando mais.

Fui recuperando assim, obedecendo, sabe? Aí que eu fui recuperando.

Agora, generalizando, a família, generalizando, a família precisa de uma estrutura, não precisa? Toda sociedade precisa da família, a família é a base da sociedade, é ou não é?

Foi que eu comecei se ligar mais, ter um relacionamento melhor com a minha família, ter um relacionamento melhor com meus amigos, os amigos

que eu tenho aqui, os amigos que eu tenho... os vizinhos. Tive um relacionamento melhor com os vizinhos.

Em contraposição aos *relacionamentos*, o que há fora da ordem familiar-social são as *más-companhias* a que se deve fugir na recuperação. Jair estava *des-ligado* da ordem familiar-social, de forma que a sua recuperação corresponde à alteração de um modo de vida marcado pela negatividade e a uma integração/ligação à estrutura social. Com efeito, Jair recuperado obedece “às ordens da ordem social”.

Aí [inaudível] meu pai quebrar tudo na cozinha, sabe? Minha mãe fazia o almoço, ele quebrava tudo. Aquilo foi acarretando, sabe? Ele foi brigando muito com a minha mãe. Ah... até que... Foi isso, então, a família foi muito desestruturada, né? Então o meu problema se deu mais por causa disso, do relacionamento da família. Eu não tinha aquele contato com o meu pai, sabe? Meu pai eu não tinha aquele contato, não conversava com ele. Eu não contava os meus problema pra ele, sabe? Eu não contava os meus problema pra ele. É isso que... Também ele não podia... Ele começou a beber. Ele não podia me ajudar, porque também eu não tinha condições pra se relacionar, né?

Até há um tempo ele [o pai] tinha condições, mas depois ele começou a ficar alcoólatra demais. Ah não teve mais condições pra levar a vida. Ah eu tive que trabalhar.

Eu comecei a me integrar através do relacionamento com as psicólogas que elas foram me orientando, né? Porque de primeira era mais pesado, era doze remédios de uma vez. Eu cheguei a tomar sossega leão. Não sei se você [inaudível] aquela injeção sossega-leão. Eu ficava três noites dormindo. Eu queria... dentro do hospital eu queria quebrar tudo.

O campo que se abre para fora da norma é o da violência. A família *desestruturada* não viabiliza relacionamentos e as conversas entre pai e filho são impraticáveis, pois ambos estão desintegrados da estrutura comunitária-social. Quando o pai fica *alcoólatra demais*, não há mais *condições pra levar a vida*; mas à vida de quem Jair se refere? à sua, à de seu pai ou à de ambos? O verbo “ter” pode tanto se referir ao pai que não teve mais condições para *levar a vida* quanto à impossibilidade de Jair de usufruir dessas condições. É possível reconhecer aqui uma indiferenciação entre ele e o pai que estaria em consonância com a posição marginalizada de ambos em relação à ordem social no discurso de Jair.

Jair: *É que a gente é tratado melhor [no NAPS do que nos hospitais de antigamente]. A gente é tratado como ser humano. A gente não fica preso. A gente fica aqui o dia trabalhando e depois a gente vai pra casa. Isso é importante pra gente porque a gente se sente bem, a gente consegue se relacionar melhor. A gente consegue entender até o que a pessoa quer da gente pra gente estar podendo explicar, né? É isso.*

Entrevistador: *Como assim?*

Jair: *Deixa eu ver como explicar pra você.*

Ah, você perguntou por que que nós paramos, né? Nós paramos porque o marceneiro que ajudava... que comandava, né? Porque você sabe que tem que ter o chefe, né? Então o marceneiro ele não pôde mais ficar.

Para que um *relacionamento melhor* seja possível, é necessário que as práticas institucionais possibilitem que Jair entenda *o que a pessoa quer da gente pra gente estar podendo explicar*. A *gente* refere-se a Jair na posição de paciente do NAPS e *a pessoa*, aos agentes institucionais. A relação institucional se configura da seguinte forma: o agente quer algo e o

paciente explica algo. Ora, mediante uma pergunta do entrevistador, Jair diz que vai explicar, mostrando que entendeu o pedido. O entrevistador é, dessa forma, posicionado no lugar do agente institucional a quem o usuário dirige uma explicação. Com isso Jair sinaliza que existe entre eles uma *relação* – diferentemente das práticas desumanas dos antigos hospitais.

Agora você me perguntou que foi minha vida, né? Que eu tô falando, tô voltando atrás.

Mas ele também mostra que a obediência atravessa a entrevista, posto que obedecer a uma solicitação do interlocutor – dar entrevista, responder perguntas, etc – possibilita a relação. *Porque você sabe que tem que ter o chefe, né?*

Entrevistador: *Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de falar?*

Jair: *Eu gostaria de falar assim, que muitos tem muitos problemas assim na sociedade, as pessoas não conseguem se entender direito, e tem muitos problemas, muitas dificuldades, as pessoas doente. O que eu gostaria de falar é que as pessoas se dedicassem... se dedicassem. E pudessem buscar. Porque eu fiz um pensamento, eu gosto de fazer pensamento. E eu fiz um pensamento assim, eu fiz um pensamento assim, que se um plantar uma flor, se cada um plantar uma flor, nascerá um grande jardim, você entendeu? Se cada um plantar uma flor, nascerá um grande jardim. Então cada um faça sua parte para que nós vivermos num mundo mais feliz, um mundo mais contente, todos possam... podemos viver feliz. Falando generalizando isso aí, né? Tô falando só de mim porque eu faço a minha parte, quero que todos se conscientizem, só isso que eu queria falar, pra fazer a parte deles.*

Nesse momento o entrevistador é colocado por Jair em outra posição. Está em evidência não a obediência ou a compreensão da vontade do

interlocutor. Antes, Jair dirige sua fala à humanidade como um todo, uma exortação aos homens a seguir seu exemplo. Ele sabe o que precisa ser feito por cada um para que todos sejam felizes. Dessa forma, o interlocutor é identificado, ou melhor, é posicionado como a humanidade que recebe seu ensinamento.

E algum leitor pode então se perguntar — “uma cena religiosa?”

3.4 FERNANDA

(Cerca de 50 anos.)

Entrevistador: *Você pode falar um pouco de sua história?*

Fernanda: *A minha história se resume em cinquenta internações. Cinquenta internações duras mesmo, com eletrochoque. Como [inaudível], nos hospitais psiquiátricos agora, a Borda do Campo, Ribeirão Pires, o Bezerra de Menezes era a mesma coisa antigamente e o Bairral foi bom, no Bairral, no Américo Bairral. O Nossa Senhora do Bom Caminho ainda eles usam eletrochoque, é em Santo Amaro. Eu acho que não devia usar; o eletrochoque, não. Mesmo quando a pessoa tá deprimida, o eletrochoque não deve ser usado porque a doutora Maria Augusta [médica do NAPS] me curou da depressão [sem eletrochoque].*

Eles põem uma coisa aqui na boca da gente, ainda quando mais não tem dentadura agora, depois você só vê o corpo da gente estremecer e fica roxo. É muito... é, é terrível. As paciente, quase todas paciente tem os dias certo de tomar. Em muitos caso, em quase todos caso, falaram que é bom pra depressão, o eletrochoque.

Com essa frase contundente – *A minha história se resume em cinquenta internações* –, Fernanda abre seu discurso. Atentemos que não são internações quaisquer, mas sim acompanhadas de um procedimento *terrível*, o eletrochoque. De imediato ela toma partido, é contra o eletrochoque. Sua opinião não é afiançada por informações colhidas a distância, antes ela viveu isso em sua carne, em *cinquenta internações duras*. A presença dos nomes de alguns hospitais parece dar uma aura de concretude e legitimidade a sua fala-testemunho. Fernanda sabe o que fala, é nada mais, nada menos que a história de sua vida. O eletrochoque é uma prática hedionda, corpo e alma saem arrasados. Entretanto, a linha argumentativa adotada segue outro rumo: o motivo primeiro pelo qual o eletrochoque deve ser repudiado é que a cura da depressão não se confunde com ele. Tenhamos em mente que a história de vida da entrevistada ocupa posição central na cena, qual seja, a experiência de alguém que foi curada da depressão sem o uso do eletrochoque. Não estamos diante de uma questão ética ou humanitária, porém no plano da eficiência. A prova do que Fernanda diz é sua própria pessoa curada da depressão por meio de procedimentos que não o choque. A Fernanda que fala é como que o atestado empírico da legitimidade do que diz. Notemos, ainda, que sua argumentação se constitui como oposição a outro discurso cuja presença é patente em sua enunciação — *Em muitos caso, em quase todos caso, falaram que é bom pra depressão, o eletrochoque*. Quem fala isso? Quem defende o eletrochoque? Ela nos responde um pouco depois ao lançar a seguinte afirmação: [...] *todo médico diz que o eletrochoque é pra depressão*. O discurso de Fernanda trava, dessa forma, uma queda de braço com um discurso médico, o qual, por sua vez, adquire as tonalidades da ineficiência e da crueldade. Curiosamente, sua cura passa justamente pelas mãos de uma médica, a doutora Maria Augusta, do NAPS. Nessa perspectiva, o NAPS se contrapõe aos hospitais adeptos do eletrochoque:

Entrevistador: *Que diferença tem daqui para as outras internações?*

Fernanda: *Uma diferença é que eu era muito judiada, né?*

Entrevistador: *O que é ser judiado?*

Fernanda: *Judiado é eletrochoque. Muito judiado, judia do paciente.*

Fernanda conhece nos nervos e na alma uma e outra instituição, portanto, quem melhor para julgá-las?

E ela [doutora Maria Augusta] me curou com um remédio de preço de alto custo que dá o hospital Mário Covas. É duzentos reais o tratamento por mês, o meu fica duzentos e cinquenta reais, que eu tomo três por dia. Uma cápsula de fluoxetina, três cápsulas por dia de fluoxetina, fenergan dois à noite pra dormir, dois tegretol pra dormir, um diazepam, nitrazepam pra dormir. Tô ótima, tô me sentindo bem.

Esse coquetel de medicamentos – caro, mas que Fernanda obtém gratuitamente³² – faz com que ela se *sinta bem*. Com esses remédios a médica conseguiu curá-la. Mas em que consiste a depressão?

Entrevistador: *O que acontece na depressão?*

Fernanda: *A gente não quer viver. Eu cheguei a ponto de não querer viver, tomei os remédios pra morrer. A médica ainda não tava me curando, ainda. A doutora Maria Augusta acertou faz umas duas semanas.*

Entrevistador: *Como que ela acertou?*

³² Em razão de o trecho transcrito permitir a dúvida quanto a Fernanda conseguir os medicamentos de forma gratuita, recorreremos aqui a outra passagem que confirma nosso entendimento: *Se eu precisar comprar um remédio do hospital Mário Covas, se for preciso comprar, porque se parar de dar eu já tenho meu dinheirinho, né?*

Fernanda: *Dando remédios do Mário Covas junto, uma medicação de alto custo, duzentos real, e tirou a injeção de haldol deca... decanoato; que a injeção eu ia pro espaço. Um pouco pro espaço, ficava com sono, jogada pelas ruas, porque eu só queria ficar jogada pelas ruas, muito... contém muito... muita droga a injeção decanoato pro meu organismo, né? E o remédio do hospital Mário Covas é uma cápsula cor de abóbora, cor de laranja, faz um bem... Eu só tomo um.*

A depressão de Fernanda é não querer viver. O modo de morrer – a ingestão de medicamentos – é surpreendente para nós, posto que os remédios constituem-se também em opção pela vida, ou seja, o oposto da depressão. Do último extrato, podemos depreender três categorias em que se distribuem os medicamentos no discurso de Fernanda. Essas categorias se organizam principalmente em função do distanciamento ou da proximidade com depressão. Dessa forma são os remédios:

1. Aqueles que combatem a depressão, localizando-se no pólo oposto desta, promovendo, assim, a cura – são distribuídos no hospital Mário Covas e prescritos atualmente pela médica do NAPS;
2. Os que a deixam *jogada pelas ruas*, a mandam *pro espaço*, se caracterizam como um excesso para o organismo e são ineficientes no combate à depressão – eram distribuídos no NAPS antes de a doutora Maria Augusta *acertar* com o medicamento do primeiro grupo;
3. Aqueles usados por Fernanda *para morrer*; estes apresentam afinidade total com a depressão, uma vez que realizam o *não querer viver* típico da doença.

Interessante, ainda, destacar que a cura realizada pela médica é atravessada por um *acerto*, pela escolha do medicamento eficiente e caro.

Podemos inferir que a depressão, ou pelo menos a sua não cura, se localiza na região do não acerto médico, ou seja, do erro. Sem dúvida, a dimensão do erro médico – já delineado na opção pelo eletrochoque – agora se faz presente na escolha equivocada por um medicamento ineficiente. Não podemos ainda deixar de notar que de alguma forma o custo virtual do medicamento parece ter, no discurso de Fernanda, uma relação direta com sua eficácia.

Fernanda: *Até agora ver remédio é mais forte que eu.*

Entrevistador: *Ver remédio?*

Fernanda: *É, dá vontade de tomar bastante, uns dez... Esses remédios mais forte ainda. A fluoxetina, o... Porque depressão é terrível.*

A depressão e a tentação pelo remédio formam uma única e sólida unidade. Com efeito, é impossível saber pelo último fragmento se a morte por meio da ingestão de remédios é a derradeira solução de Fernanda para livrar-se da depressão e, assim, fugir dela, ou, pelo contrário, a totalidade da doença em sua forma nua e crua. De qualquer forma, os meios para se matar – uma possibilidade sempre aberta em seu discurso – passam pelos medicamentos. O remédio ocupa, assim, uma posição estratégica entre a depressão e a cura, o acerto e o erro, o querer viver e o querer morrer.

Fernanda: *[...] vou aí no posto conversar cinco minutos com as enfermeiras e tenho tempo de pegar remédios, sou ligeira demais.*

Entrevistador: *Aqui dentro do NAPS?*

Fernanda: *Aqui dentro que eu pego os remédios pra morrer.*

Só quero é tomar remédio pra morrer. Tomei vinte e oito fluoxetina, vinte e oito... remédio forte da psiquiatria, amarelinho... nitrazepam pra morrer.

Em dois meses eu tomei tudo isso. E essa última vez eu tomei quase cem comprimidos ali naquele quarto. Uma senhora mãe de um paciente me viu, eu só desfolhando, tirando remédio da caixinha e tomando, tomando... No posto das meninas da enfermagem como se fosse amiga delas e peguei da gaveta um punhado. Até que acabei proibido de entrar lá. Peguei um punhado assim de remédio e mais uma caixa de fluoxetina e tomei.

Os remédios que ela toma durante a depressão, para morrer, são furtados do NAPS. Para isso, é preciso burlar a norma e a vigilância da instituição, “fingir-se” amiga das enfermeiras e ter a mão ligeira. O NAPS, que possibilitou a saída da depressão por meio do medicamento que cura e da recusa pelo eletrochoque, agora é posicionado como, paradoxalmente, artifício e obstáculo para a morte. Artifício, pois nele se dá o furto dos medicamentos, e obstáculo, uma vez que suas normas internas devem ser subvertidas para que o furto se concretize.

Entrevistador: *Como que é a tua referente*³³, a Neuza?

Fernanda: *Muito brava, muito severa, muito severa. Só se eu necessitar fazer alguma coisa lá fora que ela deixa; que ela vê que é necessário. E dormir aqui também; só se ela vê que não tem mais jeito, ela vê que eu tô morrendo, aí ela deixa eu dormir aqui. Tem cinco leitos, e ela diz que eu [inaudível] dormindo aqui, mesmo que eu tomo bastante remédio pra morrer, ela diz que eu dormindo aqui, eu tomo leito de outras pessoas mais graves, ainda mais graves. A minha briga com a psicóloga que eu acho que a minha psicóloga é muito rude. Até queria mudar de psicóloga por causa disso, é bem difícil.*

Entrevistador: *O que você queria fazer que ela não deixa?*

³³ Referente é o membro da equipe institucional, normalmente um psicólogo ou terapeuta ocupacional, responsável direto pelo acompanhamento do usuário. Cada usuário possui o seu referente.

Fernanda: *Dormir aqui. Porque tem tantos probleminhas que as pessoas dormem aqui, sabe? Eles conseguem achar até oito leitos. É um problema muito grave, que quando eu quero tomar remédio ninguém me segura.*

Tirando essa Neuza que eu falei que é muito imponente, que é minha psicóloga, são tudo maravilhoso; que ela é muito imponente, ela quer ser dona do mundo, sabe? Eu acho um absurdo quando eu fico nas ruas aí, que saio nas ruas de medo de dormir sozinha em casa, no fundo em casa de minha irmã, não me aceita aqui, os enfermeiros me aceitam, arrumam uma cama, mas se ela souber, ela fica furiosa, que ela acha que eu tô tomando lugar de paciente a mais.

A psicóloga Neuza. Ela é minha psicóloga e minha referente quando tem alguma coisa pra fazer, pra sair antes pra casa, daqui, eu fico de segunda a sexta-feira aqui. Quando eu tenho que sair duas horas, três horas, nove horas da manhã, eu tenho que falar com a Neuza [...].

Fernanda: *Até agora, no dia de hoje, eu tô ficando ótima, então eu vou conversar com a doutora Maria Augusta pra me, me... só de segunda, quarta e sexta...*

Entrevistador: *Você gostaria?*

Fernanda: *Eu gostaria, agora que eu tô ficando bem, né? E ter três dias na minha casa pra mim, num quarto que eu moro no fundo da casa da minha irmã.*

Vimos anteriormente como os médicos podem “não acertar” o medicamento de Fernanda. Agora, porém, nos deparamos com um “erro” de natureza um tanto diferente. Neuza, a psicóloga referente, não permite que Fernanda durma no NAPS por uma questão de arrogância e altivez – [...] *que ela é muito imponente, ela quer ser dona do mundo, sabe?* A dimensão

do erro aqui enfatizada é de ordem moral, pois Fernanda e sua necessidade de dormir no NAPS são julgadas pela referente de uma forma injusta e parcial. A reação da entrevistada, dessa forma, só pode ser de indignação – *Eu acho um absurdo [...]. O problema* de Fernanda, a possibilidade de tomar remédios para morrer ou sair para o perigo das ruas é grave demais. Poderia ser evitado se ela fosse autorizada a dormir no NAPS como tantos outros usuários com problemas menos graves do que ela – *Porque tem tantos probleminhas que as pessoas dormem aqui, sabe?* Ela argumenta, convence o entrevistador de seu ponto de vista, da gravidade da situação, do risco de morte que a envolve; nesse sentido, podemos compreender a utilização da palavra *sabe* como forma de atrair o interlocutor para o seu lado, ou seja, o lado oposto ao da referente. Convencê-lo da injustiça a que ela é submetida no NAPS por força da psicóloga tirana. Estamos lidando, dessa forma, com um problema pessoal – a intransigência de uma pessoa apenas – e não com uma instituição injusta. Não por acaso, para Fernanda, tudo ficaria *maravilhoso* no NAPS se a sua referente fosse substituída.

A mesma questão com Neuza se reedita de forma invertida quando Fernanda quer sair mais cedo do NAPS e não é autorizada – *Só se eu necessitar fazer alguma coisa lá fora que ela deixa; que ela vê que é necessário.* Ainda um problema pessoal, de forma que bastará recorrer a sua médica de confiança para que não seja mais necessário vir com tanta frequência ao NAPS. Uma brecha, entretanto, parece irromper no mundo maravilhoso do NAPS maculado pelo autoritarismo de uma única pessoa: Fernanda precisa pedir autorizações, penetrar numa espécie de trâmite burocrático interno para conseguir circular pela instituição nos momentos em que desejar ou achar necessário. Nesse universo burocrático regido pela hierarquia, as pessoas se dividem entre compreensivas e imponentes.

Atentemos que sua argumentação se volta para o caráter e a índole da referente e para a busca de uma solução. Os indivíduos são colocados na mira do seu discurso, a ponto de, em determinado momento, ela se referir às pessoas – e não mais aos problemas das pessoas, como fazia anteriormente – como mais graves ou menos graves: [...] *ela diz que eu dormindo aqui, eu tomo leito de outras pessoas mais graves, ainda mais graves.* Evidentemente trata-se de uma identificação da figura do usuário com a doença (ou o *problema*), mas gostaríamos de abordar o estofo dessas enunciações por outro viés. Como pano de fundo para a gravidade e a severidade dos atores institucionais já apontadas no discurso de Fernanda, existem as práticas institucionais que são indissociáveis dos sujeitos que se configuram nelas. Ora, estamos diante de uma ação específica, a determinação por parte de alguns agentes institucionais sobre a necessidade de permanência da clientela na instituição. Coisas como o número de leitos disponíveis, a necessidade dos usuários e a gravidade das pessoas estão em jogo. Fora do jogo estão a vontade do usuário, a possibilidade de romper com a hierarquia institucional e a burocratização da prática que se configura. Sejam claros, não estamos defendendo ou atacando aqui a ação institucional delineada no discurso de Fernanda, mas antes buscamos perseguir as linhas de força em seu discurso, a trajetória do jogo e do contrajogo que ela compõe. Podemos verificar, dessa forma, como a usuária fala de um lugar específico que ocupa e como os procedimentos discursivos do NAPS se fazem presentes nessa fala.

Sabe o que eu fiz? Foi a última vez, passei lá do outro lado lá da represa, um pouquinho antes da represa. Eu saí de lá anteontem, no sábado agora que passou, eu saí de lá duas horas da manhã e vim parar aqui na clínica às seis horas da manhã, a pé, de medo de ficar perto de casa, e na rua é muito mais perigoso que todo mundo fala. Quase que veio fio de

eletricidade no meu pescoço, as luzes apagadas em [inaudível], árvores que caiu na noite que eu saí.

Tenho medo de sair à noite pelas ruas. Pela chuva, pela... Apagou a luz, caiu poste, quase fiquei enroscada no fio de poste, numa escuridão. Esses dias aí, saí na noite inteirinha.

Perdia, era roubada mesmo. Porque eu ficava fora de mim, né? Passava do... da euforia pra depressão, já ia pro desmaio. Um dia eu lembro como desmaiava, num chegava tava com os bombeiros tudo em cima de mim, lembro quando eu perdi toda a chave da minha casa, as vezes que eu fui roubada, pegavam minhas sacolas, com todos documentos, eu lembro, mas tava nas ruas, eu.

A rua é sinônimo de perigo. Nela, Fernanda está vulnerável, ameaçada tanto pelas coisas – árvores, fios de eletricidade, postes – quanto pelas pessoas que a roubam. O perigo das ruas é público e notório: [...] *na rua é muito mais perigoso, é o que todo mundo fala*. O interlocutor, portanto, também deve conhecer esse perigo, de forma que podemos entender a enunciação – *Sabe o que eu fiz?* – como uma forma de enfatizar a temeridade do ato de andar pelas ruas à noite. A pergunta também faz criar uma expectativa no entrevistador a respeito da narrativa incomum que se anuncia. Ocorre que Fernanda *fica fora de si*. Em oposição ao “dentro de si”, centrada e ciente do perigo que parte de fora, o *fora de si* é o espaço das ruas, o arriscar-se no campo minado urbano. A fim de explorarmos com maior precisão esse tema e suas inerções, repetiremos a seguir alguns extratos já abordados na presente análise:

[...] [a médica Maria Augusta] *tirou a injeção de haldol deca... decanoato; que a injeção eu ia pro espaço. Um pouco pro espaço, ficava com sono,*

jogada pelas ruas, porque eu só queria ficar jogada pelas ruas, muito... contém muito... muita droga a injeção decanoato pro meu organismo, né?

Fernanda: *Queria morrer. E achando que tomando o remédio ou o acidente de carro [ela se lançava na rua entre os carros em movimento], eu fosse perdoada por Deus. Porque é mais forte do que eu. E até agora ver remédio é mais forte que eu. Até agora ver remédio é mais forte que eu.*

Entrevistador: *Ver remédio?*

Fernanda: *É, dá vontade de tomar bastante, uns dez... Esses remédios mais forte ainda. A fluoxetina, o... Porque depressão é terrível.*

Com tegretol [medicamento] comecei a ter desmaio, que eu tinha desmaio nas ruas, né? De vez em quando, uma vez precisou chamar o bombeiro, uma vez eu perdi toda a chave da minha casa no desmaio, perdia muito documento nas ruas... Vinte e oito RG.

A afinidade entre o remédio e a rua é patente. Fernanda fica *fora de si*, pois *ver remédio* é mais forte que ela; é preciso ingeri-lo. Quando isso ocorre, ela é lançada para o espaço perigoso da exterioridade. Ceder à tentação de tomar remédio e buscar a morte nas ruas em um acidente de carro não por acaso fazem parte da mesma enunciação e acabam por configurar uma só tragédia. Sob o domínio dessa força irresistível, Fernanda, encharcada de remédios, fora de si e dentro das ruas, desmaia, perde chaves, perde documentos e, enfim, perde a si mesma.

Mas ela [irmã mais velha] não me segura, não, quando eu não quero tomar remédio. Minha irmã mais velha, nem ela me segura. Eu falo que já tomei, fico deitada com corbentor, dando uma que vou dormir, já com aquele medo, sabe? Só; calço o tênis e vou pra cidade do jeito que eu tô.

No entanto, paradoxalmente, o remédio também pode livrá-la das ruas. Já dissemos que, para Fernanda, os medicamentos podem se dividir em três grandes grupos. Talvez pudéssemos até mesmo ampliar o leque dessas categorias, porém, consideramos mais interessante, agora, apontar o investimento discursivo atroz que as drogas recebem, juntamente com imprevisíveis poderes que lhes são conferidos. De fato, o medicamento localiza-se num ponto culminante de definição dos contornos do sujeito Fernanda, servindo a uma dinâmica de “avesso do avesso do avesso” nos jogos de pareamentos reversíveis dentro/fora e perigo/segurança tecidos em seu discurso.

Cabe ainda destacar que a força exercida pelo medicamento não é totalmente extrínseca a Fernanda; ou, em outras palavras, a relação estabelecida entre a usuária e o remédio não é de causalidade mecânica. Se por um lado é o fato de não ter a droga agindo sobre seu organismo que leva Fernanda à cidade e seus perigos, por outro – e a ênfase da enunciação se dá sobre esse segundo aspecto – a decisão de não tomar remédio é pessoal, está na esfera do *querer*, e ninguém – nem mesmo sua poderosa irmã mais velha – pode fazer nada contra essa vontade, ou esse medo, que a assola.

Fernanda: *É... o único lugar [entre os hospitais psiquiátricos] que eu fiquei que era livre e bom, é... Eu fiquei no Esplanada que minha irmã pagava um pouquinho diferença, no Esplanada, no hospital... fora Campinas, Américo Bairral. Lá era bom.*

Entrevistador: *Você falou “livre”?*

Fernanda: *Livre.*

Entrevistador: *O que é livre?*

Fernanda: [inaudível] *baile de quinta-feira, comida, tinha cinco tipos de comida para escolher, todos os dias pelo INSS [Instituto Nacional do Seguro Social] e a minha irmã pagando uma diferença que eu ficava no Esplanada, e a... o Esplanada é um lugar que chama Esplanada e tem outro lugar que chama [inaudível], tem três tipos de repartições, a minha é um pouquinho acima do INSS e todos são tratados iguais. A gente fazia [inaudível], ganhava um chocolate, uma pequena refeição, ganhava um chocolate. Numa época que eu fui tinha campeonato de empinação de pipa, que eu num gosto, até gostei um pouco. Podia arrumar namorado, era livre, tinha baile, vestia a melhor roupa e ia no baile, é kardecista, lá. Então eles faziam tudo como o Kardec. Na quinta-feira era dia de mesa branca e tinha mesa branca e tinha baile. Lá era até de sexta o hospital, Américo [inaudível], é pra lá de Campinas um pouquinho. Eu era meio criança ainda, mas eu lembro muito, que foi muito bom. Saí sem depressão, sem euforia, trabalhei bastante tempo.*

Por meio de uma lembrança antiga, a entrevistada nos brinda com uma concepção concreta do que considera uma boa instituição de saúde mental. Lá ela sentia-se livre. Alguns itens verificados na fala de Fernanda que se relacionam com essa “liberdade” são sistematizados a seguir:

- O hospital era pago (uma vez que o INSS pagava apenas uma parcela);
- Igualdade no trato de todos;
- Diversidade na escolha das refeições;
- Religiosidade;
- Eventos sociais como bailes e campeonatos;
- Possibilidade de arrumar namorado.

Fernanda saiu de lá sem depressão, sem euforia e podendo trabalhar. Vemos que o trabalho estabelece uma correlação de oposição ou mesmo de mútua exclusão com a depressão. Haveria então uma cura para a depressão

que não fosse atravessada pelos medicamentos? Infelizmente o entrevistador não soube explorar melhor esses temas durante a entrevista.

Interessante ainda notarmos que o convívio social – campeonatos e bailes – e a maior interação com as pessoas – possibilidade de namorar – dão a tônica ao seu relato e são carregados de uma valoração positiva.

Entrevistador: *Como que é a tua relação com os outros usuários?*

Fernanda: *Que tá aqui? Bom, só que eles pedem muito cigarro pra mim e isso tá me incomodando, tô deixando minha bolsa viradinha, assim, pra dizer que não tenho cigarro. Todos me pedem e todos [inaudível]. Não tem muito contato com muitos, não. Converso, tomo café-da-manhã [inaudível], tudo mais ou menos. Que agora, né, que eu saio um pouco da depressão que tá mais ou menos com todo mundo, mas antes, na minha depressão, ficava isolada num canto, querendo morrer, morrer, morrer [...].*

No NAPS a sociabilidade, tão elogiada no hospital de sua infância, não tem o mesmo vigor. Em detrimento do convívio descrito anteriormente, temos a predação de cigarros, evidência da falta de contato e do clima sempre *mais ou menos* que envolve as relações entre os usuários. Destaca-se, dessa forma, o incômodo causado pela presença do outro. Porém, essa atmosfera de indiferença e irritação já é um avanço, posto que a depressão impossibilitava qualquer contato, mesmo aqueles superficiais. Com efeito, na depressão a morte domina todos os espaços sociais.

E esse seu Antônio de setenta anos, ele tomava certinho do remédio do coração, falava: “Fernanda, toma, toma que, se eu morrer, você só morre na minha mão.” Aí eu tomava, quando tava com ele dormia que nem um anjo [...].

Minha irmã foi acordar eu depois. Foi acordar, não; quando eu me dei por mim lá no quarto que eu moro, já fazia três dias que tava no quarto, mas minha irmã tomando cuidado comigo, né? Vendo minha respiração.

Fernanda: *Então a doutora Maria Augusta mandava todo mundo ir atrás de mim. Eu voltava e queria quebrar minha cabeça nos vidro porque era [inaudível].*

Entrevistador: *Por que a doutora Maria Augusta mandava eles irem atrás de você?*

Fernanda: *Preocupação.*

Entrevistador: *Com você?*

Fernanda: *Comigo.*

Os vínculos de Fernanda carregados de matizes positivos têm quase sempre uma economia de posições específica. Ela é cuidada, essas pessoas se preocupam, ela é objeto de zelo e atenção daqueles que lhe querem bem – seja seu namorado, seja sua irmã ou sua médica.

Deixei o velho sem beber... Ele era viúvo... Deixei o velho sem beber, moramos cinco anos juntos, não bebia mais, era viúvo, eu tinha uma casa que nem de rainha, que era a casa que ele me deu pra mim morar e assim mesmo a Daniela [filha de Fernanda] não gostava do velho, não gostava das atitudes, do jeito do velho, sabe? E nunca quis ir morar comigo nessa casa. Tinha um quarto pra ela e ele falou que pintava do jeito que ela queria e ele pintava mesmo, ele era um velho de setenta e nove anos, mas muito forte. Uma casa grande, com escada bonita pra descer e ele que construiu a casa. Morreu. Morreu no dia sete de abril ele morreu, no dia do enterro do João Paulo II. Eu já era mais feliz porque ele me acompanhava

todas vezes aqui na clínica, até comia a minha comida do almoço que eu não queria mais, ele comia e ficava satisfeito com a comida de hospital. Ele morreu. E ficou muito triste pra mim sem ele, até hoje. Eu lembro do guarda-chuvão que eu pegava dele, era hora da chuva, as roupas que eu arrumava tudo pra ele, ele era pernambucano, mas não era exigente, qualquer roupa limpa estava boa. Eu adorava ele, ponho ele no céu e na terra. Ele falava: “Eu lavo sua roupa.” Eu falava: “Não, não precisa.” Ele lavava todinha minhas roupas, até as calcinhas, todinhas minhas roupas, eu só passava roupa pra ele, a única coisa que eu fazia, dele e minha.

Ele [o velho] me deu um tchau, falou que voltava na segunda-feira, no outro dia seguinte, na sexta-feira... Diz que morreu assistindo televisão. Ele sofria do coração, sofria. Ele me chamava ambulância pra me trazer aqui, eu chamava a ambulância pra levar ele pra Santa Casa, que os médicos da Santa Casa curaram ele do coração.

O vínculo com o velho – seu Antônio – se fez por meio de uma reciprocidade singular na história da entrevistada. Com efeito, se o velho cuidava de Fernanda lavando sua roupa, controlando seus remédios, dando-lhe uma casa, a usuária por sua vez lhe chamava a ambulância, passava suas roupas, não lhe permitia beber. Fernanda coloca seu Antônio *no céu e na terra*, de forma que seu falecimento, (não) por acaso no mesmo dia do enterro do papa, estabelece um curioso parentesco de santidade com este.

No entanto, nos enganaríamos se vissemos aqui um cuidado frio movido unicamente por imperativos e obrigações. A mulher deprimida e o velho alcoólatra estabeleceram um vínculo de amor e companheirismo cuja intimidade era elemento fundamental: *Eu já era mais feliz porque ele me acompanhava todas vezes aqui na clínica, até comia a minha comida do*

almoço que eu não queria mais, ele comia e ficava satisfeito com a comida de hospital.

Porque foi muito feia a última vez [que Fernanda tentou se matar]. Tá fazendo uns dez, foi no dia do feriado de Nossa Senhora Aparecida. Eu já tava boa, foi no dia nove, antes do feriado de Nossa Senhora Aparecida eu tava em coma. E minha filha não merece isso, não. Tem dezoito anos, tá querendo cursar a faculdade e tudo. Tá no último ano de segundo grau, colégio... Doida pra cursar uma faculdade, doida pra casar, que ela já é noiva faz três anos.

Finjo [que está tudo bem] pra ela [a irmã mais velha] porque ela num ter um medo terrível, né? Que ela tem um medo terrível que eu saia pras rua. E finjo do meu medo também pra ela, falo pra ela que tá melhorando o meu medo, que minha irmã mais velha me acompanha desde que eu tinha dezessete anos de idade. Ela tá com sessenta e dois, ela não agüenta mais eu e coisas graves de mim. [...] Não agüenta ir atrás, pegar carro e ir atrás, que nem eu tomar um ônibus [inaudível] e ficar três, quatro dias numa cidade bem diferente daqui, perdida porque o motorista me jogou em outra cidade.

[...] e [doutora Maria Augusta] manda [inaudível]: “continua assim, continua assim que eu vou falar para a sua irmã que você está bem e para a sua filha que você está bem, dia vinte e quatro, agora”.

É certo que os vínculos de Fernanda com sua filha e sua irmã configuram-se por intermédio de um constante cuidado destas para com aquela. Por outro lado, vemos, nesse último trecho, a preocupação de Fernanda em não “prejudicá-las” com suas *coisas graves*. Isso porque a filha e a irmã *não merecem isso*. Nessa dinâmica de preocupações e cuidados de todas as partes, o NAPS parece ter uma participação importante

por meio da relação de Fernanda com a doutora Maria Augusta. Com efeito, a médica a “incentiva” a continuar “bem”, dizendo-lhe que relatará seu progresso a sua filha. De qualquer modo, podemos concluir, pelo discurso da usuária, que a depressão e os perigos em que ela se coloca não se restringem a um círculo delimitado do NAPS e a outro, exterior a este, de sua família. Pelo contrário, o que vemos é um elo bastante singular entre seus parentes e o NAPS.

Doida [a filha] pra cursar uma faculdade, doida pra casar, que ela já é noiva faz três anos. E eu tenho que aceitar tudo isso... Todos médicos dizem que é pra eu aceitar tudo isso, ela morar com o noivo; e eu, como mãe, tenho que aceitar tudo isso.

Não fazia nada, não ia em grupo nenhum... Mas a doutora Maria Augusta disse: “Você tem que ir”, e agora eu tô fazendo um cachecol pra doutora Maria Augusta mesmo, muito bonito, verde, de crochê.

Nesse ponto a ascendência do discurso médico sobre a vida de Fernanda é total. Estamos aqui muito distantes da confrontação com a opinião médica tradicional sobre o eletrochoque. Ao adentrarmos no território das “escolhas pessoais” – aceitar ou não o casamento da filha, inscrever-se ou não em grupos e oficinas do NAPS –, o discurso médico desfruta de uma autoridade e de uma aura de respeitabilidade em nada desprezível.

Entrevistador: *Como são essas consultas?*

Fernanda: *De cada duas semanas. Até tá cheinho de gente aí na doutora Maria Augusta. Todos pra passar nela. Só tem dois médicos aqui no NAPS. Só o doutor Marco e a doutora Maria Augusta, só dois médicos. É um absurdo, eu acho que é um absurdo dois médicos. Falta de médico.*

Em outro momento:

Fernanda: *Eu gostaria de falar pra você ser médico psiquiatra.*

Entrevistador: *Como assim?*

Fernanda: *Na faculdade, entrar na psiquiatria.*

Entrevistador: *Por quê?*

Fernanda: *Porque tá precisando muito ainda, a psiquiatria tá precisando muito, de muito psiquiatra. Porque aqui diz que tem oito mil casos, só dois médico. Só a doutora Maria Augusta que fica atendendo tudo esse pessoal e o doutor Marco. Vê se vocês querem isso lá, tá bom?*

Podemos perceber, ao longo dos fios discursivos, a presença da instituição NAPS como um pólo de atração para os mais diversos vetores de força. O velho adorado que compartilha com a usuária a comida da instituição, a família que é tranqüilizada pela médica, a morte que é buscada nas ruas depois de ser “furtada” no NAPS... Finalmente, temos agora o próprio entrevistador sendo ligado ao âmbito da instituição. A queixa da falta de médicos é relacionada a um pedido ao interlocutor para que assuma a demanda institucional e se torne um psiquiatra do NAPS. Fernanda concede, assim, sua entrevista a um médico em potencial da equipe do NAPS – ou, ao menos, alguém a ser convencido disso. No final, a usuária amplia seu pedido e passa a falar também aos colegas de faculdade do entrevistador: *Vê se vocês querem isso lá, tá bom?* Dessa maneira, a própria entrevista como um todo desliza para dentro da instituição NAPS e seus domínios.

4 DISCUSSÃO

Neste capítulo final, pretendemos organizar as análises. Cabe-nos aqui um trabalho de rastreamento dos vínculos configurados pelos usuários e de mapeamento de um perfil nada coeso. Em outras palavras, trata-se de seguir os traços ágeis delineados no discurso pelos entrevistados. Para isso, nosso ponto de ataque diverge daquele escolhido para as análises: enquanto lá a singularidade dava a tônica, buscamos agora, principalmente, as regularidades discursivas. Para isso, exporemos uma ampla cena e, no interior dela, marcaremos as regularidades enunciadas.

4.1 VIOLÊNCIA, INJUSTIÇA E SEXUALIDADE

A violência adquire, no discurso dos usuários, diferentes matizes e tonalidades. Não seria exagero afirmarmos que ela é uma das figuras mais presentes nas relações descritas. Mesmo com toda a certeza de sua ocorrência, como o estrondo anunciado antecipadamente pela visão de um raio distante, sua aparição espanta sempre o usuário que, paradoxalmente, a aguarda. A violência que se impõe no solo institucional deve ser compreendida pelo prisma da guerra, dos conflitos armados: o usuário trava um verdadeiro combate com o médico, com o outro usuário e com a equipe institucional.

O usuário, como lado mais vulnerável, é derrotado na maior parte das vezes, sendo a força bruta usada amiúde contra ele. A resistência a ela deve ser buscada por outros meios, pois no entrevero físico, quando os corpos se engalfinham, ele não é páreo para seus agressores. Assim, ele busca

prolongar em outro território a guerra perdida no campo da violência física, ou seja, trazer o conflito para o campo da violência simbólica, de forma que a luta possa ser mais igualitária. Nesse momento a violência deixa de ser um terror solitário para fazer curiosas alianças com outras duas figuras bastante expressivas: a sexualidade e a injustiça. Torna-se necessário para nós, agora, mapear o relacionamento dessas três figuras e o panorama que elas compõem na cena discursiva que se apresenta.

A sexualidade é o motor da violência, sua origem e sua orientação. Ela pode ser escorregadia, venenosa e feminina, jogando com a truculência dos homens, manipulando-os – como no caso de Sandro –, ou direta e brutal, violentando, batendo e abusando – conforme nos apresenta Paula. De qualquer modo, o usuário resiste e luta. Médicos, equipe institucional e demais usuários estão contra ele, abusam dele ao mesmo tempo em que o agredem³⁴. Mas ele não é ingênuo e vê que, no fundo, no avesso cego da mão que espanca, encontram-se elementos de outra natureza: trata-se de injustiças, de rompimentos de códigos que deveriam ser seguidos. Essa é a brecha de que ele precisa para prolongar a luta contra seus opressores: fazer a fenda dobrar-se sobre si mesma de modo a torná-la – e com essa palavra singela um amplo campo discursivo irá encontrar sua condição de possibilidade – jurídica. A maneira encontrada, não para vencer, mas para persistir no centro da luta, é deslocar a violência sexual para uma arena em algum sentido ainda mais bárbara, percebendo-a fundamentalmente como simbólica ou, se preferirmos, como injusta. A guerra torna-se, assim, um jogo cujas regras foram desrespeitadas pelo adversário, cabendo ao usuário a denúncia do crime e as devidas providências no âmbito jurídico-policial.

³⁴ Apesar disso, há – de modo geral, mas com algumas exceções – um empenho dos usuários em “isentar” a instituição e, assim, livrar o nome NAPS das possíveis acusações. Dessa forma, as pessoas que compõem o NAPS são culpabilizadas, ao passo que a instituição permanece “boa”.

Dessa forma, violência, sexualidade e injustiça formam uma figura multifacetada na cartografia discursiva dos usuários. É a tensão e a constante ameaça de transformação recíproca entre os pólos arbitrário e jurídico que garantem as linhas principais e a continuidade desse desenho singular.

4.2 MEDICAMENTO: QUESTÃO DE VIDA E MORTE

A medicação é um ponto nodal nos discursos dos usuários, investido por muitos outros temas, e assume, portanto, posição de destaque nas entrevistas. O medicamento lança suas inervações mormente sobre os grandes temas da vida e da morte e cria uma curiosa interação entre eles e a dinâmica institucional. Vejamos como isso é possível.

Que o medicamento é absolutamente necessário à preservação da vida, é uma certeza que o usuário tem. A doença – e por doença entende-se predominantemente a depressão – precisa ser curada ou, na pior das hipóteses, controlada, e isso só se pode atingir pela via medicamentosa. Os remédios são obtidos diretamente no NAPS ou em outros hospitais por mediação dessa instituição. Até aqui, tudo muito simples e evidente.

Ocorre que, do mesmo modo – e com a mesma facilidade – com que se aproxima da vida, a medicação pode avizinhar-se da morte. Lembremos primeiramente de Sandro e da fúria de seu médico, o qual podia matá-lo por meio da prescrição intencional de medicamentos nocivos a ele – *Senão ele [doutor Marco] vai me dar um remédio e vai me matar*. O remédio, nesse caso, se coaduna à violência e funciona como arma para o homicídio. Agora recordemos Fernanda e seu desejo doloroso e embriagador de ingerir medicamentos até o fim – *Só quero é tomar remédio pra morrer*. Apenas

dois exemplos entre vários possíveis que apontam para uma perigosa aproximação entre o medicamento e a morte.

Ora, tudo se complica ainda mais quando sabemos que os remédios, quando o suicídio é almejado, são furtados no próprio NAPS. A instituição, voltada prioritariamente à saúde, agora exerce papel central nesse jogo de vida e morte, alojando-se na interioridade dessa obscura e incessante vontade do usuário.

4.3 PIOR FORA DO NAPS

A depressão como doença está, no discurso do usuário, na exterioridade das disfunções orgânicas – e isso apesar da proeminência dos medicamentos em sua cura – e se aproxima da esfera moral. Ao mesmo tempo em que não deixa de ser vista como uma enfermidade, ela é descrita freqüentemente como uma queda moral, uma série de decisões erradas e um tipo de vida marginalizada. Nesse sentido, estar doente equivale a “cair” em um tipo de vida degradada e desvalorizada socialmente.

Porém, a história do usuário não se encerra com um declínio. Atentemos em Jair e Sandro: ambos, em determinado ponto de suas vidas, superam a queda por meio de uma decisão que envolve um *levantar-se*, uma recuperação. Sandro responsabiliza diretamente o NAPS por sua recuperação. Em Jair, tudo se deve a uma atitude pessoal de resignação e obediência à ordem social em que o NAPS e seus remédios se encaixam harmoniosamente.

Dessa forma o NAPS – mesmo sendo a instituição em cujo interior circulam, com passos de predador, vultos como a violência, o suicídio e a

injustiça – é considerado fundamental para a recuperação do usuário. Ora, ocorre que, marcando os limites do NAPS, fora dele existem as ruas como locais privilegiados de todos os perigos. Riscos morais, materiais e vitais habitam os enunciados e se alternam em um fluxo intenso na paisagem urbana. Na rua está o risco da queda, a marginalização e o obstáculo à recuperação. O espaço exterior, conforme enuncia Sandro quando discorre sobre sua possível expulsão do NAPS, é acima de tudo uma constante ameaça aos usuários – *Eles conseguiram me recuperar da droga e agora quer mandar eu pra droga de novo!*

4.4 O OUTRO USUÁRIO

Salvo uma única exceção – o forte vínculo afetivo que Sandro estabelece com o companheiro de casa –, o convívio com os outros usuários é caracterizado por valores negativos. A indiferença do cotidiano de Fernanda com os usuários torna-se agressão ao corpo no discurso de Sandro e Paula. Com efeito, essas relações são marcadas pela apatia ou pelo ataque físico. O outro é, de modo geral, visto como um concorrente – com quem se disputa os cuidados da instituição - ou como um agressor em potencial.

4.5 A POLÊMICA DO ELETROCHOQUE

Tomei choque, também. Na cabeça. Mas não tem mais agora, também. É um sono rápido que chamava. Tomava e dormia. Do outro lado já tinha leite e café pra gente tomar. Ficava uma fila assim, aí a gente vinha andando assim, aí eles vinham pegando a gente. Na cabeça da gente

apoiava duas coisas e um aparelho assim que mexia assim. E aí eles controlava lá e [inaudível] na cabeça da gente, amarravam, seguravam o pé e a mão. E dormia, desmaiava e saía no outro quarto acordado. Com leite e café pra mim tomar. (Jair)

O eletrochoque é um dos temas mais controversos no discurso dos usuários. Se, por um lado, de modo geral, ele é negado, por outro, não é descartado com facilidade. Sim, Fernanda o repudia em razão de sua ineficiência e se contrapõe ao discurso médico que o defende; mas Jair, por sua vez, não deixa de considerar algumas vantagens alimentícias inerentes ao seu procedimento. Ocorre que em ambos os casos o eletrochoque é apresentado como um tema passível de discussão e argumentação em que os dois lados devem ser considerados no debate – e isso, apesar de ter uma posição mais incisiva que Jair, é ainda mais claro em Fernanda.

4.6 CUIDANDO DO QUE É MEU

Não vai tirar isso da gravação, tá? Que é um assunto meu, um assunto meu, seríssimo, viu? Você pediu, eu dei essa oportunidade ao senhor, tá bom? (Paula)

A própria história de vida, a intimidade relatada, enfim, a verdade pessoal tem um valor que deve ser enfatizado e sublinhado pelo usuário. Esse valor pode ser tanto intrínseco – como no caso de Paula, que centra a finalidade da entrevista na relevância em si de sua história particular – como condicionado a fatores externos – o que se verifica na ação transformadora sobre a instituição pretendida por Sandro por meio da divulgação impressa

de sua verdade pessoal. Em ambos, esse valioso particular é elemento-chave na plástica da relação que se produz com o entrevistador.

5 SOBRE A PRODUÇÃO E O USO DE SI

Estética da existência: a arte refletida de uma liberdade percebida como jogo de poder.

Michel Foucault

Os médicos, pelo grande investimento discursivo que concentram, poderiam ser um item adicional no capítulo de discussão. Preferimos, no entanto, pensá-los como um tipo de isca ou janela para adentrarmos em outros domínios. Isso porque os médicos se configuram, na fala dos usuários, como espécies de paredes discursivas a serem erguidas em locais estratégicos, servindo como divisores de águas para os mais diferentes temas. Poderíamos, em uma leitura imediata e talvez um pouco superficial, afirmar corretamente que os usuários desautorizam o discurso médico em razão de uma vivência própria. Com efeito, o saber médico perde força e credibilidade quando confrontado com o ponto de vista originado da experiência concreta dos usuários. Evidentemente isso não implica um baixo investimento discursivo na figura do médico. Pelas análises, podemos inferir que o médico tem um lugar proeminente nas intrincadas redes de relações. O que ele perdeu – se é que já teve algum dia – foi sua majestade, de forma que agora, a despeito de sua condição de andarilho em terras estrangeiras, comporta-se ainda como soberano.

Mas essa é apenas parte – e talvez a menor parte – da relação médico-usuário. Acontece que não poucas vezes ao médico é delegado um papel legitimador das enunciações do usuário. O saber médico, nesses casos, impõe-se e faz de seu detentor – o psiquiatra, o doutor – um ser admirado e venerado, possuidor de um conhecimento cujos poderes não devem nem podem ser desprezados. Assim, o médico pode sustentar uma

extraordinária capacidade de proteção, defendendo o usuário dos perigos que o espreitam dentro e fora do NAPS. Ele torna-se, nessas ocasiões, um importante e robusto aliado, traçando o círculo de fogo que envolve e resguarda o usuário.

Mesmo assim, um instante depois, ele pode muito bem ser desalojado dessa posição e relegado a uma influência nociva. Saber cultuado e desapropriado, portanto, sem a menor cerimônia, como uma onda que se eleva colossal e ameaçadora, parede sólida de água que se desmancha e morre num afago aos pés do banhista que não mais lhe presta atenção. Sem dúvida, as metas discursivas mudam, as linhas de força se reagrupam em uma figura diferente, única e móvel, os médicos são reposicionados assim como – para prosseguirmos no plano metafórico – uma forma modelada na areia perde sua configuração primeira e adquire novos e imprevistos contornos segundo a força do vento que a esculpe incessantemente.

Sem equívoco, podemos enunciar que o usuário, ao se produzir como tal, faz uso do médico. Considerando que por “uso” entendemos uma referência às práticas e relações sociais não apenas indissociáveis do discurso, mas também constituídas nele, não é possível aqui compactuar com uma visão bastante aceita do usuário como um eterno oprimido pela tirania médica. Pelo contrário, o usuário, ao fazer uso – muitas vezes sumário – do médico com quem se relaciona, exerce um papel nada passivo na produção desse vínculo.

Esse tipo de atividade se estende de diferentes modos pela instituição. Nas análises pudemos verificar os múltiplos matizes com que os entrevistados se produzem usuários de um NAPS. Não menos importante, pudemos analisar como eles se configuram (ou não) como atores de uma pesquisa em psicologia sobre os usuários de um NAPS. Estamos, assim,

diante da produção de um sujeito cuja fala faz uma instituição que, ao mesmo tempo, fala por meio dele. Nesse sentido, sua relação com os médicos é paradigmática da constituição de sua subjetividade no discurso.

*

Paula: *Porque a paciente me agrediu, puxou meus cabelos e socou minha cabeça no chão. Lá no Centro de Convivência, no Parque XXX.*

Entrevistador: *A paciente?*

Gostaríamos, ainda, de, com esse fragmento, abordar simultaneamente os aspectos da interlocução configurada nas entrevistas e das práticas institucionais inseridas no movimento da Luta Antimanicomial. Temos aqui um exemplo bastante claro de como a malha discursiva – teia que é, e que nós produzimos – constitui os “sujeitos assujeitados” pelas enunciações. Devido a uma preocupação em usar uma terminologia que não incorresse em preconceitos, optamos pelo termo “usuário” em detrimento de outros. Essa preocupação se justifica pela reflexão proporcionada pela Luta Antimanicomial, orientada pelo repúdio a uma terminologia enraizada historicamente nas práticas manicomiais. Nesse sentido, é notável que nenhuma vez os “usuários” tenham se denominado como tais, mas optaram sempre pelo termo “paciente”. Talvez, tão significativo quanto isso, seja que várias vezes, a despeito de todas as preocupações, o entrevistador também tenha feito “uso do paciente”.

O fragmento citado pode ainda ser visto como a ponta de um *iceberg* que somente é vislumbrado em sua totalidade quando levamos em consideração o contexto ou, para sermos mais precisos, o intercontexto da fala dos usuários. Parece-nos que o movimento da Luta Antimanicomial

realiza uma espécie de diluição da figura do usuário no maquinário da luta política. A própria nomeação “usuário” passa a ser investida de um sentido que a torna peça estratégica no jogo político, arma de enfrentamento das práticas manicomiais e ferramenta de artilharia. Com isso, faz-se um uso específico desse lugar do cliente dos serviços de saúde mental, posicionando-o de modo adequado aos alvos dos discursos na luta contra o manicômio.

Ora, ocorre que nesse mesmo instante, o usuário resiste a se deixar encaixar docilmente nesses vãos estreitos. Os pontos de adensamento em seu discurso não confluem para os da Luta Antimanicomial, embora tampouco sejam independentes desta. O usuário, traçando complexas e violentas linhas de força que inervam os medicamentos, a sexualidade, a justiça, etc., não se identifica com o discurso da Luta Antimanicomial e não se acomoda ao lugar que esta lhe delega. Mas nem por isso adere ao aparato manicomial que, em tese, seria o que lhe restaria aquém dos domínios do movimento político que a ele se opõe. A fala do usuário é singular uma vez que, ao seu modo, se relaciona com os discursos que a cercam e lhe fornecem sua condição de possibilidade. Esse interdiscurso é justamente a batalha jurídica e política entre os dispositivos manicomial e antimanicomial. Esse conflito se faz presente na instituição, nas muitas vozes que produzem esse discurso institucional chamado NAPS. O que fizemos nesse trabalho foi ouvir algumas dessas vozes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 47-53.

AMARANTE, P. D.C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 26-34, mai./ago. 2001.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 451 p.

_____. *Entre o cuidado e o saber de si: sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. 100 p.

_____. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 300 p.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: 34, 1992. 226 p.

FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 1972. 308 p.

_____. *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós, 1990. 150 p.

_____. A casa dos loucos. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2001a. 295 p.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2001b. 79 p.

_____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2002. 551 p.

_____. *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2003. v. 1, 152 p.

_____. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 2004. 236 p.

FREUD, S. (1919). *O estranho*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 235-269. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 17.)

_____. (1924). *Neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 165-171 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 19.)

_____. (1924). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 203-209. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 19.)

_____. (1911). *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 15-89. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 12.)

_____. (1908). *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. p. 167-186. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 9.)

_____. (1930). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. p. 67-148. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21.)

_____. (1921) *Psicologia de grupo e análise do ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. p. 79-153. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18.)

GUIRADO, M. *Psicologia institucional*. São Paulo: EPU, 1987. 134 p.

_____. *Psicanálise e análise do discurso*. São Paulo: Summus, 1995. 141 p.

_____. *A clínica psicanalítica na sombra do discurso*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 132 p.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes, 1997. 198 p.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 171-186.

MICHAELIS: *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

NICÁCIO, M. F. S. *O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. 1994. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1994.

SCARCELLI, I. R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. 1998. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

_____. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 187-205.

SILVA Jr., N. Metodologia psicopatológica e ética em psicanálise: o princípio da alteridade hermética. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 129-138, 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.