

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**Centro de Filosofia e Ciências Humanas**

**Programa de Pós Graduação em Psicologia - Mestrado**

**Área de Concentração - Psicologia e Sociedade**

**Alma Corporação** : Disciplinarização versus Resistência  
através do Teatro num Grupo de  
Usuários de um Serviço  
de Saúde Mental

*Jardel Sander da Silva (mestrando)*

*Prof. Dr. Kleber Prado Filho (orientador)*

*Prof. M.Sc. Marcos Eduardo Rocha Lima (co-orientador)*

**Florianópolis fevereiro 2001**

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós Graduação em Psicologia - Mestrado  
Área de Concentração - Psicologia e Sociedade

Mestrando: Jardel Sander da Silva

## **A l m a C o r p o A ç ã o :**

**Disciplinarização versus Resistência através do Teatro  
num Grupo de Usuários de um Serviço de Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia - Mestrado da Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia

*Banca Examinadora:*

Prof. Dr. Kleber Prado Filho (orientador)  
Prof. M.Sc. Marcos Eduardo Rocha Lima (co-orientador)  
Prof. Dr. Luís Gonzaga Mattos Monteiro (UDESC)  
Profa. Dra. Dulce Helena Penna Soares (UFSC)

**Florianópolis      fevereiro      2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**


**Centro de Filosofia e Ciências Humanas**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado**

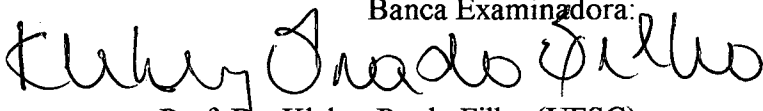
***ALMA, CORPO, AÇÃO – DISCIPLINARIZAÇÃO X RESISTÊNCIA  
ATRAVÉS DO TEATRO, NUM GRUPO DE USUÁRIOS DE SERVIÇO  
DE SAÚDE MENTAL***

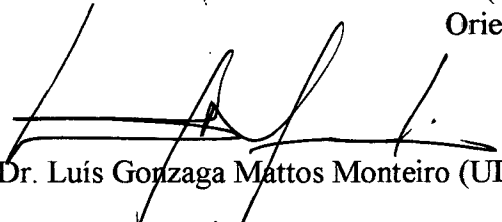
***Jardel Sander da Silva***


Dissertação defendida como requisito básico para obtenção de Grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Área de Concentração Psicologia e Sociedade e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Juracy Tonelli Siqueira  
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

  
Prof. Dr. Kleber Prado Filho (UFSC)  
Orientador

  
Prof. Dr. Luis Gonzaga Mattos Monteiro (UDESC)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dulce Helena Penna Soares (UFSC)

**APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 21/02/2001.**

# Agradecimentos

Primeiramente, quero agradecer intensamente a meu co-orientador Marcos (ou MARQUITO), cuja influência das idéias, práticas, e da vida!, atravessam esse trabalho de ponta a ponta, e cujo contágio possibilitou visualizar e atuar uma prática em psicologia. Valeu!

Também a minha amada RENATA, companheira de todos os momentos, a quem devo não só bons encontros apaixonados, mas também um fecundo diálogo intelectual, que forneceu um olhar não bem de fora, também não totalmente de dentro do trabalho, cuja contribuição foi imprescindível;

Agradeço muito a meu orientador KLEBER, pela aposta neste trabalho, procurando driblar a burocracia, quando esta se mostrava contraproducente;

Agradeço a meus pais, ADEMAR e CLAIR, pelo apoio (inclusive financeiro) e incentivo, durante o longo percurso, que remonta à graduação, e através do qual pude me dedicar à pesquisa, num vagaroso, para não dizer vagabundo, passeio pelos saberes;

Ao pessoal do GRUPO DE TEATRO do CAPS, pela sua participação, pelo interesse e pela vontade de fazer teatro;

Aos diretores de teatro, especialmente o SÍLVIO, pela sua disposição em aprender e ensinar, pela sua leveza, pela sua risada contagiante e pelo compromisso com o grupo;

Agradeço ao CÃO (in memoriam), parceirinho das manhãs e tardes de estudo e escrita, quando me oferecia sua mudez compreensiva e afetuosa, mesmo no *caliente* verão blumenauense;

Ao Centro de Atenção Psicossocial, principalmente na figura de sua coordenadora JAÉTE, por todo o apoio para que o grupo acontecesse e pelo interesse no meu trabalho;

Ao amigo (e compadre) MARLON pela interlocução sem igual que estabelecemos, pelo apoio nas horas mais desesperadoras (por exemplo, incitando-me a finalizar a dissertação!), pela leitura aprofundada do capítulo sobre a loucura, e pelas cervejas que faziam tudo isso ter algum sentido;

Ao amigo DALMOLIN pelo apoio e meio-de-campo junto à Fundação Cultural de Blumenau;

À grande SELMA, por sua inestimável presteza, seu poder organizativo, pelo jeito com que cuida de nossa casa-QG e de nós;

Ao SOL (isso mesmo, o astro-rei), que, pelas manhãs, entrava de mansinho pelo escritório e me convidava para brincar lá fora, contribuindo para tornar a pesquisa uma *gaiia ciência*;

Ao professor ALDO "CARIOCA JONES" LITAIFF, pela leitura do trabalho ainda em construção e por sua inestimável ajuda na parte da Metodologia;

À professora Louise Lhullier pela imprescindível ajuda nos primeiros passos deste mestrado;

E, por fim, como de praxe (pra não esquecer ninguém), agradeço a TODOS que direta ou indiretamente deram uma mão neste trabalho. Valeu!

# Sumário

## INTRODUÇÃO

<b>Prólogo</b> .....	2
<b>Sobre a Pesquisa</b> .....	6
<b>Temática de Pesquisa</b> .....	14
<b>Problema</b> .....	17
<b>Delineamento de Pesquisa</b> .....	20
<i>Etnografia</i> .....	22
<i>Observação Participante</i> .....	22
<b>Procedimentos</b> .....	24
<b>Terminologia e Conceitos</b> .....	26
<b>Objetivos</b> .....	29
<i>Gerais</i> .....	29
<i>Específicos</i> .....	29

## CAPÍTULO UM: LOUCURA

<b>Sobre a Loucura</b> .....	31
Introdução .....	31
Uma História de Domínio e de Exclusão .....	34
<b>Sobre a Desrazão</b> .....	50
Loucura e Desrazão .....	50
<b>Sobre a Instituição</b> .....	54
Instituições e Desinstitucionalizações .....	54
O CAPS e seus Usuários .....	61
A Oficina .....	62
O Grupo de Teatro .....	65
<i>Os Participantes</i> .....	66
<b>Aberturas</b> .....	70

## **CAPÍTULO DOIS: CORPO**

<b>Introdução</b> .....	73
<b>Medicação</b> .....	75
Dopamina .....	80
<b>Alma, Corpo, Ação</b> .....	85
<i>Atividade e Passividade</i> .....	85
<i>Ordem e Desordem</i> .....	91

## **CAPÍTULO TRÊS: TEATRO**

<b>Teoria e Prática</b> .....	95
Introdução .....	95
O Pressuposto e o Acontecimento .....	100
A Loucura, o Corpo, o Teatro.....	107
Novos Espaços .....	111
Enfim... ..	114

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

<b>I.</b> .....	117
<b>II.</b> .....	120

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<b>Citadas</b> .....	124
<b>Geral Temática (citadas e consultadas)</b> .....	129

# Resumo

Este trabalho busca analisar as possibilidades de autonomização de vida de usuários de um serviço de saúde mental, através do teatro. Parte de uma contemporaneização da discussão sobre a loucura/doença mental, situando criticamente a temática como construção histórica e cultural, para caracterizá-la (a loucura) como território de práticas e discursos em que incidem os dispositivos de saúde mental, de modo disciplinar e controlador. Como efeito, tem-se a produção de corpos-e-almas medicados e apassivados, que se inserem nas atividades teatrais, caracterizando-se pela lentidão e (aparente) inércia. É feita uma crítica à idéia de autonomia como concebida a priori e vinculada à atividade, e conclui-se estabelecendo a modalidade de inserção do teatro na vida dos usuários deste serviço de saúde mental como criadora de uma abertura a novas possibilidades, principalmente a inserção em novos espaços que não os circunscritos aos dispositivos de saúde mental (tratamentos).

# ABSTRACT

The treatment of the (so called) psychotics has been conducted, since at least three decades, through irreversibles and profound changes in its direction as well as in its technics, and this is perceived not only in professional practices but also in the politics (on mental health) of Brazilian government. At the center of these transformations we find the “luta anti-manicomial” and all the consequent non-confining enterprises, which propose an attendance for its users in day-hospitals and, over all, in the Centers (or Nucleus) of Psychosocial Care - such possibility it's related, at least for the psychiatrists, with the enormous improvement of antipsychotic drugs much more effective in the “normalization” of patients and the control of their lives. However, we've noticed that a non-confining regime isn't a guarantee by its own for an increase of users' life autonomy, because they stand involved by a web of psychiatric practices (and discourses) about insanity and the insane (medication and social-economical exclusion, for example). This stigmatizing act, socially played and individually suffered is imprinted in the body and soul of these people, disciplining them. Thereby, we've proposed a kind of work at the CAPS of Blumenau\* whose proposal was: in a non-confining setting, develop a different group work, which objectifies an relational horizontality, employing corporal activities (over all performance arts) and informal conversations about users' lives, trying therefore to improve body and soul autonomy.

In this context has arisen this research: trying to investigate under another epistemological realm how corporal movement techniques (performing) can help the users, through a resignification and re-taking of their bodies and souls, to reach the autonomy over their lives, breaking up the discipline handled by the psychiatric practices and discourses. In a practical meaning: to turn the binomial *playing* versus *suffering*, making (through performances) the users play actions (artistically) and the public suffered them (socially). The artistic action as a modus of transforming a re-action (social-insanity, like portrayed in DSM-VI) into an action (theater). Our theory proposal is to apply theater in a double sense: as an analytic tool (as drawn by Victor Turner and Edward Bruner) and as a therapeutic tool in a performance based work (as drawn, over all, by Antonin Artaud and Eugenio Barba) seeking autonomy.

\*Brazilian southern city.



*Dedico este trabalho à Renata, cuja inspiração, paixão e vida  
foram fundamentais na sua realização;  
e a minha filha Alice: o final deste trabalho inspirou-se muito na leveza  
e alegria de sua risada banguela*

***das respostas***

*Não deves acreditar nas respostas.  
As respostas são muitas  
e a tua pergunta  
é única e insubstituível.*

**Mario Quintana**

# **Introdução**

## PRÓLOGO

Quem, quando produz algo por suas próprias mãos, não crê estar dando à luz um pouco de si? Quem, quando escreve uma dissertação, não acredita que irá depositar nela muito de seus medos, seus prazeres, suas curiosidades? Quantos não tentam - e com que freqüência! - identificar-se através do que escrevem, formar um retrato de si?

Foi com pretensões de porta-voz que o autor destas linhas iniciou este trabalho. Adentrei no território da loucura cheio de curiosidades e pré-conceitos. Desembarquei neste terreno munido de espelhos e quinquilharias: tal qual a velha imagem do cara-pálida que distribui seus espelhos entre os selvagens... só para poder se ver refletido nos seus rostos! Eu queria me ver, queria me achar. Mas me perdi.

Talvez porque, algumas vezes (raras vezes), chega-se numa certa altura do percurso em que o rosto não faz mais muito sentido, que o traçado da face é o próprio olho que vê que faz aparecer. É talvez esse o momento em que se torna possível outra(s) perspectiva(s). É quando tudo parece estranho ao olho que é possível ver. É quando interrompe o murmúrio incessante (e interno) de um EU, que aparece o múltiplo. Uma tentativa de “dizer coisas simples em nome próprio”, que, segundo Deleuze,

(...) não é em absoluto quando nos tomamos por um eu, por uma pessoa ou um sujeito que falamos em nosso nome. Ao contrário, um indivíduo adquire um verdadeiro nome próprio ao cabo do mais severo exercício de despersonalização, quando se abre às multiplicidades que o atravessam de ponta a ponta, às intensidades que o percorrem. (...) Falamos do fundo daquilo que não sabemos, do fundo de nosso próprio subdesenvolvimento. (Deleuze, 1992: 15)

É com estranheza que se fala da diferença. O não-conhecido, o diferente nos faz gaguejar a sua frente. É com um certo receio que segue a escrita nestes terrenos desconhecidos: como se cada linha fosse traçando veredas que fazem os pedaços de certeza desmoronarem.

Daí ser muito mais fácil, tranquilizador, fazer a escrita repetir infinitamente o Mesmo; daí ser muito freqüente afastar todos os pontos de interrogação, querer dar muitas respostas... Sempre querer fazer vir à tona um pedaço de mim-mesmo, com sua familiaridade plácida.

É uma tentativa de mergulho no não-conhecido - num certo sentido: o Outro -, é o doloroso exercício da profundidade - em tudo que, segundo Nietzsche, a dor tem de festivo e grandioso - que deve guiar o texto que segue.

De um modo geral, e para caracterizá-lo, todo o meu percurso foi marcado por uma presença característica: o título **AlmaCorpoAção** define também (e de modo rigoroso) um posicionamento de pesquisa. É do fundo e da superfície de uma *alma* curiosa que circula -sangüíneo- o interesse pela loucura; é da presença de um *corpo* imerso no universo pesquisado, das experiências desse corpo que se origina o substrato dos relatos do trabalho de campo que embasam esse texto; e, finalmente, foi(é) uma *ação* (ou múltiplas ações) que possibilitou(aram) essa pesquisa. AlmaCorpoAção constitui um índice de uma honestidade para com as pessoas envolvidas.

É por isso que a metodologia utilizada nesse trabalho, que calhou de aportar na psicologia, origina-se numa parceira das ciências humanas: a antropologia. Além disso, serão encontrados no texto referências as mais diversas, de muitos saberes, e que, na utilização que procuro fazer, pouco lembram as divisões de “áreas” das ciências; talvez se assemelhem mais (aproveitando a metáfora espacial-habitacional) às malocas dos Yanomami, com seus múltiplos fogos. O que se apresenta na discussão que segue, são esses fogos localizados de alguns saberes, a aquecer (talvez inflamar) a temática a que me proponho analisar.

E se há algum motivo, talvez mesmo um bom motivo para escrever, tentar enfiar um pouco de vida, traduzir alguns destes minutos que escorrem sem perdão dos dias que se acabam, é porque, para mim, escrever (mesmo uma dissertação!) só vale a pena porque é uma forma de poesia. E que a poesia tem sempre esse olho ligado à vida, pois sabe que se esta for embora, morrerá - pobre exercício vão das palavras - à míngua!

### ***Este é o Prólogo***

*Deixaria neste livro  
toda minha alma.  
Este livro que viu  
as paisagens comigo  
e viveu horas santas.*

*Que compaixão dos livros  
que nos enchem as mãos  
de rosas e de estrelas  
e lentamente passam!*

*Que tristeza tão funda  
é mirar os retábulos  
de dores e de penas  
que um coração levanta!*

*Ver passar os espectros  
de vidas que se apagam,  
ver o homem despido  
em Pégaso sem asas.*

*Ver a vida e a morte,  
a síntese do mundo,  
que em espaços profundos  
se miram e se abraçam.*

*Um livro de poemas  
é o outono morto:  
os versos são as folhas  
negras em terras brancas,*

*e a voz que os lê  
é o sopro do vento  
que lhes mete nos peitos  
- entranháveis distâncias -*

*O poeta é uma árvore  
com frutos de tristeza  
e com folhas murchadas  
de chorar o que ama.*

*O poeta é o médium  
da Natureza-mãe  
que explica sua grandeza  
por meio das palavras.*

*O poeta compreende  
todo o incompreensível  
e as coisas que se odeiam,  
ele, amigas as chama.*

*Sabe que as veredas  
são todas impossíveis  
e por isso de noite  
vai por elas com calma.*

*Nos livros seus de versos,  
entre rosas de sangue,  
vão passando as tristonhas  
e eternas caravanas,*

*que fizeram ao poeta  
quando chora nas tardes,  
rodeado e cingido  
por seus próprios fantasmas.*

*Poesia, amargura,  
mel celeste que mana  
de um favo invisível  
que as almas fabricam.*

*Poesia, o impossível  
feito possível. Harpa  
que tem em vez de cordas  
chamas e corações.*

*Poesia é a vida  
que cruzamos com ânsia,  
esperando o que leva  
nossa barca sem rumo.*

*Livros doces de versos  
são os astros que passam  
pelo silêncio mudo  
para o reino do Nada,  
escrevendo no céu  
as estrofes de prata.*

*Oh! que penas tão fundas  
e nunca aliviadas  
as vozes dolorosas  
que os poetas cantam!*

*Deixaria no livro  
neste toda a minha alma...*

**Federico García Lorca**

## SOBRE A PESQUISA

Numa palestra de encerramento da 49ª Reunião Anual da SBPC, Rubem Alves falava dessa incrível capacidade que nossos programas de mestrado e doutorado haviam atingido, através da qual as teses e dissertações sempre apresentavam acertos, resultados e êxitos. Olhava com suspeita essas máquinas pesquisadoras, cujas pesquisas “sempre dão certo”. Afinal, onde ficou o caráter experimental da “ciência”? Por que não apontar justamente os erros de percurso, os equívocos do nosso pensamento? Não haverá justamente aí a riqueza de um escrito, não estaria situada aí uma possibilidade do pensamento? Talvez tenhamos<sup>1</sup> encerrado nossa reflexão no crivo dos resultados, e não possamos mais nos dar ao luxo de seguir o caminho mais longo que, muitas vezes, não nos conduz aonde queríamos chegar.

Jacques Donzelot, no início de seu livro *A Polícia das Famílias*, situa muito bem o percurso de seu trabalho, nos seguintes termos:

Como não tenho a impressão de apresentar um produto nitidamente circunscrito e facilmente identificável assumirei, antes de mais nada, o risco de mostrar seus andaimes, suas impressões de base, os descaminhos de seu método e os esboços de sua demonstração. (Donzelot, 1986: 9)

Gostaria de situar a análise que segue numa perspectiva de experimentação, ou melhor, *experencição*<sup>2</sup>, que não tem compromisso para com resultados, no sentido em que não foi possível trilhar um caminho reto; o percurso está prenhe de mediações, desvios, trilhas dentro de trilhas... Mas, afinal, não é isto pesquisar?

E, no entanto, essa pesquisa partiu de um fito na autonomia - entendida como efetivação ética e remetida à questão corporal - como que em busca de um objetivo, como que pretendendo atingi-la. Mas esse é um caminho traçado em mapas teóricos, portanto alguém do que a geografia (confusa) das

<sup>1</sup> Gostaria desde já de esclarecer que neste trabalho encontram-se, alternadamente, formas gramaticais que concernem à primeira pessoa do singular (eu), à primeira pessoa do plural (nós) e à forma indeterminada (composta com a partícula ‘-se’). Essa alternância não é aleatória; corresponde a um recurso linguístico para dar conta de diferentes interlocuções. Portanto, quando falo na *primeira pessoa do singular*, refiro-me ao que fiz (minha experiência) em que sou ‘eu’ quem fala; já a *primeira pessoa do plural* serve para incluir o leitor, os agentes psi etc., ou seja, todos nós; por último, a forma indeterminada (-se) é utilizada para suspender o falante e o ouvinte, como forma de abertura ao ‘qualquer um’, ‘o indefinido’.

<sup>2</sup> Utilizo aqui este neologismo como forma de dar conta da experiência sem cair na idéia de “experimento” (contida na palavra *experimentação*), principalmente devido aos experimentos em psicologia, que se aproximam mais de um encadeamento de causas-efeitos em relação aos sujeitos-objetos, ou mesmo de uma possibilidade do pesquisador manipular a situação de pesquisa. Pelo contrário, trata-se justamente de assumir a impossibilidade de visar metas *a priori*, tendo em vista a fluidez que caracteriza os processos de subjetivação. Desta forma, *experencição* significa experimentar *com* (e inclui, desde o início, o pesquisador), da mesma forma que dá conta da dimensão da ação, em termos de *devoir*. (Para uma conceituação de experimento, no campo da antropologia, cf. HAMMERSLEY, 1992: 185 e ss.)



vidas nela envolvidas poderia - e efetivamente pôde - apresentar. Foi preciso “parar, para ver”, render-se à experiência, para compreendê-la e descrever um pouco do seu funcionamento.

É muito mais confortável, em termos de apresentação de resultados e análise, confirmar ou negar hipóteses. Mas não foi isso que aconteceu no decorrer do trabalho de campo. No entanto, existe o percurso do pensamento, uma confrontação com as práticas e modos de vida que têm muito a nos dizer. Há, pois, uma cartografia de caminhos que se espraiam, que seguem rotas confusas, de difícil acesso. Há territórios possíveis que são ocupados na cadência das necessidades e sua aleatoriedade imanente.

Em suma: o olhar que partiu sedento em busca de um caminho retilíneo, encontrou mapas construídos ao acaso, veredas desenhadas num campo de possibilidades. Gostaria de apresentar uma cartografia desses caminhos esparsos, que traçam o movimento dos corpos num campo de possibilidades, culturalmente definido e vivenciado, aproximando-se do que Foucault (1990) define como *experiência*: “(...) a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade.” (Foucault, 1990: 10) Este trabalho é uma tentativa de descrição do universo da vida de pessoas que parecem submeter-se às práticas psi no campo da saúde mental. Mais especificamente, de alguns corpos que seriam constituídos no entrecruzamento da vontade e da moral. Mas é também uma tentativa de captar seus movimentos próprios, uma inserção que não se deixa reduzir por um termo, que não pode ser qualificada dialeticamente. Sobretudo, é a tentativa de assumir o desconhecimento sobre a vida dessas pessoas, para apreendê-las em seus próprios termos.

Somos tentados, amiúde, a enquadrar as experiências vivenciais em sistemas explicativos que nos garantem certa comodidade conceitual. De minha parte, tentei - comodamente - utilizar a autonomia como princípio explicativo. Um pouco mais adiante, adicionando uma dose de crítica (afinal, a vivência nos dificulta algumas leviandades) tentei aplicar um esquema de atividade-passividade. No entanto, o que foi observado e vivenciado não se presta a isso, pois há uma profundidade existencial que escapa ao que é dito. Há uma vivência que os corpos traduzem numa língua própria e que a análise que teço toca de leve.

Daí advém um duplo acerto: o trabalho corporal através do teatro permitiu uma aproximação de análise que outras abordagens - entrevistas, por exemplo - deixariam de lado. E pela parte dos implicados nesse trabalho - os usuários - o teatro lhes serviu, foi/é útil a essas pessoas. A pesquisa de que trata esse escrito, se por um lado foi o motor da experimentação (grupo de teatro) e dela colheu seus frutos, por outro serviu e continua servindo para que essas pessoas - os usuários - colham os seus próprios proveitos. Embora esse relato não se caracterize por uma inserção numa experiência já formada - pois não havia, em sentido estrito, um grupo de teatro antes da iniciativa desse trabalho - não se encontra fora do cotidiano dessas pessoas, uma vez que, como usuárias de um Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS), já tinham uma experiência de oficinas, participavam delas etc. Em suma: força motriz que potencializa o universo em que se insere, em vez de sugar-lhe o sumo e o destilar em algumas verdades “boas para a academia”.

A iniciativa de introduzir o teatro como atividade expressiva num grupo dos ditos psicóticos, deve-se em grande parte ao psicólogo Marcos E. Rocha Lima, através da experiência com o GUDA, no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Florianópolis, da qual participei e que será exposta no *Problema* (a seguir, p. 17 e ss.).

De minha parte, e por muito tempo, tinha uma idéia (quase uma esperança) de que o teatro possuísse uma espécie de potencialidade imanente de transformação na vida dessas pessoas. Exagerava a importância do teatro isoladamente, relegando a segundo plano seu potencial de formador de um *grupo* (pessoas reunidas com interesses/vontades comuns). Apesar de, desde o início, assumir o caráter experimental e amplo do trabalho - afinal o objetivo do GUDA não era exclusivamente o “teatro”, tomando-o muito mais como um possível instrumento -, nunca deixou de estar presente para mim uma idéia de que o teatro, por si só, pudesse, através de uma expressividade corporal, possibilitar mudanças significativas na vida dos ditos “doentes mentais”. Foi com esse pré-conceito que me inseri no CAPS. E foi essa perspectiva que estreitou o meu olhar, direcionou-o, operando uma seletividade que me fazia buscar (afoito) mostras inegáveis de “autonomia” nas atividades teatrais, dentro do espaço do grupo. Ou seja, tinha uma percepção do teatro como um locus de autonomia, como um movimento centrípeto<sup>3</sup>, enquanto que o que se desenvolvia/desenvolve é muito mais uma dispersão, na direção centrífuga.

Essa expectativa inicial (teatro como locus de autonomia) aparece nos relatos de campo. Pois, afora a inexperiência na pesquisa etnográfica propriamente dita, sentia o conteúdo dos meus relatos vazios. Uma descrição morna de uma série de atividades sem grandes surpresas, sem muitas novidades. Muitas vezes, no afã de enxergar manifestações de autonomia, acabei não percebendo as singularidades dessas pessoas com quem convivia.

Fazia anotações e esperava que, ao retomá-las, elas revelassem algum sentido oculto. No entanto, à medida que relia, comecei a perceber que a autonomia era um movimento existencial muito mais amplo e microscópico do que supunha. A experiência do cotidiano, a convivência, mostrou-me a insuficiência de pensar em termos de autonomia-num-grupo-de-teatro-de-usuários-de-um-serviço-de-saúde-mental. Essa ladainha dizia respeito às minhas categorias e expectativas. Havia dois equívocos latentes: o primeiro que se referia a uma pretensão de *fazer acontecer* a autonomia num dado gru-

<sup>3</sup> Essas idéias de movimento de/no grupo serão retomadas nas CONSIDERAÇÕES FINAIS. Por ora, cabe frisar a diferença de, por um lado, o esforço em observar um movimento de possível autonomia circunscrito ao trabalho teatral (centrípeto), e, por outro, um movimento que acabou se revelando através da análise e que situa o grupo de teatro como ponto de dispersão, cuja direção é centrífuga, rumo a outros espaços e experimentações.

po, cuja idéia é de saída contraditória, pois autonomia remete etimologicamente a uma auto-produção. Segundo, que um trabalho com esses seres enlouquecidos deve encarar a autonomia como um horizonte - cotidianamente presente - de atuação, o que a situa como um movimento de uma vida, no decorrer e transformar-se desta, e cuja abrangência de um mestrado (dois anos, dois anos e meio, sob o tic-tac de um relógio acadêmico infernal) toca muito de leve.

Assim, nas constantes releituras, confrontadas com a prática, e ao retomar o material de campo, submetendo-o a críticas, foi possível perceber através de uma análise da minha perspectiva, uma visibilidade daquilo que *queria* encontrar. Esse visível que se configurava nos relatos referia-se mais a uma pretensão do trabalho que estava realizando, que propriamente a uma disponibilidade de apreender múltiplos aspectos dos acontecimentos. Estava determinado a fazer acontecer a autonomia no interior de um dado grupo, ou, ao menos, constatar movimentos em direção a/ou contra ela. Esse ponto de vista cristalizado falava muito do que eu esperava, mas pouco do que se experienciava.

Talvez esta predisposição esteja ligada àquilo mesmo que nos impulsiona à pesquisa. É nesse aspecto que se situa a particularidade da temática: a loucura. Pois existe - e persiste - um certo fascínio por esse “outro lado”, esse Fora de que fala Pelbart (1989). E, embora a doença mental seja a caricatura empobrecida e triste desse Fora, ainda se presta a personificá-lo, remetendo-o, o mais das vezes, às nossas fantasias de liberdade, espontaneidade..., sejam elas através do enaltecimento ou da condenação.

Enaltecendo-a, temos essa imagem lírica que reconhece na loucura seu impulso libertário e criativo: uma concepção de loucura que a planta no território da liberdade/espontaneidade, onde o louco assumiria os ares da genialidade contestadora.

Como condenação, temos uma postura judicativa, que identifica a doença mental com uma perigosa falta de senso, à queda das barreiras e conseqüente impossibilidade de distinguir o certo e o errado, sendo o doente mental incapaz de preservar a si e aos outros.

Essa idéia difusa de uma liberação que a loucura promove, seja ela criativa ou perigosa, remete à problemática que nossa sociedade se coloca das implicações da liberdade, seus perigos e potencialidades. E a loucura/doença mental pode encarnar essa e outras polaridades.

É nesses termos que Pelbart (1989) inicia seu livro *Da Clausura do Fora...* (que será discutido no CAPÍTULO 1), descrevendo, e posteriormente criticando, a postura de Starobinski (psiquiatra e crítico de arte) que sustenta haver dois enfoques distintos sobre a loucura: um clínico e um cultural. Enquanto o primeiro estaria ligado ao cuidado do sofrimento psíquico, o segundo se relacionaria ao fascínio pela loucura, como vanguarda estética. Starobinski firma sua preferência pelo primeiro enfoque, reservando ao segundo o caráter de “mera literatura”, em tom depreciativo.

A crítica a essa “polaridade”, tecida por Pelbart, refere-se a suas características de hegemonia, como se o saber da psiquiatria fosse a “única alternativa ‘séria’ à ‘tagarelice’ dos leigos e sonhadores” (Pelbart, 1989: 14). E é a partir desse contexto, ou seja, da circunscrição da loucura a um *locus* clínico, que o autor colocará o seu projeto de pensar a possibilidade de uma relação com a desrazão - ou, segundo sua opção conceitual, relação com o Fora - sem “extraviar-se”, sem sucumbir à loucura.

Ao que interessa nesta parte, cabe ressaltar que essa relação com o Fora assume uma vertente “romântica” no *métier* artístico como “piração”, “loucura”, remetendo a esse enfoque de fascínio elencado por Starobinski. Esta piração estaria na origem de um processo criativo, que seria liberado (ou catalisado), via espontaneidade, pela ruptura do modo convencional de ver/sentir o mundo. Neste aspecto, loucura = potência de criação.

Já os trabalhadores em saúde mental, principalmente os agentes psi, embasados em sua experiência clínica, contrapõem-se a essa idéia de criatividade, fazendo a loucura incidir no campo da patologia, trazendo à tona todas suas condutas sintomáticas, seus movimentos inúteis, sua eterna dor e seu eterno risco. Tendo o surto (essa explosão sem medida) como horizonte, a loucura assume os ares de perigo iminente.

Em suma: ora criatividade, ora periculosidade, o certo é que em nossa cultura a loucura merece atenção. Mas à sombra de uma suposta magnitude do acontecimento loucura, estão os loucos (ou melhor “doentes mentais”) em toda concretude de suas vidas cotidianas, repletos de perigos irrisórios e quase nenhuma “criatividade”. Nosso olho mira esses seres, olhando *através* deles: não enxerga seus movimentos minúsculos e amiúde repetitivos; atravessa-os e vê esse anteparo-loucura que resplandece em sua luminosidade própria e que dá o tom da potencialidade do louco.

Foi essa suposta potência criativa que animou não só os artistas envolvidos nas oficinas do CAPS (diretor de teatro, por exemplo), mas o próprio pesquisador que escreve essas linhas. Pois, em termos práticos/vivenciais, foi o fascínio que me aproximou desses seres. Fascínio por essa alteridade, por esse outro, por esse ser “fantástico”. E é aí que as coisas confundem-se, porque o fantástico nos remete à fantasia, à nossa idealização do louco.

Meu diário de campo<sup>4</sup> está repleto de “decepções”. Como se a cada encontro, pronto a visualizar a criatividade potencial e a autonomia implícita, sempre me deparasse com a concretude dessas vidas sem brilho. Talvez, devido à proximidade das suas presenças, não fosse mais possível atravessar-lhes com meu olhar e me fascinar com sua loucura. Seus corpos ocupavam um espaço-tempo presente, inundando-me a todo momento com a profundidade de suas existências minúsculas. A cada encontro a impossibilidade do “fascínio” tornava-se mais evidente. Robert Castel nos alerta:

---

<sup>4</sup> Para uma descrição das formas de registro, vide *Procedimentos - Registro dos Acontecimentos*, p. 24.

“(…) nem todo o esquizofrênico é Antonin Artaud, talvez nem todos os poetas sejam esquizofrênicos, e a loucura é muitas vezes mais triste e mais monótona do que a vida ‘normal’.” (Castel, 1980: 278 - nota 16)

Descobri, pois, que havia restringido meu olhar, que o havia educado para enxergar certas coisas e não outras. Percebi que o meu convívio com esses seres estava balizado por uma expectativa de fascinação, ou mesmo um pré-conceito. Pois havia, a minha frente, uma série de pressupostos, a começar pelas próprias categorias de loucura e autonomia. Estava impregnado por muitos senso-comuns em relação à loucura que me impediam o estranhamento. Faltava conseguir enxergar o outro em suas manifestações, em suas particularidades. Faltava essa abertura para “(…) apreender o ponto de vista dos nativos, seu relacionamento com a vida, *sua* visão de *seu* mundo.” (Malinowski, 1978: 33-4) Afinar o olhar para perceber as singularidades no que elas têm de minúsculo.

Nestes termos, DaMatta (1987) estabelece como condição de possibilidade da Antropologia Social a existência do exótico e a capacidade de estranhamento, como segue:

(…) só se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico, e o exótico depende invariavelmente da distância social, e a distância social tem como componente a marginalidade (relativa ou absoluta), e a marginalidade se alimenta de um sentimento de segregação e a segregação implica em estar só, desembocando tudo - para comutar rapidamente essa longa cadeia - na liminaridade e no estranhamento. (DaMatta, 1987: 156-7)

E continua, definindo o ofício do etnólogo como a capacidade de “(…) aprender a realizar uma dupla tarefa que pode ser grosseiramente contida nas seguintes fórmulas: (a) *transformar o exótico no familiar* e/ou (b) *transformar o familiar no exótico*.” (ibid.: 157)

Essa liminaridade de que fala o autor refere-se a um posicionamento do pesquisador num espaço *entre*: é necessário uma transformação que crie no antropólogo esse deslocamento, permitindo-o constituir-se como um elo de ligação entre dois universos: o da cultura que ele estuda e a sua própria. E parece que, antes da minha experiência de campo, eu nunca havia entendido em sua profundidade as implicações da condição liminar do pesquisador.

É curioso tudo isso, pois eu pensava que, pesquisando antropologicamente uma dada “cultura”, estaria inserido (poderia dizer automaticamente) numa situação de estranhamento. E a minha fantasia de estranhamento era a de fascínio, exposta acima. Estava impregnado por algumas categorias formais, o que me garantia certa familiaridade. Não podia perceber, então, que ainda estava distante de uma postura propriamente antropológica, ou o que DaMatta define como “*anthropological blues*”:

Por *anthropological blues* se quer cobrir e descobrir, de um modo mais sistemático, os aspectos interpretativos do ofício do etnólogo. Trata-se de incorporar no campo mesmo das rotinas oficiais,

já legitimadas como parte do treinamento do antropólogo, aqueles aspectos extraordinários, sempre prontos a emergir em todo o relacionamento humano. (ibid.: 156)

Foi somente no decorrer da pesquisa, na análise das vivências e do que era relatado, que percebi a dimensão do estranhamento, talvez mesmo uma incapacidade inicial de estranhar. De fato, demonstrava um certo desprezo ao que era cotidiano, ao comum, ao *ordinário*. Tinha uma idéia de loucura como algo potencialmente criativo, diferente, interessante, autônomo... e esperava encontrar as suas manifestações cabais através do teatro. Mas, à medida que se desenrolava o trabalho, tornavam-se cada vez mais presentes relatos que denotavam desconforto, incômodo, perturbação. Começava a surgir algo estranho. Ou seja, foi através do convívio participativo com esses seres enlouquecidos, bem como da reflexão sobre o que era relatado, que foi possível a criação de uma perspectiva situada nesse espaço *entre* dois universos de significação. O que, em etnologia - pelo menos na concepção de DaMatta -, é fundamental, pois é a transformação (irredutível) do exótico em familiar que possibilita “estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir (ou recolocar, como fazem as crianças quando perguntam os ‘porquês’) o exótico no que está petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação.” (DaMatta, 1987: 157-8)

Tão avesso que era às pretensões positivistas das Ciências Sociais, a este distanciamento sujeito-objeto, qual surpresa não tive quando percebi que havia eleito um *objeto* de pesquisa (a autonomia), e que procurava obstinado por ele. Num certo sentido, não me permiti ser sensibilizado pela diferença. Não por essa *Diferença* do “louco”, como categoria abstrata e fantástica, que o faz aparecer ora como diferente dos demais por seu comportamento sintomatológico, dentro de um determinado quadro da psicopatologia; ora como O Diferente, numa certa visão lírica que tende a ver em cada louco um Van Gogh potencial, um Antonin Artaud embrionário... O que me faltava era uma sensibilidade à diferença como produto do cotidiano minúsculo e repetido, a multiplicidade sem *glamour*.

Essa possibilidade de abertura à diferença - que no caso deste trabalho pode resumir-se numa tentativa de escapar de perspectivas que reduzem o louco, por um lado, a uma existência sintomatológica; e, por outro, a um portador de uma originalidade essencial reprimida e/ou não expressa - deu-se no momento mesmo em que comecei a analisar o significado das citadas “decepções” do diário de campo.

Por fim, a forma como será conduzida a análise desta observação participante, que é o substrato empírico deste trabalho, deverá responder a uma exigência perspectiva que, através dessa experiência corporal-teatral com esses seres enlouquecidos, possibilite visualizar, para quem ou além das pré-concepções sobre a loucura/doença mental, um campo de possibilidades que não restrinja o nosso olhar, e que a retire do tedioso movimento pendular que a faz deslizar num eixo que une, de

um extremo ao outro, o pesadelo e o sonho dessa abstrata liberdade que compõe o alicerce da nossa sociedade ocidental.

O que se segue é um exercício de análise, numa perspectiva etnográfica, cuja primeira tarefa foi tornar o familiar em exótico, estranhá-lo, e devolvê-lo à familiaridade na forma de um campo de possibilidades renovado.

***Bon Appetit***

## TEMÁTICA DA PESQUISA

A palavra de ordem destas últimas décadas, no campo da saúde mental, tem sido: luta antimanicomial. Movimento de questionamento às estruturas de internação psiquiátrica, que se originou no pós-guerra, com os movimentos de despsiquiatrização e antipsiquiatria. No bojo desta luta —que nasceu do grito de dor e revolta de alguns, e do pavor e espanto de outros— encontramos uma problemática cujas dimensões transcendem em muito o campo médico e psi, aparecendo à opinião pública (principalmente através da crítica dos que se opõem aos manicômios) como um par de opostos: de um lado os partidários da luta antimanicomial (ex-internados, intelectuais, políticos, profissionais da área engajados, etc.); e do outro, os profissionais mantenedores da velha estrutura, sobretudo psiquiatras.

No entanto, apesar dessa aparente oposição, um ponto em que certamente - e, sobretudo, atualmente - ambos concordam, é que as práticas manicomiais não são mais toleráveis: no limite mínimo, pelo encarceramento; no limite máximo, pelas múltiplas torturas impostas aos seus internos.

Hoje lugar-comum —outrora lugar-secreto e intocável—, essa unanimidade de que a instituição manicomial, além de promover absurdos, é ela própria um absurdo foi o *leitmotiv* da transformação das práticas em saúde mental. Desta luta e seus efeitos tornaram-se possíveis experiências inovadoras<sup>5</sup> como o hospital dia, formas alternativas de tratamento, tentativas de reinserção social, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) etc.

Isto tudo - pelo menos é o que transparece nos discursos que criticam as práticas manicomiais - representou uma luz, um pouco de ar respirável para os próprios profissionais da área, insatisfeitos com o antigo sistema. Também parece representar um novo horizonte, especialmente para os psicólogos, que passam a pensar a saúde mental como prática promotora de cidadania. Em termos de psicologia social isto representou a transformação do enclausuramento em liberdade e a abertura de um caminho ascendente rumo à conquista da cidadania por/para estes seres humanos.

Esta transformação das práticas em saúde mental, no Brasil, foi inspirada principalmente pela psiquiatria democrática italiana, que encontra em Franco Basaglia e seus colaboradores sua principal

<sup>5</sup> A perspectiva que entende certos discursos e práticas atuais em saúde mental como inovadores diz respeito à concepção dos partidários da luta antimanicomial e afins, que promovem uma crítica às violências praticadas nos hospitais psiquiátricos, e propõem alternativas concretas (políticas e institucionais) em saúde mental. Muitas dessas idéias encontram-se sistematizadas num relatório do Conselho Regional de Psicologia (CRP) da 6ª Região - São Paulo, divulgado em 1997, sob o título "Trancar Não É Tratar - a liberdade é o melhor remédio", em que é feito um balanço das iniciativas e práticas em saúde mental dos últimos 10 anos. Para uma crítica a essa concepção, conferir os diversos artigos da *Revista USP/* Coordenadoria de Comunicação Social, USP. - N. 43 - Psiquiatria e Saúde Mental (set./out./nov. 1999). São Paulo, SP: USP, CCS, 1999.



fonte<sup>6</sup>. Nesta perspectiva, essa transformação foi (é) palco de intensa luta política, que conseguiu impor muitos de seus direcionamentos teórico-práticos, estabelecendo-se no cenário da saúde nacional sob a forma de vários dos (assim chamados) serviços substitutivos em saúde mental (que serão contextualizados e discutidos no CAPÍTULO 1).

Sendo assim, entende-se, contemporaneamente, as iniciativas em saúde mental, marcadamente a implantação e melhoria dos serviços substitutivos, como um progresso na área. No entanto, quando o “alvorço” pela quebra, ou progressivo desmonte, de uma estrutura cessa, começam a aparecer os problemas micropolíticos<sup>7</sup>. Ou seja: de imediato são questionadas as instituições —e, repito, isto é positivo e necessário—, mas não se pergunta pelas condições de possibilidade de sua existência. Numa dimensão molar<sup>8</sup>, desmancha-se a velha maquinaria; já molecularmente, as velhas formas persistem e o que foi desmontado aqui, nasce, de cara nova, acolá. Enquanto na macropolítica novas instituições surgem com uma imagem de “progresso” social, cultural, manicomial etc.; na micropolítica o desejo permanece o mesmo.

E este aspecto foi habilmente discutido por Pelbart (1993), num texto em que questiona aquilo que denomina “utopia asséptica”, que se caracteriza por esse sonho de uma sociedade em que os loucos não seriam mais discriminados, nem segregados. E a crítica de Pelbart incide diretamente numa certa ingenuidade que nos assalta nesses projetos globais de uma sociedade para a “liberdade”. Pois, afinal, que metamorfose deve sofrer uma determinada manifestação - a loucura - para ser aceita? Sob que condições a loucura pode ser fagocitada pela nossa sociedade? O autor não dá uma resposta, mas faz uma provocação: não seria através de uma identificação, de um lugar, de modo a tornar a loucura mais inofensiva, que ela passaria a ser integrada? De fato, nossas práticas podem muito bem resultar num rearranjo do espaço de clausura: abrimos as portas do manicômio, pois este já pode ser dispensado enquanto materialidade institucional, uma vez que já foi incorporado à subjetividade das pessoas. Nas palavras de Pelbart: manicômio mental. (Pelbart, 1993: 106 e ss.)

<sup>6</sup> Esta afirmação baseia-se numa comparação do “Parecer nº 43, de 1999 - Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 - nº 3.657”, com as idéias de Franco Basaglia (por exemplo, contidas em BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. RJ: Graal, 1985), bem como nas conferências que o autor fez no Brasil em 1979 (Cf. BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Brasil Debates, 1979. (A ciência e o homem; 1)).

<sup>7</sup> Tomo os termos micro e macropolítico no sentido dado por Guattari em *Revolução Molecular*, e que relaciona ambos conceitos a “(...) uma política que se dirige tanto ao desejo do indivíduo quanto ao desejo que se manifesta no campo social mais amplo.” (Guattari, 1987: 174)

<sup>8</sup> Estes conceitos de molar e molecular são apropriações que Félix Guattari fez da química e poderiam, esquematicamente, ser definidos como: o molar sendo o macro e o molecular, o micro. Nos termos guattarianos, Suely Rolnik assim os enuncia: “A ordem molar corresponde às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. À ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições de fases, das intensidades.” (Guattari; Rolnik, 1996: 321)

Portanto, a instituição pode estar enfraquecida, ou até mesmo moribunda, mas seus efeitos parecem persistir, “muito além do jardim”. O instituído se espraia, penetra e se mostra presente também, e talvez principalmente, do lado de fora dos muros do manicômio - no social.

Apesar de hoje o “lado de dentro” - prática da internação - ainda ser bastante freqüente nas práticas em saúde mental, não parece ser a tendência dos projetos nesta área, a começar pelo próprio Ministério da Saúde, cujo programa de saúde mental reflete bastante o incentivo à diversificação da rede de atendimento, leia-se ruptura com o modelo manicomial<sup>9</sup>. Pelo contrário, e talvez consoante a todo um movimento social que marca nossa contemporaneidade, as práticas se encontram cada vez menos identificadas a grandes estruturas e instituições, tendendo amiúde a ser reinvestidas em relações bem localizadas (a família, o bairro etc.)<sup>10</sup>. Ou seja, observamos uma gradual substituição dos leitos em grandes instituições psiquiátricas por alas com número de leitos reduzidos em hospitais gerais ou até mesmo - e mais ao sabor das lutas contra os manicômios - leitos comuns nestes hospitais. O que permanece, como uma espécie de núcleo intocado, é a concepção da loucura como doença e, portanto, algo que deve ser tratado, curado, interpretado, mapeado etc.

Assim, poderíamos afirmar que, hoje, a tendência é o tratamento dar-se cada vez mais do “lado de fora” dos muros. Portanto, é preciso perguntarmo-nos sobre as condições de possibilidade dessa transformação. E o que podemos adiantar é que uma importante mudança foi introduzida no manejo destes “corpos loucos”. Falo, evidentemente, da medicação. Esta emerge, através da descoberta de novas e mais potentes substâncias, como uma prática de controle, manutenção e “conscientização” desses seres enlouquecidos, a ponto de “ser possível” mantê-los em casa.

E é dessa configuração que se trata essa pesquisa: uma experiência de trabalho corporal-teatral com esses seres que ganharam o “privilegio” da liberdade espacial às custas de um controle mais incisivo sobre seus corpos e suas vidas diárias.

<sup>9</sup> Cf., por exemplo, o já citado “Parecer nº 43, de 1999 - Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 - nº 3.657”.

<sup>10</sup> Vale ressaltar que esse investimento da família como instância de controle remonta pelo menos ao século XVIII, na Europa, no sentido em que Donzelot fala de uma “polícia das famílias”, entendendo polícia como um polo de unificação das tecnologias políticas (cf. Donzelot, 1986: 12 e ss).

## PROBLEMA

A pesquisa nasce da dúvida, e esta, por sua vez, surge quando os pressupostos desmoronam, e o esperado, o *taked for granted*, nos surpreende com sua nova face: o inesperado. Então nos perguntamos: como? por quê? o que fazer?

O percurso da minha dúvida pode ser descrito da seguinte maneira: logo após ter me formado psicólogo (verão de 1997), foi constituído um grupo de auxílio mútuo no NAPS-Florianópolis (Núcleo de Apoio Psicossocial): o GUDA (Grupo de Usuários de Drogas Anti-psicóticas). O projeto, concebido pelo psicólogo Marcos E. Rocha Lima, propunha um trabalho com um encontro semanal, cuja proposta partia de uma horizontalização das relações terapeuta-paciente, multiplicando as figuras de “terapeutas”, i.e., possibilitando uma interação (mediada) entre os participantes, de forma a promover a saúde de *todos* (tanto dos estigmatizados como “pacientes” quanto dos estigmatizados como “terapeutas”), ou, em termos espinosistas, aumentando o nosso potencial de ação, os bons encontros e as alegrias ativas<sup>11</sup>. Desde o princípio, estava definido que o trabalho contaria com dois momentos: um trabalho corporal e um bate-papo.

Este grupo<sup>12</sup>, desde sua formação, despertou por demais o meu interesse, resultando em minha ativa participação. Sendo que o que me entusiasmava, sobretudo, era a oportunidade de trabalhar num contexto não asilar —onde os ditos “psicóticos” fossem livres para entrar e sair, participar ou não, sendo que as atividades lá seriam *parte* da suas vidas e não *as* suas vidas, como ocorre nos casos de internação prolongada—, numa proposta de grupo diferente, que visava uma horizontalidade relacional (o GUDA) e, enfim, podendo lançar mão de técnicas corporais. A minha expectativa era de que, a partir de um trabalho corporal diversificado com os usuários<sup>13</sup>, iríamos rompendo suas amarras químicas, sociais, psicológicas, que os impedem de ser autônomos.

A proposta do GUDA abria, pois, possibilidades para que fossem utilizados vários tipos de trabalhos corporais, desde que promovessem *vida* (num sentido espinosista: aumento do potencial de

<sup>11</sup> A esse respeito, cf. DELEUZE, Gilles. *Espinoza e os Signos*. Lisboa: Rés, s/d., principalmente p. 37 e ss.

<sup>12</sup> Cabe esclarecer, desde já, que só participei do início dos trabalhos com teatro no GUDA, vindo a acompanhar um trabalho similar em Blumenau, no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), com um diretor de teatro cujo referencial teórico-prático me interessava sobremaneira. Sendo assim, a inspiração primeira e os primeiros questionamentos pertencem à minha participação no GUDA, e a inspiração mantenedora, bem como o material analisado (diário de campo) dizem respeito ao CAPS-Blumenau, cujos trabalhos tiveram início no começo do ano de 1999.

<sup>13</sup> Tratarei os participantes tanto do GUDA, quanto, mais à frente, do grupo de teatro do CAPS-Blumenau, simplesmente, como usuários, uma forma abreviada de ‘usuários de drogas antipsicóticas’, bem como usuários do CAPS. Usarei este termo, pois: “No ato de nomear um grupo já aparece a ética (ou a moral) que rege tal ação. Se denominássemos a experimentação coletiva que estamos criando como ‘grupo de psicóticos’, aceitaríamos implicitamente que estamos lidando com seres indubitavelmente loucos.” (LIMA, 1997a: 01)

ação). Neste sentido, no primeiro ano do (1997/98) foram feitas várias experimentações relativamente aleatórias (ioga, dança, do-in, ginástica etc.). Após uma avaliação, decidiu-se trabalhar com teatro de uma forma continuada, ou seja, presente em todos os encontros.

De minha parte, tinha uma grande expectativa em relação ao potencial transformador do GUDA<sup>14</sup>. Sobretudo relativo ao teatro, que era uma paixão antiga já há algum tempo adormecida. Centrei minha atenção neste trabalho e queria ver (logo) seus frutos.

Com o passar do tempo, não conseguia entender por que os trabalhos corporais pareciam ou esbarrar numa relutância por parte de alguns usuários, ou produziam efeitos muito tênues nas suas vidas. Não compreendia por que esses corpos - que acreditava estarem libertos, uma vez que não mais circunscritos pelos muros do hospital - não se desenvolviam autonomamente, numa espécie de relação direta de causa-efeito entre liberdade física e autonomia de vida. Começava a surgir uma problemática que relacionava a minha percepção/expectativa ao trabalho que estava sendo realizado. Este problema foi formulado nos seguintes termos: como o teatro, como trabalho corporal e grupal, possibilitaria processos de autonomização de vida desses usuários?

Isso pressupunha a existência, ou pelo menos a possibilidade, de um núcleo existencial, na vida dos usuários, composto por *loucura-teatro-autonomia*, em torno do qual eu esperava ver as vidas desses usuários desenvolverem movimentos concêntricos que os levassem a afirmar sua loucura, engajar-se no teatro e ampliar a autonomia. O que, de certa forma, encerrava o problema em termos de constatação e/ou refutação. No entanto, isso se referia a minha perspectiva em relação ao primeiro trabalho, com o GUDA-Florianópolis, e que teve de ser reformulado: primeiramente, pela mudança do grupo (usuários do CAPS-Blumenau) e, conseqüentemente, pelas questões postas pela experiência intensiva com esse outro grupo. Ou seja, foi necessário recolocar a problemática em outros termos.

Isso se deu, sobretudo, pois havia, referente a minha experiência com os participantes do GUDA, uma perspectiva compartimentada de suas vidas, pois os via somente nas reuniões do GUDA, perdendo outros aspectos de suas vidas. Além disso, havia estreitado o olhar em relação ao teatro, encarando-o não como um meio, mas como um fim.

Uma vez iniciado o trabalho com o grupo no CAPS-Blumenau, e tendo uma convivência muito mais constante e diversificada, foi possível perceber outros aspectos, que levantaram questões diversas das encontradas na experiência com o GUDA.

---

<sup>14</sup> Cabe ressaltar que essa expectativa de transformação era um equívoco meu em relação a esse grupo, em cuja proposta de formação (formulada por Lima) se encontra claro o objetivo de construção de um “trabalho coletivo”, que inclui uma crítica aos “sábios-psi” (eu, por exemplo) que se arvoram em trazer esses seres diagnosticados como psicóticos de volta ao “rebanho” de normais (cf. Lima, 1997a). Portanto, esse trabalho coletivo de experimentação (idéia inicial do GUDA) afasta-se de qualquer idéia de conversão ou cura de seus usuários, seja através do teatro ou quaisquer outras técnicas.

Uma destas questões dizia respeito à relação que os participantes do grupo de teatro do CAPS tinham com a medicação, e a conseqüente interferência disso na movimentação corporal, o que o trabalho de teatro não necessariamente revelava, mas tornava mais evidente.

Outra questão dizia respeito às especificidades dos participantes do grupo, no que se refere ao seu *capital cultural*<sup>15</sup>, e à (restrita) inserção deles nos espaços da cidade.

A partir destas duas questões (que se abrem para outras tantas) é possível recolocar a problematização da pesquisa, consoante à especificidade da experiência com o grupo em Blumenau, em termos de corpos e sua ocupação do espaço.

Neste sentido, o teatro incide nos dois aspectos, tanto pondo em relevo a questão corporal, quanto possibilitando uma inserção em outros espaços urbanos: O que pode ser formulado do seguinte modo: como o trabalho teatral incide na relação que os participantes do grupo de teatro do CAPS têm com seus corpos e com o espaço que ocupam? Em que medida podem ocorrer transformações? E de que maneira isso poderia ser relacionado a um processo de autonomização de suas vidas?

---

<sup>15</sup> Na acepção de Pierre Bourdieu, capital cultural refere-se a uma “diferenciação social”, em relação ao “espaço social” em que se está inserido. (Bourdieu, 1996: 49) Neste aspecto, capital cultural diz respeito a um posicionamento dos usuários do CAPS-Blumenau num espaço social diferenciado de uma certa classe média intelectualizada, uma vez que a grande maioria dos usuários se caracterizam por: famílias de baixa renda, escolarização incompleta etc. Devo a idéia de analisar uma das diferenças entre o grupo do GUDA e o grupo do CAPS em termos de capital cultural ao professor Marcos E. Rocha Lima.

## DELINEAMENTO DE PESQUISA

A metodologia nunca deixa de ser um recurso instrumental, que dá os meios de pesquisa para o fim desejado. No entanto, é preciso ampliar a perspectiva sobre a questão metodológica para poder visualizar seus aspectos formadores, ou seja, além de delimitadora do campo pesquisado, na forma de um foco de luz sobre o que se quer ver, a metodologia também, ou melhor, principalmente, forma esse campo, inventa-o e possibilita sua existência. Neste aspecto, é interessante a diferenciação que R. F. Ellen (1993) faz entre teoria, metodologia, método e técnica, caracterizando a metodologia como “(...) o estudo sistemático dos princípios que guiam a investigação antropológica e os meios pelos quais a teoria encontra sua aplicação (...)” (Ellen, 1993: 09) No que pretendo ressaltar aqui, cabe sublinhar a idéia de “princípios” e radicalizá-la ao ponto de entendê-la como construtora do visível, produtora daquilo mesmo que observamos/participamos.

Dessa forma, foi preciso lançar mão de algum instrumental que desse conta de um campo de experiência - a loucura -, no sentido de formas e modos de vida, que se encontra, em nossa cultura, diferenciado das regularidades da vida normal. Além disso, esse campo de experiência é dominado, cientificamente, por um discurso psi que o faz incidir sobre a temática da doença, e a partir daí o analisa.

Sendo assim, uma metodologia “psicológica” aplicada à loucura, dificilmente escaparia à sua patologização, pois grande parte dos instrumentos que a psicologia tem a oferecer formam uma visibilidade da loucura que a encerra no território da saúde, como algo que necessita tratamento. Foi preciso, pois, encontrar uma metodologia que possibilitasse a criação de uma outra visibilidade ao campo de experiência da loucura. E foi a antropologia, mais especificamente a etnografia que forneceu estes instrumentos, através de sua perspectiva interpretativa em relação ao “outro”, em seus esforços em compreendê-lo nos termos de sua própria cultura.

Além disso, havia outra complicação metodológica: fazia-se necessário um instrumental que abrisse a possibilidade de pesquisar agindo, isto é, de produzir material para análise a partir da experiência compartilhada (no meu caso, com os participantes do grupo de teatro), uma vez que intervenção e pesquisa compreendem dois aspectos indissociáveis do trabalho desenvolvido. Isso se deve não a uma confusão do pesquisador, mas à natureza da temática de pesquisa e à opção metodológica - etnografia. De fato, a opção pela etnografia deve-se justamente ao fato de colocar como pré-requisito a imersão do pesquisador no universo pesquisado (ao menos na vertente da observação

participante). No caso desta pesquisa, a imersão se deu na forma de uma intervenção, de uma ação<sup>16</sup>, sobretudo por uma opção teórica-prática do pesquisador, em consonância com a natureza da problemática de pesquisa.

Optei, portanto, pela pesquisa etnográfica, na sua vertente qualitativa, utilizando os métodos de observação participante (nos termos de Malinowski, 1978) e o estudo de caso (nos termos de Hammersley, 1992: 182 e ss.), através da técnica de registro dos acontecimentos<sup>17</sup> e sua posterior análise interpretativa.



Por que etnografia? Por que observação participante?

Diante do exposto, e tendo em vista a particularidade da temática de pesquisa, optei pela etnografia, como forma de emprestar à experiência com um grupo de usuários valor metodológico, isto é, a experiência como material de análise.

Deste modo, entendo que minha observação preliminar, não sistemática, deu origem ao problema de pesquisa. Ou seja: minha participação crítica (junto à do psicólogo e professor Marcos E. Rocha Lima) pôs em relevo a questão dos processos de autonomização em “psicóticos” a partir do movimento corporal. Paralelamente, as leituras que havia realizado, e que vinha realizando, aguçaram meu olhar para essa questão.

Sendo assim, a metodologia em questão é a própria espinha dorsal da pesquisa. E pelo próprio referencial teórico adotado, que rompe com o mecanicismo segundo o qual há uma realidade a ser descoberta (o fato) e só nos resta estabelecer os meios (metodologia) para tal, ressalto que problema e metodologia estão intrinsecamente relacionados.

Para situar meu embasamento metodológico, procurarei caracterizar o que é etnografia e observação participante.

---

<sup>16</sup> Essa inclusão da ação à antropologia, que formaria algo como antropologia-ação (action anthropology), constitui-se no que John Clammer aponta como um dos “estilos” em antropologia, para o que este autor recomenda uma certa prudência, como uma reflexão acerca de alguns fatores como aspectos individuais do pesquisador, natureza do problema de pesquisa etc. (In.: Ellen, 1993: 84)

<sup>17</sup> Opto pela utilização do conceito de *acontecimento*, ao invés de *dado*, por aquele indicar melhor a idéia de movimento, no sentido de devir. A argumentação a esse respeito encontra-se na parte de *Terminologia e Conceitos*, mais adiante neste capítulo.

## Etnografia

Etnografia e Etnologia são assim definidas e diferenciadas por Malinowski: “De acordo com a terminologia científica, uso aqui a palavra ETNOGRAFIA para descrever os resultados empíricos e descritivos da ciência do homem; e a palavra ETNOLOGIA para referir-me às teorias especulativas e comparativas.” (Malinowski, 1978: 22, nota 9).

No âmbito da ciência antropológica, segundo a divisão que Laplantine (1988) faz entre as diversas áreas da antropologia, a Etnologia é tratada como sinônimo de antropologia social e cultural, que

(...) diz respeito a tudo que constitui uma sociedade: seus modos de produção econômica, suas técnicas, sua organização política e jurídica, seus sistemas de parentesco, seus sistemas de conhecimento, suas crenças religiosas, sua língua, sua psicologia, suas criações artísticas. (Laplantine, 1988: 19)

O trabalho etnográfico envolve, grosso modo, o estudo de uma cultura de um modo geral. No entanto, como a descrição da totalidade cultural, na prática etnográfica, mostrou-se, há muito, deveras genérica e muitas vezes impossível, a etnografia tem se limitado a estudos parciais. E isso desde o estudo clássico de Malinowski (*Argonautas...*, da década de 1920), em que o autor, diferentemente de seus predecessores, não empreende um estudo total de uma cultura (que envolveria língua, mitos, religião, linhagens etc.); mas sim focaliza o que chama de uma instituição: o Kula. Desta forma, seu olhar está voltado para uma prática, não desvinculada do todo cultural, mas que restringe sua descrição e análise.

Outro aspecto importante é a postura do pesquisador: diferentemente da clássica divisão sujeito X objeto, a etnografia “é antes a experiência de uma imersão total, consistindo em uma verdadeira *aculturação invertida*” (Laplantine, 1988: 150), na qual o etnógrafo “é aquele que deve ser capaz de viver nele mesmo a tendência principal da cultura que estuda.” (Laplantine, 1988: 150) Esta foi a prática empreendida por Malinowski, e também o seu grande diferencial.

## Observação Participante

Este autor defrontou-se com a problemática da incomunicabilidade entre observador e observado —que marcava os estudos da época—, o que lhe impedia “o acesso ao significado do comportamento manifesto”. (Durham, 1978: 46) Este significado a que desejava ter acesso o autor não era o significado por ele atribuído; mas o significado que a cultura do “observado” emprestava à sua manifestação cultural, no caso, o Kula. E a única forma que Malinowski encontrou para tanto foi entrar



na cultura, viver a cultura do outro e descrever a compreensão que esse outro - o nativo - tinha de sua própria cultura. Estavam lançadas as bases do que chamamos hoje de *Observação Participante*:

(...) a participação consciente e sistemática, na medida em que as circunstâncias o permitam, nas actividades da vida, e, conforme a ocasião, nos interesses e nos afectos de um grupo de pessoas. (Kluckhohn apud Bernardi, 1974: 142)

(...) o fundamento desta técnica [observação participante] reside num processo de transformação do observador, que consiste na assimilação das categorias inconscientes que presidem à ordenação do universo cultural investigado, num processo correspondente a uma “aculturação” do observador. (Durham, 1978: 47)

Este referencial implica num não-distanciamento sujeito-objeto, mesmo porque essa divisão é questionada:

(...) [a observação participante é um processo no qual o pesquisador] observa enquanto participa completamente de suas vidas. Tal procedimento define o papel do pesquisador não como o de participante observador, mas como o de participante observando\* , e é conscientemente eliminada a distinção entre o observador e o fenômeno observado e, deste modo, diverge radicalmente da atitude científica do paradigma positivista. (Ellen, 1993: 29)<sup>18</sup>

No entanto, isso não implica numa fusão entre pesquisador e pesquisado. Existe uma especificidade que se refere às diferenças culturais dos envolvidos. E, sendo assim, o pesquisador, por mais inserido que esteja na cultura que estuda, não deixa de fornecer uma visão externa, pois não se torna o “outro”, e muito menos o inverso.

Além disso, a observação participante não tem nenhuma pretensão universalizante. Pelo contrário, o objetivo é atingir a riqueza das particularidades, através de um olhar perspectivo<sup>19</sup>, que não deseja desvelar nenhuma suposta verdade do “objeto” estudado; mas sim produzir um outro entendimento, outras interpretações. É por isso que, nessa abordagem (etnográfica), é de suma importância um consciente embasamento teórico, pois é ele que guia o olhar, que direciona a perspectiva. Malinowski (1978), em seu livro, não se cansa de ressaltar a importância de o antropólogo fazer uma

\* O jogo de palavras que a língua inglesa possibilita aqui, perde a sua riqueza na tradução. No entanto, gostaria de deixar clara a idéia do autor da contraposição entre uma postura do pesquisador não-atuante (participant observer) e atuante (observing participant). Essa contraposição refere-se também à oposição pesquisador-objeto e a não-oposição entre eles, que é a característica da etnografia.

<sup>18</sup> Tradução livre de: “(...) observes while participating fully in their lives. Such a procedure defines the role of the researcher not as that of participant observer but of observing participant, and it consciously eliminates the distinction between the observer and the observed phenomena and thus radically departs from the scientific attitude of the positivistic paradigm.”

<sup>19</sup> Sobre esse aspecto, vide “Perspectiva” em *Terminologia e Conceitos*, mais adiante, neste capítulo.

boa revisão teórica antes de ir a campo. Entre outros aspectos, o autor sublinha a necessidade de se conhecer outros estudos sobre a cultura ou culturas afins.

Em suma: através de uma observação participante, que se traduz numa participação neste grupo de teatro, no convívio com seus membros e numa troca de informações/percepções destes com o pesquisador, é possível, calcado num embasamento teórico consistente, produzir uma descrição dessa prática corporal/vivencial e, a partir deste material, fazer uma interpretação da relação do teatro com os processos de autonomização na vida dos usuários do serviço de saúde mental em questão.

## Procedimentos

**PARTICIPANTES:** Grupo de Teatro, formado com alguns dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS de Blumenau, composto por 6 participantes, de ambos os sexos, com idades que variam de 19 a 50 anos.

**CRITÉRIO DE ESCOLHA:** de maneira geral, estes usuários do serviço apresentam algumas características, além do diagnóstico psiquiátrico, que os configura como “psicóticos” (ou, nos termos do senso comum: loucos). São as seguintes: 1. fazem uso de neurolépticos (também conhecidos como antipsicóticos); 2. já passaram por diversas internações; e, principalmente, 3. tem sua vida controlada por outrem (mãe/pai, esposo(a), parentes etc.). Este último fator é de suma importância, pois vem ao encontro da temática de pesquisa, i.e., a autonomia: todos os participantes são caracterizados, em maior ou menor grau, como incapazes de gerir suas próprias vidas. Daí, a tutela de outrem (heteronomia).

**PERÍODO/LOCAL:** a observação participante teve início com as atividades do GUDA, em Florianópolis. No entanto, a coleta sistemática do material, com redação de um diário de campo, compreende um período que vai do início das atividades do grupo do CAPS, em Blumenau, até a apresentação da peça de final dos trabalhos, ou seja, de fevereiro de 1999 a dezembro de 1999, num total de 25 encontros e 4 apresentações. Além disso, cabe ressaltar que a participação junto a esse grupo se estende até os dias de hoje e serve como reforço para algumas das análises contidas neste trabalho. O local utilizado foram, inicialmente, as próprias dependências do CAPS, depois passando a se realizar nas dependências da FCB - Fundação Cultural de Blumenau, numa sala para ensaios e no auditório para ensaios gerais. O trabalho se dividiu em duas

fases, correspondendo aos dois diretores de teatro que trabalharam com o pessoal: primeira fase, do início até setembro/99; e segunda fase, de outubro até dezembro<sup>20</sup>.

**ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO/OBSERVAÇÃO:** o teatro ou, mais especificamente, a formação de um Grupo Teatral, foi utilizada como forma de aproximação, bem como o principal evento observado/trabalhado. O foco da observação foi a movimentação corporal, abrangendo as possibilidades e limitações dos usuários neste aspecto, as implicações disso para suas vidas e o entendimento/verbalizações daí decorrentes. Vale ressaltar que este último aspecto (verbalização) não foi prioritário, funcionando como subsídio à descrição.

Além do trabalho grupal-teatral, o material analisado foi enriquecido por um intenso convívio individual do pesquisador com os diversos usuários, colhendo depoimentos informais, e correspondendo, assim, a uma tendência do foco de análise que deve seguir do movimento mais geral (o grupo) para o movimento mais particularizado (o indivíduo).

**REGISTRO DOS ACONTECIMENTOS:** o material coletado (para análise) foram os acontecimentos (vide a conceituação em *Terminologia e Conceitos*, mais adiante), a partir da observação participante do pesquisador, através da técnica de descrição em Diário de Campo, segundo a qual, após as experiências com o grupo, o pesquisador retirava-se e descrevia o mais relevante do que fora observado/vivenciado, bem como suas percepções dos acontecimentos (Cf. Malinowski, 1978: 31; Durham, 1978: 54; Bernardi, 1974: 132). Cabe ressaltar que, nesta fase, não foram realizadas análises; somente apontamentos das percepções que a diferença cultural, comparativamente, gerou no pesquisador.

Como formas auxiliares, foram utilizados recursos mecânicos: fotografias, para caracterização dos indivíduos e seus corpos e do espaço de trabalho e filmagens VHS, para auxiliar na caracterização do movimento corporal.

**ANÁLISE DOS ACONTECIMENTOS:** o trabalho de análise *não* se caracterizou como uma análise etnográfica. Pois, mesmo tomando a etnografia como instrumento metodológico, esta pesquisa não se trata de uma etnografia de um grupo de usuários de um serviço de saúde mental. Sendo assim, a análise realizada toma como base a documentação produzida (diário, filmagens etc.) mas não objetiva sistematizá-la em termos de categorias; a análise toma os registros dos acontecimentos como ilustrativos da experiência com o grupo. Isso se deve ao fato de que o material produzido não possibilitou uma “descrição densa” sobre movimentos de autonomização; por outro lado, o que caracteriza esse material, sendo o foco de análise, é uma trajetória de mudança de olhar do pesquisador através da vivência com o grupo. Essa mudança inclui

<sup>20</sup> Vale ressaltar que esse trabalho com teatro, conduzido por esse segundo diretor, continua até os dias de hoje.

(sobretudo) a impropriedade de uma categoria como a de autonomia, como havia sido definida a priori. Desse modo, a análise constituiu-se numa tentativa (modesta) de uma aproximação compreensiva da vida desses usuários do CAPS, a partir de um trabalho com teatro.

## Terminologia e Conceitos

Uma discussão sobre os conceitos tem mais do que um simples caráter didático. Ela serve como instrumento ao pensamento, como forma de esclarecer as “ferramentas” que serão utilizadas - no sentido em que G. Deleuze fala das teorias como “caixa de ferramentas” (In.: Foucault, 1995: 72). Neste sentido, os conceitos são parte integrante da obra, são parceiros em sua autoria. E não porque sejam responsáveis pelo fechamento dos acontecimentos no plano teórico, escravizando-os à abstração das teorias. A ação dos conceitos é (ou pelo menos deve ser) da ordem da *abertura*: abrir os acontecimentos a novos possíveis (Deleuze; Guattari, 1992: 46)

Por fim, a importância dos conceitos não é em relação a um suposto rigor, como se pudéssemos conferir, através deles, mais verdade à pesquisa; no entanto, nem por isso deixa de ter um valor diferencial, uma saída (linha de fuga) do ordinário: “O conceito é o que impede que o pensamento seja uma simples opinião, um conselho, uma discussão, uma tagarelice.” (Deleuze, 1992: 170)

Como forma de esclarecer o uso que faço de certos termos-conceitos, passo a arrolar de forma resumida os mais utilizados neste trabalho. Cabe ressaltar que se trata de um resumo que tem por objetivo facilitar a leitura dos capítulos que se seguem, não devem ser lidos como esforço ou descuido reducionistas, mas como esclarecimento perspectivo. Ademais, a discussão própria a cada temática - como é o caso da loucura - encontra-se detalhada no decorrer do trabalho.

**ACONTECIMENTO X DADO** - A concepção de Dado nos aproxima de Kant - cf. José Ferrater Mora, em seu *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Dom Quixote, 1982, p.91 -, dando-nos a idéia de uma de matéria bruta, esperando para ser descoberta, ou aquilo que está dado, como uma forma de essência. Para dar conta do devir - conceito cuja elaboração filosófica foi contemporaneizada por Deleuze/Guattari - preferi, para fugir ao essencialismo do dado e abranger a dimensão trágica da experiência, adotar o conceito de acontecimento, como forma a experimentação com o grupo do teatro no seu devir. “O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera. (...) ele é o que deve ser compreendido, o que deve ser querido, o que deve ser representado no que acontece.” (Deleuze, 1994: 152)

**AUTONOMIA/HETERONOMIA** - Autonomia é entendida como uma auto-referência normativa, que toma como base principalmente o corpo. Paralelamente, inclui a idéia de criação, de auto-produção, auto-geração, *auto-nomia!* Criar, neste sentido, é criar valores para si, é o governo de si-mesmo. Criar é ser conforme a si mesmo, ao seu próprio corpo: “Digo que uma coisa é livre, quando é unicamente pela necessidade da *sua* natureza que ela existe e é determinada a agir; contrangida, quando é por *outra* coisa que é determinada a existir e a operar segundo uma lei fixa e determinada.” (Espinosa apud Moreau, 1982: 48 - os grifos são meus) Quando os valores deixam de se referir ao exterior, ao fora, ao outro (hetero-referência=*heteronomia*) e re-tornam ao mim-mesmo, ao sentir, tomando como referência o eu (auto-referência=*autonomia*), ou seja, quando o Bem e o Mal são substituídos pelo que é bom ou mau para mim, o meu poder de ação é resgatado. Espinosa assim enuncia:

O bom é quando um corpo produz diretamente conexão com o nosso, e, com toda ou parte de sua potência, aumenta a nossa. Por exemplo, um alimento. O mau, para nós, é quando um corpo destrói as ligações do nosso, mesmo que se estabelecendo com nossas partes, mas sob outras conexões que não correspondem às de nossa essência: tal qual um veneno que destrói o sangue. (Deleuze, 1981: 34)<sup>21</sup>

Esta postura, diversa do idealismo platônico (ainda tão atual) razão-redentora *versus* corpo-ilusão, apresenta-se como diretriz para um viver autônomo, como um balizamento ético, em contraposição à moral: “A moral é o julgamento de Deus, o sistema de Julgamento. Mas a Ética reverte o sistema de julgamento. Em oposição aos valores (Bem-Mal), substitui-se a diferença qualitativa dos modos de existência (bom-mau).” (Deleuze, 1981: 35)<sup>22</sup> Ou, em termos foucaultianos: “(...) [o que entendo por ética] é a relação consigo mesmo que seria necessário ter, esta relação consigo [rapport à soi] que trato como moral e que determina como o indivíduo de se constituir enquanto sujeito moral de suas próprias ações.” (Foucault, 1994: 393-4)<sup>23</sup> Este entendimento da ética, este “*rapport à soi*”, confere uma potência transformadora às práticas moleculares, pois é o locus em que o particular se apresenta com toda sua força, com suas intensidades. Ao mesmo tempo, fornece subsídios para caracterizar a autonomia de vida, entendida esta pela substituição da Moral heteronômica por uma ética autonômica; do Bem e do Mal, pela diferença qualitativa dos modos de existência bom e mau.

<sup>21</sup> Tradução livre de: “Le bon c’est lorsqu’un corps compose directement son rapport avec le nôtre. Par exemple, un aliment. Le mauvais pour nous, c’est lorsqu’un corps décompose le rapport du nôtre, bien qu’il se compose encore avec nos parties, mais sous d’autres rapports que ceux que correspondent à notre essence: tel un poison qui décompose le sang.”

<sup>22</sup> Tradução livre de: “La morale, c’est le jugement de Dieu, le *système de Jugement*. Mais l’Éthique renverse le système du jugement. A l’opposition des valeurs (Bien-Mal), se substitue la différence qualitative des modes d’existence (bon-movais).”

<sup>23</sup> Tradução livre de: “(...) c’est la relation à soi même qu’il faudrait avoir, ce *rapport à soi* que je trouve moral e qui détermine comment l’individu doit se constituer en sujet moral de ses propres actions.”

**CORPO-E-ALMA** - Utiliza-se corpo-e-alma, escrito tudo junto, como um conceito, que deve dar conta da caracterização do sujeito, contrariamente à dicotomia cartesiana, aproximando-se do paralelismo espinosista, que nega qualquer superioridade do espírito sobre o corpo e vice-versa: “Segundo a *Ética*, pelo contrário, o que é acção na alma é também necessariamente acção no corpo, e o que é paixão no corpo é necessariamente paixão na alma.” (Deleuze, s/d(b): 26)

**DISCIPLINARIZAÇÃO** - A disciplinarização situa-se teoricamente nas análises de Foucault sobre a problemática do poder (Foucault, 1984, 1993, 1995). Este autor entende como disciplinarização da sociedade o ajustamento mais controlado entre capacidades, comunicação e poder (Foucault, 1984: 311-2). A importância da disciplina está em sua capacidade de “gerir a população”: “Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe.” (Foucault, 1995: 291)

**ETNOGRAFIA** - Este trabalho não é uma descrição etnográfica. A etnografia (descrita anteriormente, vide p.22 supra) é utilizada como recurso e abertura ao estranhamento, frente ao qual a psicologia apresenta dificuldades. Neste sentido, utiliza-se sim de um método etnográfico, mas que não compreende uma descrição densa do material coletado; este serve como ilustrativo à experiência vivenciada (vide p.25, *Análise dos Acontecimentos*).

**LOUCURA** - Louco, Doente mental/psicótico e ser enlouquecido: Utilizo, principalmente, três termos para caracterizar diferentes percepções e *loci* de um fenômeno aparentemente igual: *louco*, quando estiver falando/exemplificando posturas e percepções relativas ao senso-comum; *doente mental* ou *psicótico*, quando se tratarem de discursos e práticas relativas ao universo de especialidades psi (psiquiatria, psicologia etc.); e *seres enlouquecido* (ou aspas em quaisquer dos termos anteriores ou seus sinônimos) como uma forma crítica de caracterizar essas pessoas que se encontram inseridas num campo discursivo e prático de uma sociedade que os inventa enquanto tais (isso será discutido no CAPÍTULO 1). Em suma, os dois primeiros termos (louco e doente mental/psicótico) dizem respeito à naturalização da desrazão e o terceiro - através da sua forma apassivada - nos fornece a dimensão da invenção.

**PERSPECTIVA** - Para esclarecer a utilização que faço deste conceito, cito um aforismo de Nietzsche: “O nosso novo “Infinito” - até onde se estende o carácter perspectivista do existente, ou se este tem ainda qualquer outro carácter, ou se um existente sem explicação, sem ‘sentido’, não será um ‘absurdo’, ou, por outro lado, se todo o existente não será essencialmente um existente a interpretar - é o que não pode ser averiguado, nem mesmo pela análise e pelo auto-exame mais estrénuos e escrupulosos do intelecto. Isto porque o intelecto humano não poderá deixar de se ver, ao proceder a essa análise, através das suas formas perspectivistas, e só delas. Não podemos espreitar para trás do nosso próprio canto (...). Penso, no entanto, que estamos hoje pelo menos longe da risível pre-

sunção de decretarmos do nosso canto que só deste canto se podem ter perspectivas. Pelo contrário, o mundo voltou a tornar-se para nós, uma vez mais, ‘infinito’, na medida em que não podemos rejeitar a possibilidade de ele conter em si um número infinito de interpretações.” (Nietzsche, 1989: 65)

**SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS** - Entenda-se por Serviços Substitutivos toda a rede de atenção em saúde mental (ambulatórios, CAPS/NAPS, hospital-dia etc.), que se configuram como o reflexo, em nosso país, das críticas à prática institucional da psiquiatria. Têm forte inspiração na experiência italiana da Psiquiatria Democrática, de Basaglia, e visam, de um modo geral, humanizar o atendimento em saúde mental. (vide CAPÍTULO 1 - *Instituições e Desinstitucionalizações*).

**TEATRO-EXPRESSÃO CORPORAL** - O teatro é entendido como uma forma de expressão corporal, ou mesmo de uma criação corporal, na medida em que empresta meios expressivos ao corpo e a suas intensidades. Por outro lado, o teatro também *se* expressa através de um corpo, no sentido em que possibilita a encarnação de personagens, histórias, intensidades etc. (vide CAPÍTULO 3).

## Objetivos

### *Gerais*

Investigar, a partir de uma análise crítica sobre a temática da loucura, como técnicas corporais-teatrais incidem na relação que os usuários de um serviço de saúde mental de Blumenau têm com seus corpos e com os espaços que ocupam, e se isso, alicerçado numa resignificação e reapropriação de seus corpos-e-almas, possibilita movimentos de autonomização em suas vidas, rompendo com os múltiplos disciplinamentos que incidem sobre esses usuários, via práticas e discursos psi.

### *Específicos*

- Situar criticamente a temática da loucura, desnaturalizando-a e relativizando-a através de uma análise histórica e filosófica;
- Analisar os movimentos de questionamento à instituição psiquiátrica e situar os serviços substitutivos em relação a estes;
- Caracterizar o CAPS-Blumenau, em suas singularidades, como serviço substitutivo de saúde mental, bem como sua Oficina Terapêutica e o Grupo de Teatro;
- Problematizar a questão corporal, através de uma análise da medicação neuroléptica e de suas implicações na vida dos usuários, sobretudo quanto à atividade/passividade;
- Discutir algumas perspectivas teatrais, de modo a caracterizar o trabalho desenvolvido e suas implicações na experimentação com os usuários;
- Analisar como se apresentam os corpos-e-almas dos usuários na experimentação corporal-teatral e como isso se relaciona com suas vidas; e
- Relacionar experimentação teatral com movimentos de autonomização de vida.

capítulo um

# **Loucura**



# SOBRE A LOUCURA

*“Louco é quem queima dinheiro!”<sup>24</sup>*

## Introdução

Gostaria de traçar alguns movimentos e expor algumas dimensões da temática da loucura em nossa sociedade, inseri-la numa dimensão histórica, caracterizá-la como a construção de um acontecimento político, social, literário...

Esse intuito justifica-se sobretudo pela necessidade de estabelecer a loucura como território de discursos e práticas variados, num esforço em delinear um território-loucura: social, múltiplo e móvel. Que não se entenda isso como uma empreitada que objetiva a construção de um todo, uma totalidade —A Loucura, ou A Doença Mental. Muito antes, é um esforço de visualizar partes —figuras da loucura.

Esse esforço insere-se, ainda e acima de tudo, numa tentativa de contemporaneizar as discussões sobre o assunto, não pela assunção de “evidências factuais” —através do que só podemos ver a inexorabilidade de um percurso histórico que aponta para um suposto progresso da ciência e da prática psi—; mas pela reflexão histórica e filosófica que podem auxiliar na problematização do presente. Pois, afinal, pensar a loucura é problematizá-la, e, para isso, é preciso incursionar por campos de saberes, pelos discursos sobre a loucura.

De uma maneira mais geral, este capítulo contempla o império de uma antiga produção histórica, sempre renovada: a razão. E, se se trata de um capítulo sobre a loucura, é para situá-la numa relação de forças com a razão, marca da concepção moderna sobre a questão.

Enfim, neste capítulo sobre loucura, pretende-se conduzir a discussão na articulação da loucura com as temáticas da razão e da civilidade, a partir da consolidação da ordem burguesa, desde o final da Renascença; a diferenciação entre loucura e sua conseqüente institucionalização; a subseqüente crítica às instituições e os movimentos de desinstitucionalização; e, por fim, a criação de alternativas (os serviços substitutivos).

Para tratar da questão histórica da loucura, iniciaremos, então, pelos temas da Razão e da civilidade.



<sup>24</sup> Frase bastante usada por Tadeu (artista plástico blumenauense, realizador de uma oficina de artes plásticas no CAPS, e ex-marinheiro mercante), atribuída a seu capitão que, quando já estavam há alguns dias em alto-mar, e estando alguns tripulantes meio “estranhos”, tranquilizava os mais preocupados.

Movimento que se generaliza na Renascença, e que se intensifica e estabelece de vez no Século das Luzes, o primado d'A Razão introduz uma novidade na sociedade ocidental, que diz respeito ao deslocamento e à rearticulação de hierarquias sociais. Frente a uma sociedade aristocrática declinante, a burguesia vai se estabelecendo no cenário ocidental, ocupando novos espaços. A Razão será a condição de possibilidade à ascensão burguesa. Triunfa um estrato social que “se controla”, que se auto-controla (Elias, 1993).

Esta empreitada burguesa constitui-se no próprio movimento dessa classe (emergente) no campo social. É através dos costumes, ou melhor, de novos costumes que a burguesia irá conquistar espaços de reconhecimento na sociedade. No entanto, não podemos nos enganar: a burguesia não cria esses costumes, tão só insere-se num campo de possibilidades criado pelos mesmos.

Num livro bastante introdutório (*A Etiqueta no Antigo Regime*), mas nem por isso incompleto, Renato Janine Ribeiro (1990) apresenta um panorama dessas regras de conduta que remontam à Idade Média. Desse estudo, interessa-nos a sua análise sobre a normalização e a equiparação social. O autor coloca que, para que a nobreza do séc. XIV conseguisse se conter, foi necessário que adotasse formas “convencionais” de se expressar, de modo a reduzir a paixão. Em suas palavras:

A nobreza, enquanto se sedentariza nas cortes, procura dominar a sua violência. Para isso só há um meio: adotar um repertório de formas *convencionais* que permitam exprimir, de maneira aceita e reconhecida, os sentimentos intensos. Sem este repertório —que é a base da etiqueta— “a paixão e a ferocidade causariam a destruição da vida” (Huizinga, p. 48). (Ribeiro, 1990: 31)

É interessante notar que, sob a análise de comportamentos codificados - a etiqueta -, podemos ler, no citado livro, a longa história de dois processos que se interpenetram, consolidando-se mutuamente: o domínio das paixões e a formação de uma sociedade (entendido como tentativa de “equiparação” entre os indivíduos). Percebe-se uma lenta mudança na valorização social: o que é nobre? A sociedade de corte, com seus aspirantes à nobreza, irá difundir e alimentar a possibilidade de “enobrecer-se”, isto é: algo outrora estritamente vinculado ao sangue, à estirpe - ser nobre -, poderá, agora, ser galgado. E o percurso ascendente rumo à aristocracia passa, sobretudo, pelo domínio dos códigos, ou: se no sangue não há nobreza, que ela se evidencie na carne, no corpo. E é através das condutas que torna-se possível “exalar” nobreza.

Essa transformação das condutas responde a um questionamento que se faz freqüente: quem é quem. E Ribeiro responde: “Será a etiqueta, como indica a sua etimologia<sup>25</sup>, maneira de afixar em cada um seu rótulo, de tornar visível e estável a hierarquia social.” (ibid.: 87)

<sup>25</sup> Renato J. Ribeiro assim define: “(...) a palavra etiqueta (que nos vem do francês, cf. o *Dicionário Etimológico* de A. Geraldo da Cunha) quer dizer *rótulo*. *Étiquette* é originalmente um ‘escrito num saco de processo’, que servia nos tribunais para se identificarem os documentos, portando os nomes das duas partes e do procurador (1549). Em 1580 a palavra já se aplica a qualquer pedaço de papel ou papelão afixado a um objeto para indicar sua natureza, conteúdo, preço, etc. Em 1607, atesta o dicionário *Robert* um segundo sentido: ordem de precedências, cerimonial ou protocolo vigente numa corte.” (Ribeiro, 1990: 87)

A forma de um cortesão se fazer identificar com um nobre é, justamente, *não* demonstrar a sua procedência. Para quem almeja a ascensão é imperioso negar o que é (ou o que fora, ou o que quer deixar de ser). E não estamos falando de uma “identidade” psicológica —essa é posterior. Estamos falando do corpo, do gesto, do tom de voz, do cheiro... Estamos falando de auto-domínio, de um trabalho sobre si mesmo, segundo o qual se pisa sobre as idiosincrasias, para se elevar ao social: domina-se as entranhas para dar livre curso ao teatro das convenções. Mais do que nunca é preciso ter plena “consciência” de si, saber o que se está fazendo, como se está agindo... é preciso ser um observador atento de si mesmo, para não “escapar” nada que não seja reconhecido. E isso se intensifica ao nos aproximarmos do séc. XIX. Nas palavras de Ribeiro:

Nos romances da passagem do século XVIII para o XIX, é comum a oposição entre os prazeres sem freio e a sobriedade moral... Felicidade e prazeres se opõem, como a verdade às aparências, a intimidade ao vasto mundo, a família ao deboche. (Ribeiro, 1990: 100-1)

Os valores, as condutas anteriormente relacionados à burguesia oitocentista, já bem estabelecida, são a encarnação da moralidade. E é preciso entender essa afirmação em sua radicalidade: a moral está na carne do cidadão burguês, bem como em sua “consciência”. A moralidade burguesa do séc. XIX, que se reflete sobretudo na família e na vida familiar, relaciona-se diretamente com o Estado moderno. Governar-se para que o Estado seja governável. A questão da civilidade remete à política: pessoas civilizadas são governáveis. Ou melhor: pessoas civilizadas possibilitam um Estado governante. O domínio das paixões, a retidão da razão são as condições de possibilidade do Estado moderno e do capitalismo burguês.

No novo contexto “igualitário” inaugurado (ou sedimentado) pela Revolução Francesa, a forma de equiparação das pessoas centraliza-se nas condutas. Não mais o sangue; o comportamento. Herdeiro de um movimento que se inicia nas cortes dos séculos precedentes, o séc. XIX dará novo tom à etiqueta, ou melhor, a esse cabedal de condutas diferenciadas que visam, em última análise, a conferir *status* de civilidade a quem melhor domine os códigos.

Mas não são apenas regras. Muito além e aquém, constituem-se de um movimento - ou um anti-movimento - dos corpos, das vidas dessa burguesia emergente sedenta de ascensão social. A burguesia oitocentista há de se destacar pela sua moral: sua contenção. A contenção burguesa encontra-se referida ao território da razão. É ela um instrumento, um método.

Esse *processo civilizador* - para utilizar o tema-título do estudo de Norbert Elias (1993) - articula-se nos corpos e almas dos homens ocidentais, formando um sujeito de consciência. No entanto, como bem traça Foucault (1991), a trajetória da razão deixa atrás de si um rastro de discursos ocultos, de vozes murmurantes e de saberes denegados.

## Uma História de Domínio e Exclusão

O estabelecimento do homem de razão, que é levado a cabo, sobretudo, a partir do final da Renascença, não se fez segundo um suposto progresso natural da raça humana, nem por meios do esclarecimento e da aceitação. Não foi sem violência e exclusão que a Razão se estabeleceu no cenário Renascentista.

— Ah, a razão, a seriedade, o domínio sobre os afetos, toda essa coisa sombria que se chama reflexão, todos esses privilégios e adereços do homem: como foi alto o seu preço! Quanto sangue e quanto horror há no fundo de todas as “coisas boas”!... (Nietzsche, 1998a: 52)

Podemos encontrar em Michel Foucault, na sua *História da Loucura* (1991), as implicações da produção desse homem racional. E é na loucura, e nas investidas que se fez contra ela —na sua exclusão— que vemos Foucault traçar o tortuoso caminho da Razão, que fortalece sua voz às custas do silêncio do desatino. E é de uma forma bastante clara que este autor enuncia seu projeto: não se trata de fazer a história da psiquiatria e seu saber, que é um monólogo da razão sobre a loucura; mas traçar a arqueologia do silêncio a que foi reduzida esta última. (Foucault, 1994)

E, retomando a questão da Razão, Roberto Machado assim coloca:

O que descobre *Histoire de la folie* é um processo orientado e que tem uma direção precisa. O sentido deste processo, iniciado no Renascimento, é o de uma crescente subordinação da loucura à razão. Assim, *Histoire de la folie* é uma crítica da razão: uma análise de seus limites, das fronteiras que se estabelecem e se deslocam excluindo ou reduzindo aquilo que ameaça sua ordem. (Machado, 1981, p.90)

É evidente que a obra em questão (*História da Loucura*) abrange uma reflexão densa, e compreende uma diversidade de temáticas, não se limitando à discussão do que o autor denomina “Elogio da Razão” (Foucault, 1991, p.43), numa evidente paráfrase a Erasmo. No entanto, para o que nos interessa neste capítulo, focalizaremos esse “Elogio”, tentando acompanhar o pensamento de Foucault e sua análise da apropriação da loucura pela razão.

O movimento principal se dá no campo da experiência. Ou seja, é em como a Renascença experiencia a loucura —na sua tragicidade essencial e inexorável— e como passará, pouco a pouco, a experienciá-la —como erro, engano na ordem do discurso— que notamos a investida da razão sobre a loucura. Investida que se caracteriza por um lento e agressivo processo de apropriação e domínio. Uma apropriação pela neutralização de sua força ativa, e um domínio pela circunscrição em seu campo de saber.

A loucura que aparece nas imagens renascentistas (por exemplo, em Dürer e Bosch) como um saber terrível e essencial, como uma relação trágica do homem com o mundo, será remetida para o

campo da razão, e lá aprisionada. A Razão, então, volta-se para a loucura e já não enxerga aí um saber essencial; mas o próprio engano do saber. Se a Renascença mostra ser possível um olhar humano sobre o mundo, a loucura é o engano, a ilusão desse olhar. E é como tal que é neutralizada e logo enfraquecida. A partir desse momento (séc. XVII em diante) a loucura não falará mais por e de si, mas *será falada* pela Razão, para, mais adiante, falar *nos termos* desta última.

Para entendermos bem esse domínio, é preciso analisar as condições de possibilidade desse acontecimento. Aproveitando a visão de Foucault, olhemos um pouco esses regimes de luzes e sombras.

De um modo geral, é uma nova sensibilidade que está se delineando. Sensibilidade que reflete uma determinada experiência da loucura. Esta experiência aparece retratada na literatura da época (sobretudo séc. XVII). É um determinado discurso que essa literatura começa a privilegiar: aquele que vê na loucura o engano. Embora em Shakespeare e Cervantes a loucura ainda apareça como experiência trágica, são seus imitadores que, através da diminuição e desarmamento dessas imagens, darão uma idéia do que está acontecendo com a experiência literária da loucura (Foucault, 1991: 39). Para Foucault, podemos ver aí um índice da sensibilidade que se está transformando, uma outra experiência está vindo à luz, enquanto uma antiga começará a habitar uma região de sombras. O autor contrapõe uma experiência trágica a uma experiência crítica da loucura. Com relação a essas duas experiências, é possível encontrar a concepção foucaultiana de visibilidades: o que passa a ocorrer com a experiência crítica é um aumento de luz sobre si; enquanto que à experiência trágica é reservado o mundo das sombras.

Outro fator importante: trágico e crítico dizem respeito aos aspectos que definem essa sensibilidade em relação à loucura, ou seja, “(...) o que pôde ser sentido sobre a loucura e formulado a seu respeito no começo da Renascença.” (ibid.: 28) Daí que o autor irá sustentar a fragmentaridade da loucura na época clássica, pois: “Sob a consciência crítica e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília.” (ibid.: 29) Palavra chave: *ocultação*. E é essa experiência ocultada, denegada que Foucault verá ressurgir nas experiências de Nerval, Nietzsche, Artaud...

Essa nova sensibilidade é possibilitada por um novo espaço - o asilo - e uma nova prática - a internação -, ao mesmo tempo que os fortalece. E, juntos, criam uma visibilidade para a figura do louco e da loucura. O internamento, pois, diz respeito a um espaço e a uma prática que respondem a uma expectativa burguesa, a uma idéia de trabalho correntes principalmente no séc. XVII e que traçaram os limites entre o aceito e o não-aceito, entre o desejável e o indesejável, entre o permitido e o interdito. Sob a égide de uma razão cada vez mais instrumental e instrumentalizadora de uma ordem social, política e econômica, a loucura será percebida como entrave: entrave lógico no plano do

pensamento; entrave social à ordem burguesa das cidades; entrave econômico ao trabalho produtivo; e, finalmente, entrave moral a uma idéia de homem responsável e consciente. Torna-se, pois, problema de polícia, sujeita à vigilância.

Seria errôneo crer que esse acontecimento, o internamento, e seus efeitos, referem-se a um plano traçado e aplicado por uma abstrata burguesia. Muito antes, foram velhas estruturas que assumiram novos papéis; velhas práticas, novos fins; velhas categorias, novos personagens... A loucura, outrora - na Renascença - remetida a alguma forma de transcendência é agora, na era clássica, vislumbrada numa forma moral, plantada no terreno da ociosidade, subversora da comunidade de trabalho.

A velha maquinaria medieval de segregação dos leprosos foi reativada com outros fins, uma vez que, segundo uma outra sensibilidade, isolou outros personagens sociais, e por motivos diferentes: “A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético —de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência.” (ibid.: 56)

Esse aspecto traz à tona o caráter religioso da moralidade: é no âmbito da religião, tanto católica quanto protestante, que a miséria assumirá outro status:

A Igreja tomou partido, e fazendo-o dividiu o mundo cristão da miséria que a Idade Média em sua totalidade havia santificado. De um lado, haverá a região do bem, que é a da pobreza submissa e conforme à ordem que lhe é proposta. Do outro, a região do mal, isto é, da pobreza insubmissa, que procura escapar a essa ordem. A primeira aceita o internamento e aí encontra seu descanso. A segunda se recusa a tanto, e por isso o merece. (ibid.: 61)

Cada vez mais a pobreza será desmistificada; ela começará a fazer parte do “círculo da culpabilidade”. “Todo interno é colocado no campo dessa valorização ética —e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como *sujeito moral*.” (ibid.: 62) É nesse meio que a loucura se tornará visível, embora ainda misturada a toda uma constelação de ociosidades —mas em breve ocupará sozinha este universo.

Antes de ter o sentido que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas condenação da ociosidade. (ibid.: 63-4)

É numa certa experiência de trabalho que se formulou a exigência, indissolavelmente econômica e moral, do internamento. Trabalho e ociosidade traçaram no mundo clássico uma linha de partilha que substituiu a grande exclusão da lepra. O asilo ocupou rigorosamente o lugar do leprosário na geografia dos lugares assombrados, bem como nas paisagens do universo moral. Retomaram-se os velhos ritos da excomunhão, mas no mundo da produção e do comércio. É nesses lugares da ociosidade maldita e condenada, nesse espaço inventado por uma sociedade que decifrava na lei do tra-

balho uma transcendência ética, que a loucura vai aparecer e rapidamente desenvolver-se ao ponto de anexá-los. (ibid.: 72-3)

Tendo em vista o precedente, não é difícil deduzir daí a função inicial do Hospital Geral<sup>26</sup>: trata-se “de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa ‘falha’ moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O Hospital Geral tem um estatuto ético.” (ibid.: 74) E, fato interessante, a liberdade do interno diz respeito à assunção de uma certa ética —a ética do trabalho—: “O prisioneiro que pode e quer trabalhar será libertado não tanto pelo fato de ser novamente útil à justiça, mas porque de novo aderiu ao grande pacto ético da existência humana.” (ibid.: 74) Esse é o pacto de trabalho da sociedade burguesa, que se insere num ideário que faz uso das velhas estruturas do *Ancien Régime* para vertê-las em novas direções, rumo a outros fins. De fato é um novo olhar que observa a cidade burguesa, é uma outra percepção que tem como modelo um “mais novo” ideal urbano, com uma nova ordenação. E o internamento não só abrigará seus proscritos, como também, isolando-os, fará com que resplandeçam à luz, *os tornará visíveis*.

Os muros da internação encerram de certo modo o lado negativo desta cidade moral, com a qual a consciência burguesa começa a sonhar no século XVII (...). (...) À sombra da cidade burguesa nasce essa estranha república do bem imposta pela força a todos os suspeitos de pertencer ao mal. (ibid.: 76)

O internamento é o território onde, paulatinamente, da variada legião dos ociosos, restará um personagem bem específico (diríamos: especificado) e dignitário de todas as atenções: o alienado. “Nasceu uma sensibilidade, que traçou uma linha, determinou um limiar, e que procede a uma escolha, a fim de banir.” (ibid.: 78)

Essa região dos proscritos aparece como o grande reduto, a “pátria” dos excluídos do séc. XVIII, na qual os inconformes à razão serão exilados. O mundo burguês, sustentado por e sustentando os pilares da razão, através de um dispositivo moral, divisa os personagens (e seus saberes) contrários à razão, exclui, e, nesse gesto, torna-os identificáveis. Esse movimento é bastante patente no que Foucault chama de “Mundo Correccional”: vê-se aí, paulatinamente, serem abrigados, indistintamente, personagens os mais diversos. É assim que veremos o olhar seletivo setecentista condenar ao isolamento venéreos, sodomitas, devassos e homossexuais; blasfemadores, magos e alquimistas; suicidas; e libertinos. O grande palco onde estes poderão (ou deverão) encenar todo seu desvario é dentro dos muros do hospital. Esse espaço é o tapete por baixo do qual foi varrida a sujeira

<sup>26</sup> Em relação ao Hospital Geral deve-se tomar o cuidado de não ver nele um precursor do hospital psiquiátrico, como se houvesse uma evolução do hospital geral ao psiquiátrico. Não há como sustentar isso pois, em primeiro lugar, o hospital *não* é uma instituição médica e *não* está destinada à cura. Em segundo lugar, e derivando disso, o hospital psiquiátrico só será possível no momento em que a loucura for tratada como doença. A função do Hospital Geral, no século XVII, era a de “(...) impedir ‘a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens’.” (Foucault, 1991: 64) Ou melhor: “(...) essa ausência de cuidados médicos (...) põe o Hospital Geral quase na mesma situação de uma prisão.” (ibid.: 115)

(indesejável) da desrazão. Mas, talvez mais que isso, o mundo correcional deu forma à experiência de uma época: definiu os contornos de um personagem, e sobre ele aplicou seu foco:

Pois o internamento não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização. Suas práticas e suas regras constituíram um domínio de experiência que teve sua unidade, sua coerência e sua função. Ele aproximou, num campo unitário, personagens e valores entre os quais as culturas anteriores não tinham percebido nenhuma semelhança. (ibid.: 83)

Em suma: a época clássica descobriu um denominador comum, a insanidade, para experiências que durante muito tempo se encontravam bastante distantes umas das outras, e com isso engendrou, em toda sua originalidade, uma nova experiência. Vejamos como isso foi possível.

Esse “novo mundo”, delimitado por muros nada abstratos, abrigou em seu interior não estranhos, rostos desconhecidos e ocultos na cidade; mas sim, criou seus próprios personagens, “alterando rostos familiares na paisagem social a fim de fazer deles figuras bizarras que ninguém reconhecia mais. (...) pode-se dizer que esse gesto foi criador de alienação.” (ibid.: 81)

O séc. XVII começa a agrupar experiências díspares, e a bani-las. Estas experiências dizem respeito a três universos: à sexualidade (e sua relação com a organização da família burguesa); à profanação (e o surgimento de uma nova concepção do sagrado); e à libertinagem (e a relação que começa a se instaurar entre o pensamento livre e o sistema das paixões).

No tocante à sexualidade, podemos ver dois movimentos de transformação na percepção: a culpabilização dos venéreos e a condenação moral à homossexualidade. Em relação aos primeiros, o que se observa é uma mudança no tratamento aos venéreos através da imputação da culpa e o conseqüente castigo: “Esse mal não mais é encarado sob a perspectiva de um destino do mundo; ele se reflete na lei transparente de uma lógica das intenções.” (ibid.: 86) Vê-se aí uma cumplicidade entre a medicina e a moral. Em relação à sodomia e à homossexualidade, pode-se perceber, através de sua condenação, uma outra significação que diz respeito a novas relações no campo amoroso, que estabelece hierarquias distintas das praticadas na Grécia Antiga: a divisão agora é entre amor racional e o desatinado.

O que se observa, em ambos os casos, bem como em toda a problemática sexual da era clássica, relaciona-se ao estabelecimento da ordem familiar burguesa e de sua moralização. E não é por iniciativas estatais que isso acontecerá; é no próprio âmbito familiar que essa exigência toma forma. E, no caso do internamento —enquanto recurso disponível para garantir a ordem familiar—, serão as próprias famílias a pedi-lo (e obtê-lo). Em todo caso, não é a despeito de um poder do Estado que isso se efetiva, mas também não inteiramente por sua conta. O internamento responde a novas “exigências familiares”.



Todo aquele que feria essa estrutura [familiar burguesa] passava para o mundo do desatino. E foi assim tornando-se a forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família, um dia, poderá constituir-se no *topos* dos conflitos onde nascem as diversas formas da loucura. (ibid.: 92)

Retomando os universos que foram agrupados, passemos ao caso da profanação. O que se observa é uma neutralização do perigo que outrora representava: a fúria profanadora é vista como desordem insana. O mal não está mais ligado ao “obscuro”, mas sim ao *erro*, ao engano. É a razão que dá as cartas: “[a mágica] não tem realidade, mas cega os que não têm o espírito reto nem uma vontade firme. (...) toma lugar num sistema de erros (...) uma ilusão do espírito a serviço das desordens do coração.” (ibid.: 97) E é no âmbito do erro e da verdade que descobrimos o sentido do internamento:

(...) o de conduzir de volta à verdade através da coação moral. (...) o internamento tem a função de reforma moral em prol de um apego mais fiel à verdade. Há todo um aspecto, quase pedagógico, que faz da casa de internamento uma espécie de casa de força para a verdade (...). (ibid.: 99)

Finalmente, a libertinagem. Foucault coloca que ela não se constituiu como um “racionalismo nascente”; mas sim, pondo em questão a razão como um todo. Onde a razão quer ver territórios distintos, a libertinagem enxerga uma provocante fluidez, um passeio da loucura pela razão e vice-versa. Esse grito estridente nos ouvidos dos arautos da razão não será calado com argumentos, mas com o peso de uma moral implacável. E é a insuportável proximidade dos territórios que será sanada pela construção de “muros”. O metafórico e o concreto se confundem, pois a razão cinde uma experiência e encarcera seus protagonistas.

A antropologização, o humanismo iluminista do séc. XVIII responderá precisamente à libertinagem —essa “liberdade de pensamento”— que insiste em mostrar a tragicidade do homem, ou, mais ainda: sua escravidão primeira, seu desatino imanente, como em Sade: “os homens não são livres; acorrentados pelas leis da natureza, são todos escravos dessas leis primeiras” (citado por Foucault, 1991: 101) Sejamos nietzscheanos: os estômagos iluministas não agüentaram essa carne fresca e pulsante, já eram por demais requintados (humanos, demasiado humanos talvez) para conviverem com ela. A razão se desvincula do erro e do engano, assim como o cérebro irá condenar o coração. Descartes duvidou de tudo, exceto de sua máquina duvidante, assim pôde isolar o sangue quente das idéias mornas. É só na paz de seu mundo próprio —criado e mantido sob a ordenação de suas próprias leis— que a razão poderá subsistir. Ela é semente muito frágil para crescer em solo árido!

A loucura tem sempre um pouco desse grito rouco —que insistimos em não ouvir— que brada: não há progresso; só há ressurgimentos. O nosso olhar obstinado rumo a um futuro idílico quer ver caladas as vozes dos porões malditos. Robert Stevenson, em seu *O Médico e o Monstro*, é um bom exemplo disso: é preciso cindir o animalesco do civilizado, é preciso prender Mr. Hyde no laborató-

rio (no hospício, na clínica, no haldol...) para que Dr. Jekyll possa levar sua vida “normal”. No entanto, como bem nos mostra Stevenson, Mr. Hyde fascina Dr. Jekyll: é ele a vida pulsante que o Dr. viu amornar na civilidade londrina. A Razão separou-se de seus demônios, arrancando-os de sua *estadia no inferno*<sup>27</sup>, exorcizando e colocando-os sob o seu “evangelho”... Mas, na verdade nunca deixou de sentir aquele impregnante cheiro de enxofre que lhe era peculiar. E nunca conseguiu esconder totalmente sua atração pelo inferno e suas chamas quentes...

Descartes, em suas meditações, exclui o louco de saída. Mais precisamente, não o considera. Poderíamos ser tentados a pensar que o *cogito* cartesiano evitou a loucura para não sucumbir a ela. Nada mais equívoco. A razão herdeira desse cogito apropriou-se da loucura, tornando-a, sob o signo do negativo, sua própria condição de possibilidade.

À época clássica, a loucura é o não-ser, e o louco, a paradoxal materialização dessa não existência. E, talvez justamente por isso, tão inoportuno. É essa inoportuna proximidade que o internamento irá separar, cercar, obscurecer. Ele se coloca, pois, como a supressão do indesejável, como reclusão do nada ao silêncio.

A princípio, a loucura é abrigada no interior dos asilos, mas ela não está só. A idade clássica interna toda uma gama de “tipos”, que na verdade não são diferenciados, o que, a nossas vistas contemporâneas, parece equívoco: “(...) expatria do mesmo modo aqueles que teríamos tratado e aqueles

<sup>27</sup> Rimbaud desceu aos infernos (ou, pelo menos, até *sens* infernos) para de lá bradar seu grito, cuspir fogo. Ou melhor, falar para além do que era falado, escrever um testemunho do incomum. Esse tipo de testemunho é totalmente extemporâneo ao séc. XIX, pois este destilou os desesperos da desrazão na despótica melancolia do hospício. Das palavras incandescentes de Rimbaud, resgatemos seu grito inicial:

“*Uma Estadia no Inferno*”

Se bem me lembro, minha vida era outrora um festim - aberto a todos os corações, regado por todos os vinhos.

Um dia, sentei a Beleza no meu colo. - E a achei amarga - E injuriei-a.

Contra a justiça levantei-me em armas.

E fugi. Ó feiticeiras, ó miséria, ó asco - o meu tesouro foi confiado a vós!

Cheguei a dissipar de meu espírito o último traço de esperança humana. Num salto surdo de animal feroz, pulei sobre cada alegria para estrangulá-la.

Convoquei verdugos para, agonizando, abocanhar-lhes a coroa dos fuzis. Invoquei flagelos, para me sufocar nos areais, no sangue. Fiz da desgraça um deus. E me espojei na lama. E me estendi a secar na aura do crime. E andei pilheriando com a loucura.

A primavera trouxe a mim o riso horrível do idiota.

Mas, como estive ultimamente à beira de lançar meu derradeiro **vômito!** Pensei em reaver a chave do festim antigo, para nele talvez recuperar a fome.

A chave se chama caridade. - Essa inspiração é prova que sonhei!

‘Sempre há-de ser hiena, etc...’, reclama o demônio que me coroou de papoulas tão sutis. ‘Conquista a morte com todos os teus apetites, com teu egoísmo e todos os pecados capitais.’

Ah! Que os provei demais: - Porém, caro Satan, eu vos conjuro, um cenho menos carregado! E à espera de minhas pequenas covardias em atraso, arranco para vós que apreciáis no escritor a ausência de faculdades descritivas ou instrutivas - estas páginas odientas de meu caderno de maldito.” (Rimbaud, 1983: 49 e 51)

que teríamos preferido condenar.” (Foucault, 1991: 112) No entanto, apesar do Internamento ser conduzido por um mesmo gesto (exclusão), não existe um único destino aos insanos, uma vez que são recolhidos em dois tipos de instituições, duas estruturas asilares: o Hospital (certos hospitais, em que há um tratamento rudimentar, sem nenhuma vinculação com o que se conhece contemporaneamente por cura) e as Casas de Internamento (com a função de correção). No primeiro caso, os insanos recebiam algum tratamento (sangrias, purgações, etc.), em que vigorava uma consciência médica<sup>28</sup>; já no segundo, não é para serem cuidados que os insanos são para aí destinados, mas para aí passarem uma *temporada*: é a correção o que se busca com o internamento, isto é, eles devem se arrepender.

Essas características da era clássica indicam a presença de dois tratamentos da loucura (no sentido de relação institucional, de uma prática referente aos insanos) que se justapuseram nos séculos XVII e XVIII: um aborda a loucura como doença (e não devemos pensar aqui de modo algum em doença mental!); e um segundo, no qual a loucura resulta do internamento, do castigo, da correção. Hospitalização e internamento coexistem, sem que, em algum momento, haja alguma exclusividade entre essas práticas, apesar da prática do internamento ser mais comum em relação à outra. E é através desta coexistência que é possível compreender a condição do louco na era clássica, bem como a percepção que se tinha dele.

A Hospitalização procede uma localização da loucura através dos conceitos jurídicos, e percebe nela os traços da doença; o Internamento procede através de uma percepção social, e percebe a loucura como escândalo. A consciência médica, apesar de intervir na primeira forma, mesmo não sendo autônoma, não penetra na segunda - ainda que, posteriormente, venha a se valer dela.

O desenrolar dessas práticas em nada lembra a idéia de progresso que costumamos aplicar toda vez que seguimos o percurso de uma ciência. Pois, apesar de ser reconfortante para a medicina mental crer que a loucura sempre existiu (idéia de progresso), e que aqueles que foram internados eram realmente loucos (o que conduz a uma justiça médica), a história não ratifica esse progresso e não pode servir de “justificativa e ciência auxiliar na patologia das doenças mentais”. (ibid.: 119) No decorrer do séc. XVII não se avançou rumo a um maior reconhecimento do louco; mas sim embalarham-se os rostos, misturou-se o louco numa massa indiferenciada. A sensibilidade dessa época perde sua finura de diferenciação: “A perspectiva torna-se mais uniforme.” (ibid.: 121) E se no princípio do séc. XVII existiam instituições (asilos para insanos) em que os loucos eram abrigados, e nas quais eram preservadas suas singularidades, já na passagem do séc. XVII para o XVIII a consciência que se tinha da loucura não mais conseguia vê-la como passível de abrigo, mas como destinada à cor-

<sup>28</sup> Não se deve esquecer que os loucos eram tidos como “incuráveis” (Foucault, 1991: 115), e que a entrada do médico nessas instituições era devido ao medo das “febres das prisões”. Ou seja, a doença de que poderiam padecer es-

reção. E, nesse aspecto, o louco não goza mais de singularidade, misturando-se à diversidade dos correccionais. Nem por isso a prática de hospitalização deixou de existir, mas ela remete a “um estado de coisas superado”.

A mudança que se processou na era clássica não representa um suposto retrocesso (de uma maior diferenciação a uma menor diferenciação), muito menos a derrocada de uma consciência jurídica em favor de uma percepção social; mas sim uma maneira positiva, que engloba o louco (para além de sua singularidade) numa nova experiência. É essa dualidade entre duas estruturas asilares que bem marca duas experiências da loucura: uma experiência jurídica (que se baseia na consciência médica), e uma experiência baseada na percepção social. O que se observa é um distanciamento entre essas duas experiências, que há de conduzir cada vez mais rumo a uma “socialização” da percepção da loucura, ou melhor, o poder médico se viu cada vez mais afastado das decisões, e foi-se “socializando” o poder de reconhecimento da loucura. Pois, apesar de caber ao médico a diferenciação (digamos) teórica entre normal e insano, na prática, cabem a outras instâncias a decisão pelo internamento: magistrados, bispos, tenente de polícia... Até chegarmos às *lettres de cachet*, que nada mais são que a ratificação do rei a um pedido da família e/ou vizinhança. Ou seja: a loucura (no séc. XVII) “se tornou assunto de sensibilidade social” (ibid.: 128). Não mais reclusa em sua singularidade, a loucura, agora aproximada do crime, da desordem e do escândalo, é julgada.

Há uma defasagem entre teoria jurídica sobre a loucura (reconhecimento) e prática de internamento. Ou seja: a consciência jurídica (auxiliada pela medicina) e a prática social do internamento pertencem a dois mundos distintos, dois estratos diferentes, sendo aquela mais antiga - pois remonta à Idade Média, ao direito canônico - que esta. O que se forma, pois, é uma *consciência jurídica* da pessoa como sujeito de direito, inserida num sistema de obrigações; e uma *consciência social* do indivíduo como ser social, e seus parentescos morais que justificam sua exclusão.

Em síntese: tem-se a impressão de que “durante toda a idade clássica a experiência da loucura foi vivida de dois modos diferentes” (ibid.: 134): de um lado, forma-se um halo de desatino do sujeito de direito, em que é percebido em sua irresponsabilidade e incapacidade (enquanto doença), levando-o à interdição e que resulta numa limitação da subjetividade. Por outro lado, um halo de desatino do homem social, em que é percebido através de uma consciência do escândalo, e opera através da prática do internamento, resultando numa *culpabilidade moral, e na exclusão*.

O que se processa à época de Pinel e seus contemporâneos é tão somente “a reconciliação da consciência dividida do século XVIII”, ou seja, o homem alienado passa a ser “reconhecido como

incapaz e como louco” (ibid.: 132). Isto é, a reconciliação dos dois usos da medicina: capacidade do sujeito de direito e conduta do homem social.

Mas é no universo que os muros do internamento delimitou, nesta consciência social em que vemos surgir os porões da cidade burguesa da época clássica, que se tem acesso à percepção da loucura nesse período. Com um misto de comiseração e medo, o cidadão burguês se acostumará a ver esses rostos cada vez mais longe de si próprio.

Mas esse universo não resplandece a nossos olhos somente pela sua arbitrária negatividade de excluir. Em seu interior começa a surgir a positividade de demarcar e identificar.

Nesse sentido, uma questão pode servir de ponto de partida numa melhor compreensão do que representou o internamento: em nome do que os insanos eram internados? Certamente não sob a égide de uma coerência nosográfica. É, pois, sob um prisma de defeitos, em sua articulação com a vontade do homem, que a insanidade é percebida, ou, mais especificamente, “a loucura torna-se perceptível (...) na forma da ética.” (ibid.: 136)

O internamento possibilita-nos seguir esse movimento no qual a loucura à época clássica foi inserida no território da moral, onde aparece ligada ao Mal através da escolha individual e das más intenções. Em síntese: a loucura, através da vontade - poder individual do homem -, fixa suas raízes no mundo da moral.

Desrazão e razão são atravessados na época clássica pela temática da vontade. Essa vontade é um querer sair das quimeras, é a vontade de acordar. Portanto exclui aqueles que, complacentes com seu próprio estado de sono - os loucos -, não *querem* despertar. “[Na] razão clássica (...) a ética, como escolha contra o desatino, está presente desde o começo em todo pensamento ordenado. (...) Na era clássica, a razão nasce no espaço da ética.” (ibid.: 142)

O homem de razão é, pois, aquele que escolhe a vigília em detrimento do sono e, nesse gesto, diríamos, neste *deliberado* ato, ascende ao *cogito*: numa palavra, *humaniza-se!* Não é somente a razão, como produto final, que é constituinte do humano (em contraposição ao animal); também o é, e talvez sobretudo, a escolha que a ela conduz. De fato, não há razão sem a escolha ética que a implica. Por outro lado, veremos que há desatino lá mesmo onde a vontade conduz às quimeras, onde o pensamento se afasta da luz e soçobra nas sombras. A escolha ética pela razão é o índice de humanidade.

Nesta nova comunidade de homens livres que vai se estabelecendo, a partir da Renascença, em torno da razão, a desrazão resplandece em toda sua estranheza. E essa estranheza é remetida, na idade clássica, ao signo do inumano.

E tanto que nos séculos XVII ou XVIII não há margem para tratar-se a loucura “humanamente”, pois ela é, de pleno direito, inumana, formando por assim dizer o outro lado de uma escolha que possibilita ao homem o livre exercício de sua natureza racional. (ibid.: 144)

É na forma do escândalo que o inumano aparece na percepção da época clássica. E, em princípio, talvez seja uma das justificativas do internamento justamente combatê-lo: “Em sua forma mais geral, o internamento se explica ou, em todo caso, se justifica pela vontade de evitar o escândalo.” (ibid.: 145)

Mas esse escândalo tem duas modalidades de existência, devido a dois significados distintos que possui: enquanto na experiência geral do desatino ele é vergonhoso e oculto, na especificidade da loucura ele é exaltado. A loucura torna-se algo para ser mostrado. Mas, diferentemente da Renascença e sua perigosa proximidade, é de uma distância já estabelecida que se assiste ao espetáculo, pois ele toma lugar nessa região providencialmente preparada e isolada por suas grades. E, da mesma forma, aquele que assiste, está muito distante dessa caricatura que se dá a ver. Esse homem sem pensamentos, que as grades separam do homem racional, é percebido com os estranhos traços do animal: “A loucura extrai seu rosto da máscara da besta.” (ibid.: 150)

Dessa estranha metamorfose, emerge uma característica geral da loucura no Classicismo: a loucura como relacionamento do homem com sua animalidade. Mas essa animalidade não o aproxima da natureza; pelo contrário, “(...) o animal pertence antes à contranatureza, a uma negatividade que ameaça a ordem e põe em perigo, por seu furor, a sabedoria positiva da natureza.” (ibid.: 154)

Aqui novamente encontramos a defasagem de que falávamos antes: enquanto a análise científica e médica aponta para o naturalismo, as práticas sociais remetem a loucura à violência contranatural da animalidade. Ou seja, no internamento é essa animalidade que é posta em foco, é exaltada. Por outro lado, a “imoralidade irracional” das outras formas de desrazão é evitada, o que nos mostra a distância que se estabeleceu entre estas e a loucura.

Mas, em que sentido elas se diferenciam? E por qual movimento a época clássica evitou essa outras formas da desrazão? Principalmente porque esta ampla desrazão em sua reversibilidade direta com a razão deve ser esquecida, evitada, numa palavra: ela não tem (ou não deve ter) função para o homem clássico, não tem mais nenhuma lição a dar. Já a loucura, em sua animalidade manifesta, e em todas as suas significações mediadas pelo cristianismo, vem nos ensinar que “nada existe de inumano no homem que não possa ser resgatado e salvo.” (ibid.: 157) Mas essa mesma “culposa inocência do animal no homem” preparará o terreno para e tornará possível à loucura, posteriormente, ser tratada como “fato da natureza”, olvidando que já fora ela a própria *contra*-natureza.

Mas deixemos isso de lado, por enquanto. Pois nos séculos XVII e XVIII não é através da natureza que se reconhece a loucura; mas sim no universo da desrazão. Sendo assim, não devemos nos enganar: não é a loucura que compõe o âmago da experiência do desatino; é este que se constitui como substancial.

“O desatino é o suporte da loucura; digamos, melhor, que ele define o espaço de sua possibilidade. Para o homem clássico, a loucura não é condição natural, a raiz psicológica e humana do desatino; ela é apenas a forma empírica.” (ibid.: 159)

É através desta “forma empírica”, ou ainda, desta paulatina identificação que a era clássica pôde confinar a desrazão enquanto universo disperso e concentrá-la numa única figura. É fazendo incidir todo o desatino na figura do louco que a era clássica se protegeu da dispersão da desrazão.

Em síntese, a loucura acaba por percorrer todo o domínio da desrazão, unindo seus dois extremos: seu caráter de escolha ética e seu furor animal. Nas palavras de Foucault: “Acumulada num único ponto, a loucura é o todo do desatino: o dia culpado e a noite inocente.” (ibid.: 161)

E não é de se estranhar o desdobramento da loucura, no decorrer dos séculos XIX e XX, através do furor de sua animalidade e de sua ética da desrazão. É com o peso de uma herança, embora denegada, que antigas formas de consciência animam a psiquiatria moderna. E é por isso que o discurso da psiquiatria (*sua* história) fala somente de sua visibilidade atual, lançando ao passado uma perspectiva de unidade (a concentração da desrazão nas figuras da loucura) que só foi possível no século XIX. Vê a loucura em sua horizontalidade histórica, a se espalhar pelos séculos.

Por sua vez, Foucault lança um olhar vertical sobre a loucura, traçando seu caminho histórico em sua profundidade. Parte da superfície de visibilidade dos séculos XIX e XX - o asilo - e, como bom arqueólogo, investiga os estratos sobrepostos.

É através de uma arqueologia da percepção que Foucault chega a uma importante característica da loucura: ele identifica a coexistência de quatro consciências da loucura (crítica, prática, enunciativa e analítica), que tiveram seus domínios próprios, e também suas próprias espessuras nessa arqueologia que ele realiza. E se foi possível à psiquiatria do século XIX estabelecer uma unidade desses domínios - e o autor nos mostra que, de resto, não há unidade nas experiências do século XVI, XVII e XVIII, mas tampouco há algum mal-estar nisso - é porque esse saber positivo que é a psiquiatria revestiu com sua camada antropológica (índice de sua experiência da loucura) as outras experiências. E não é de se estranhar que, na superfície, só seja imediatamente visível essa consciência analítica, que escrutina um *objeto*, pois é disso que se trata a psiquiatria: a *objetivação* da loucura. No entanto, sem saber ou sem querer sabê-lo, ao invés de descobrir esse objeto, ela o herdou, herdando também toda a sua profundidade histórica. Foi no decorrer de um longo processo, e através de inúmeras estratégias

as, que a psiquiatria positivista do século XX pôde estabelecer, justamente, a loucura em sua positividade. Foi preciso essa exclusão primeira do internamento, essa enunciação perceptiva dos séculos XVII e XVIII - seu lirismo -, para que a loucura retomasse lugar na nossa cultura, para que ela se objetificasse. É por isso que o autor adverte: sob a coerente aparência de uma loucura imediatamente evidente enquanto prenhe de significados em sua manifestação - ou até mesmo naturalmente destinada a manifestar-se - subjaz um terreno encoberto (sobrepuesto) em que persistem uma consciência crítica; uma consciência prática; e uma consciência enunciativa.

São saberes que não se excluem, mas nem por isso coalescem numa unidade coerente. Jogam entre si o furtivo e sempre móvel jogo das necessidades, das urgências.

Pois a psiquiatria não nega as outras consciências, esses outros domínios da experiência; tão somente desconhece uma existência autônoma destes. Seu olhar sempre as unifica na figura atemporal da loucura. No entanto, e isso Foucault retrata no decorrer de toda sua *História da Loucura*, se o louco passou para o campo da doença - é um doente mental -, não foi porque a psiquiatria apurou seu olhar e enxergou o que nenhum saber dos séculos anteriores havia visto, neste objeto plenamente visível que é o louco. Mas sim, porque esse saber próprio ao século XIX - a psiquiatria - olha para o louco “do seu próprio canto” (Nietzsche, 1989: 65) e de lá, vê doença. A novidade da psiquiatria reside na possibilidade da conjunção desses domínios, outrora autônomos: uma consciência crítica que denuncia, que traça a linha divisória, colocando-se do lado de cá; uma consciência prática que divide e exclui; uma consciência enunciativa que aponta o louco com a serenidade de uma percepção, pois se sabe do lado de cá da linha, e é capaz de dizer de pronto: “Este aí é um louco”; e, por fim, uma consciência analítica que vê no espaço mesmo dessa divisão e partilha (o asilo) a inexorabilidade da loucura em querer se mostrar, em ter de vir à tona (ibid.: 166-8).

O conhecimento positivo da loucura nasce desse terreno, há muito preparado, de uma experiência em que a loucura é pura transparência. E se se pode vê-la, é porque é imanente a ela mostrar-se.

Este percurso, traçado por Foucault, toma pelo menos cento e cinquenta anos, ligando o internamento do séc. XVII à psiquiatria positiva do século XIX/XX. Mais ainda, possibilitando-a. A psiquiatria emerge, pois, num período em que na desrazão (identificada à loucura) não se reconhece mais (passado olvidado) a sua animalidade exaltada. Pois a loucura, desde então, exhibe sempre e a cada vez os indelévels traços de uma doença.

De terror itinerante, à liberdade escandalosa e preocupante, passando pela reclusão, a loucura adentra a era moderna com a patética face de ventríloca: e cada vez que o louco abrir a boca, será



outro quem estará falando. A loucura - agora doença mental - diz respeito ao homem: ela é a imagem do porão projetada na testa!



Não se poderia chegar a uma espécie de conclusão dessa *História*, analisada por Foucault. E o próprio autor nos dá essa indicação. Pois não se trata de um fechamento, e sim de uma abertura. O máximo que se pode inferir é que o século XIX é esse ponto de convergência em que foi possível, através da sobreposição de uma camada antropológica de doença, unificar quatro experiências da loucura que tinham, até então, domínios distintos de existência.

Não é possível, pois, fazer um fechamento, concluir. Pois chegar a uma conclusão seria criar uma artificial coerência. E não é disso que se trata. Pois seria muito leviano traçar uma continuidade em que a loucura atravessaria os séculos como um longo fio condutor que iria do final das “loucas barcaças” aos neurolépticos. Não é minha intenção traçar tal continuidade, e apontar o que vemos hoje, dizendo: “Vejam, desde sempre foi assim.” Mesmo porque não há nada mais distante de Foucault do que as continuidades; pelo contrário, o que lhe interessa são as rupturas. São elas que marcam os pontos críticos de uma época, e assinalam a percepção que esta tinha de suas temáticas essenciais. Foi assim com a loucura.

No entanto, mesmo não havendo continuidades, nem por isso cada época lida de um modo totalmente novo com suas temáticas, pois as descontinuidades não são totais. E se a razão e essa margem de sombra que lhe acompanha não se caracterizam como uma linha reta da Renascença aos nossos dias, nem por isso deixaram de estar presentes. Descontinuidades, desenvolvimentos paralelos, é disso que se trata. Foi assim com a loucura - em relação à lepra.

É por isso que esse acontecimento importante, que é o advento da razão, e que desponta no cenário ocidental na passagem da Renascença à era clássica, foi crucial na transformação histórica da experiência da loucura: é ele que marca a ruptura entre esses dois períodos históricos, indicando uma transformação na nossa experiência. Pois o pensamento racional traça novas fronteiras na geografia confusa das cidades da era clássica. O estabelecimento do “animal racional” se dá num novo habitat: na transformação das cidades - urbanização crescente -, que é regida por uma outra ética do trabalho e a conseqüente condenação da ociosidade. Este habitat possibilitou uma nova percepção social, que coexistia com uma produção teórica (principalmente um saber filosófico e jurídico, mas também, secundariamente, um saber médico).

Da exclusão da lepra à exclusão da loucura, passou-se da corrupção da carne à corrupção da mente (da razão). À época da Idade Média é a Deus que estão voltados os olhos dos homens, é ele a

medida, sendo o homem e a vida humana reflexos de sua ira ou misericórdia. O homem é um ser decaído que deve expiar sua culpa.

Depois da Renascença, quando começam a soprar os ventos do humanismo, o mundo como ordenação, como expressão do racional torna-se o centro. Nesse contexto é o homem de razão que é focalizado, só ele pode existir.

A Grande Internação do desatino marca uma nova moralização do mundo, através da domesticação pelo exercício da razão. As paixões humanas sofrem nova investida. A partir de então esse animal desregrado, que é o homem, só conseguirá sua ascese através do pensamento puro.

Mas existe (resiste) junto à razão (talvez por lhe ser substancial desde sua aurora) essa margem contrária, esse giro, esse negativo: desrazão. Ela envolve o homem numa experiência que é ainda a de sua cultura, que diz respeito, mesmo, a uma certa razão. Mas que, certamente, *não é racional*. É como *transgressão* que a desrazão subsiste e mostra-se com a máscara de seu tempo.

No entanto, e finalmente, não tentemos encontrar um rosto primeiro, uma face original dessa desrazão, na qual todas as máscaras se apoiariam: “Já não acreditamos que a verdade continue a ser verdade sem os seus véus - vivemos demais para isso.” (Nietzsche, 1987: 14)



Entramos (ou, pelo menos, eu entrei) na leitura de *História da Loucura* com uma sensação mal formulada, uma espécie de preconceito, que nos diz mais ou menos isso: - “Há que se salvar a loucura: ela guarda algo de saúde (no sentido nietzscheano), ela pode nos arremessar para fora do buraco tedioso da nossa sociedade”. É com esses olhos que trilhamos o percurso proposto pelo autor. No entanto, por mais que queiramos, a loucura não é salva. E isso - esse engano - nos impede de colher bons frutos da arqueologia foucaultiana. Pois, além de uma evidente “pré-disposição” de leitura, guardamos, mais ou menos confusamente, um profundo fastio pela matrona Razão. E, em nossas cabeças maniqueístas, não queremos vê-la como vitoriosa na disputa histórica.

Mas eis que, como disse acima, não encontramos a redenção da loucura nas páginas do livro de Foucault. No entanto, na medida em que lançamos um olhar radical sobre seu título, abre-se uma possibilidade de se sair dessa armadilha maniqueísta. Pois a loucura tem uma história. Não qualquer história, que poderia, por exemplo, contemplar uma visão evolucionista, como faz a história da psiquiatria. Mas uma história arqueológica, em que estratos se sobrepõem e se intercambiam. Uma história que não aponta para um possível avanço quando aportamos na era da doença mental; mas que nos dá indicações para refletirmos sobre as condições de possibilidade dessa nossa época, que sistematicamente circunscreve a loucura no território da doença; a doença da mente. Mais ainda: aponta

para nossa racionalidade e do modo pelo qual ela construiu seu edifício da Razão e como faz para garanti-lo contra o que se lhe opõe.

Nesse sentido, podemos falar consoantes a Roberto Machado: *História da Loucura* pode ser lido como uma “uma crítica da razão” (Machado, 1981: 90). Mas, então, como se dá essa crítica, pois não é a loucura o contraponto da razão?

Como foi exposto no decorrer deste capítulo, a loucura não é o contraponto da razão, ao menos a partir da era clássica. A loucura, em suma, foi incorporada à razão. E se há alguma forma de resistência, essa se dá nas outras formas da desrazão (ou do desatino).

A partir deste panorama, passemos às análises de Pélbart que nos ajudarão a aprofundar o conhecimento sobre a cisão consolidada pela razão, que expatriou a desrazão para o território da loucura, encerrando-a nessa clausura, bem como das possibilidades de experimentação do desatino que não as dessa loucura enclausurada. Este é, para Pélbart (1989) o seu trajeto e sua questão central:

O objetivo desse trajeto é abrir o pensamento ao desatino ao invés de enclausurar a loucura com certo conceito de razão, mostrando que há modos inexplorados de colocar-se sob o signo da desrazão sem por isso sucumbir à loucura. A questão é: será possível resgatar a dimensão desarrazoada da loucura - isto é, certos traços de pensamento, de experiência, de obra, de silêncio, de inconduta - e entrar no seu campo de irradiação sem extraviar-se? (Pelbart, 1989: 16)

# SOBRE A DESRAZÃO

## Loucura e Desrazão

A loucura, a partir do século XIX, achou-se condenada a dizer a verdade do homem. Todo o diálogo possível entre o médico e seu doente foi enquadrado numa gramática em que um fala do fundo de sua dor e desespero o que o outro não pode enunciar sob pena de perder sua saúde. Passamos, pois, a nos encontrar com a loucura no próprio terreno de sua iminente derrota: a cura. É de uma experiência interior que se trata agora. Uma experiência interior ao homem.

(...) essa estrutura antropológica de três termos - o homem, sua loucura e sua verdade - substituiu a estrutura binária do desatino clássico (verdade e erro, mundo e fantasma, ser e não-ser, Dia e Noite). (Foucault, 1991: 515)

Isso quer dizer que a experiência do homem com tudo que lhe é exterior é atravessada pela sua relação com a verdade, e, através dessa relação, “interiorizada”. O trinômio composto pelo homem, sua loucura e sua verdade fecha-se, enfim, numa circularidade antropológica, em que, afinal, só se trata do homem.

A loucura fugidia, que ameaçava arrastar o homem para os confins da noite é agora conjurada e aprisionada no interior. E de lá, toda manifestação possível será sempre doença. Todavia, nunca deixou (nunca deixa) de pulsar essa região de “silêncio sulcado de gritos, (...) silêncio da interdição, da vigília e da desforra.” (ibid.: 515)

E aqui recorreremos à colaboração de Pelbart (1989): como experimentar a desrazão sem extraviar-se?

Pelbart parte da reflexão de Foucault. Mais especificamente, do prefácio da primeira edição francesa (*Folie et Dérison...*) que foi suprimido da segunda edição. Nesse prefácio, Foucault coloca: “Não quis fazer a história dessa linguagem; mas antes a arqueologia desse silêncio.” (Foucault, 1994: 469)<sup>29</sup> É justamente deste silêncio que irá se ocupar Pelbart, quando propõe uma leitura da *História da Loucura* em dois níveis, sendo um “o da percepção (sobre a loucura) e o outro o do silêncio (da desrazão), na sua articulação recíproca.” (Pelbart, 1989: 65) Estes níveis representam dois vetores distintos: o vetor-loucura e o vetor-desrazão, que transformam-se, combatem-se, sobrepõem-se... (ibid.: 68). Em suma: “(...) a história da loucura é também a história dessa dissociação entre desrazão e loucura.” (ibid.: 68)

<sup>29</sup> Tradução livre de: “Je n’ai pas voulu faire l’histoire de ce langage; plutôt l’archéologie de ce silence.”

O autor propõe, ainda, que deixemos de lado a noção de desrazão, buscando, através dos interlocutores de Foucault, um conceito que possa desprender-se de uma relação imediata à razão, ou seja, o conceito de *Fora*. Em seus termos:

(...) se falamos de *Fora* ao invés de Desrazão (embora em certo nível sejam equivalentes) é porque esta última ainda está carregada de sua referência antitética à Razão. (...) mais abrangente e fecunda, a noção de *Fora* poderá nos oferecer um campo comum para situar, na sua relação recíproca, a Desrazão, a Loucura e o Pensamento. (ibid.: 74)

Esse *Fora* de que fala Pelbart - que é o desenvolvimento de um conceito a partir das idéias de pensadores como Foucault, Blanchot, Deleuze etc. - pode ser entendido como o exterior ao homem, aquilo que negamos, que tentamos controlar, a integrar a nós mesmos seja sob forma de loucura, sob a forma de arte ou (cl clinicamente) sob a forma de doença.

Para dizer a verdade, essa idéia [da loucura como o mal apagado na forma de doença] supõe inalterável o que, sem dúvida, é o mais precário, muito mais precário do que as constâncias do patológico: a relação de uma cultura com aquilo mesmo que ela exclui, e mais precisamente a relação da nossa com essa verdade de si mesma, longínqua e inversa, que ela descobre e recobre na loucura. (Foucault, 1999: 191)

O que nos interessa levantar a respeito dessa relação com o *Fora* é a sua existência persistente entre nós, no seio de nossa cultura. São essas fatias de caos que atravessam todas as modalidades burocráticas do cotidiano e nos expõem à estranheza, que não deixa de ser, a nossos olhares humanos, o próprio inumano.

A relação entre loucura-desrazão é marcada por uma vizinhança que muitas vezes nos conduz a confundi-las, uma linha tênue que nos impede de ver com clareza as especificidades do que é loucura e do que é desrazão. Segundo Pelbart: “É sempre um *quase* que transforma um desarrazoado (aquele que tem *relação com o Fora*) em insano (aquele que está *dentro do Fora*), um artista num delirante ou um delirante num pensador do *Fora*.” (ibid.: 172) E é justamente essa vizinhança que, para o autor, faz toda a diferença, numa forma de experimentação de relação com o *Fora* sem extravio. E é nestes termos que Pelbart propõe o pensamento do *Fora* como uma modalidade possível dessa relação: “O Pensamento do *Fora* é aquele que se expõe às forças do *Fora*, mas que mantém com ele uma relação de vaivém, de troca, de trânsito, de aventura.” (Pelbart, 1993: 96)

É neste trânsito, ou “vaivém com o *Fora*”, que Pelbart irá situar a principal diferença entre loucura e desrazão, sendo a primeira “mutismo e impotência”, e a segunda “volúpia e risco” (ibid.: 98). Sendo assim, a loucura aparece, no pensamento deste autor, como clausura do/no *Fora*, uma espécie de desmoronamento subjetivo num sem-fundo.

Isto pode ser exemplificado através de duas obras da literatura: *O Louco*, de Tchecov; e *O Alienista*, de Machado de Assis. Nestas duas obras encontramos exemplos de uma problematização do pensamento que arrastam seus personagens para a clausura.

Em *O Louco*, de Tchecov (1979), o personagem principal, o enfasiado Dr. André, vive o desmoronamento da superfície em toda sua profundidade (desmoronamento rumo ao sem-fundo). E, ainda que o autor deixe entrever uma certa “libertação” na loucura de André, é tão somente o exílio de uma sociedade hipócrita para uma pátria da dor e da monotonia sonâmbula.

Da mesma forma, vemos o Dr. Bacamartes, de *O Alienista*, de Machado de Assis (1959), em todo seu percurso de loucura. À medida que Bacamartes vai ganhando profundidade em suas pesquisas, à medida que a ciência das doenças nervosas vai se tornando mais clara para si, é quando todo exterior desaba numa profundidade interior sem volta.

É claro que ambos os contos nos permitem várias abordagens de análise: a loucura de Dr. André, por exemplo, é a loucura da miséria, do desamparo, do fastio frente à hipocrisia de uma sociedade burocrática, ignorante e decadente; a loucura do Dr. Bacamartes é o curto-circuito das idéias de um cientista obstinado, é a fadiga do “homem de ciência”, mas também é a própria loucura *desta* ciência (e a crítica de Machado de Assis à medicina alienista da época e seus doutos é implacável em sua ironia).

Esses contos, dentre tantos outros exemplos da literatura, permitem-nos visualizar na banalidade do cotidiano - pois, de resto, André e Bacamartes são médicos comuns de pequenas cidades - o desmoronamento, essa fronteira tênue entre relacionar-se com o Fora e se ver enclausurado nele.

Mas o que têm, afinal, os personagens da vida “real” a ver com tudo isso? De fato, os conceitos, muitas vezes, promovem uma abstração que pode nos dificultar a aproximação com algumas coisas “observáveis”. No entanto, é importante retermos as idéias de vizinhança entre loucura e desrazão (ou seja, existe outra forma de relacionar-se com o Fora que não seja enlouquecendo); e a noção de desmoronamento, como uma forma extraviado subjetivo que impossibilita, na maioria das vezes, o trânsito e a mobilidade.

Em todo caso, trata-se sempre da relação entre uma profundidade desmesurada e uma superfície temerosa. Trata-se de salvaguardar um mínimo de “paz de espírito”, de normalidade, de real, num mundo em eterna erosão. Trata-se de uma busca desenfreada de um si-mesmo que possa se afirmar sobre as ruínas desse outro estranho, louco... Trata-se de resgatar as fagulhas de sonho do abismo do pesadelo. Pois a desrazão, que nossa cultura transformou em extraviado e doença mental, arrasta-nos a essa região das sombras que nosso sonho de feliz ser humano rejeita, afasta-se e contra o qual obra infinitamente, construindo seus artifícios de distanciamento.

Como quando olhamos demasiadamente fixos ao espelho, ao reflexo de nosso rosto e já não sabemos mais que estranha forma pode se desenhar na aleatoriedade das linhas. É com esse espanto da instabilidade de um Ser, com essa vertigem de equilibrista percorrendo sem fôlego a linha do que somos, que fechamos os olhos, viramos o espelho e fazemos esse “estranho” desaparecer, tomando a *devida distância*.

Recusar o abismo é também e sobretudo condenar aqueles que se arriscam. É transformar o não-risco em virtude. A loucura é sempre vista, pelos seus “espectadores” do alto das arquibancadas da virtude.

Enfim, e retomando o que foi colocado no início deste capítulo, essa sociedade em sua corrida desvairada rumo à civilização/civilidade, sua busca de mais e mais humanidade, deixou atrás de si um rastro de inumanidade. Todo esse processo de vida em sociedade, de civilidade, de contenção, dene-ga aquilo que Nietzsche chama de “aspectos trágicos da vida”, ou mesmo essa porção de acaso, aquilo que não funciona segundo a mecânica das causas e dos efeitos. Mas isso não significa que o acaso (ou o Fora, como chama Pelbart) deixe de existir. Pelo contrário, ele apenas aparece com outras máscaras. E a nossa sociedade quer fazer incidir todo esse acaso em suas categorias próprias e manejáveis. Essa clausura do Fora encontra-se, já há algum tempo, burocraticamente gerenciada, através de uma infinidade de serviços que têm por objetivo tratar a doença mental. Pois, afinal, a loucura foi apropriada clinicamente, tornando-se assunto médico, e, portanto, necessitando de tratamento.

Falemos, pois, da loucura e sua necessidade de tratamento, ou então: a loucura, clinicamente apropriada pela noção de doença mental, é assunto da saúde.

# SOBRE A INSTITUIÇÃO

## Instituições e Desinstitucionalizações

Conforme foi visto, é no decorrer do século XIX que se consolida a medicalização da loucura, ou seja, que a loucura passa a ser vista como doença.

Mesmo que a institucionalização da loucura seja anterior à sua medicalização, há que se ressaltar a especificidade que assume uma instituição destinada a “tratar”, uma instituição eminentemente médica.

O que se modifica neste cenário é o papel do médico, que passa a encarnar uma relação de poder bastante específica: aquela que, no ato mesmo da sua aplicação, produz a verdade da doença. A institucionalização da loucura, pois, serve como artifício espacial que garante a existência de um território de exposição-expressão, e conta com um poder que se faz presente para melhor conhecer, e melhor conhecer para melhor tratar. Deriva daí que a doença mental seja propriedade do hospital, e que tenha como seu guardião o médico.

É interessante notar que essa relação de poder, cujo desnível médico-doente reproduz a divisão positivista entre o sujeito do conhecimento e o objeto a ser conhecido, sofreu várias críticas, as quais começam a surgir, segundo Foucault (1995: 123), desde o final do século XIX. Para esse autor, que agrupa os questionamentos ao poder do médico sob a rubrica de antipsiquiatrias, é possível divisar dois momentos dessa crítica: 1) primeiramente uma “despsiquiatrização”, cujas formas seriam expressas por uma “psiquiatria de produção nula” (a psicofarmacologia, por exemplo) e pela psicanálise, em que ambas se caracterizariam pela conservação do poder; 2) posteriormente, a antipsiquiatria propriamente dita, que se oporia a essas duas formas, colocando a questão do poder do psiquiatra no cerne da problemática da loucura, objetivando “transferir para o próprio doente o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura” (ibid.: 126). Das antipsiquiatrias, cuja luta toma como referência a estrutura institucional (marcadamente o hospital psiquiátrico), Foucault diferencia várias modalidades de combate ao poder: escapando dos jogos de poder, através de um contratualismo (e acrescentaria, marcadamente liberal) de Thomas Szasz; estabelecendo um local específico e próprio à suspensão desse poder, como a experiência de Kingsley Hall levada a cabo por Ronald Laing; até a progressiva destruição (do interior) do espaço institucional, nas iniciativas de David Cooper; e, por fim, na relação que estes jogos de poder estabelecem com o exterior (a comunidade), defendida por Franco Basaglia e seus colaboradores.



De uma maneira geral, Foucault irá caracterizar as investidas antipsiquiátricas como tentativas de romper com essa relação de poder-saber que a psiquiatria formou (e pela qual *se* formou!) em torno à loucura, e isso através da libertação desta, devolvendo ao doente a possibilidade de levar sua experiência até o fim, numa relação em que os outros só participariam no intuito de libertá-los (os loucos) das formas culturais (diagnóstico e sintomatologias) que fazem incidir toda loucura em termos de doença mental.

Um ponto em comum dessas críticas é o questionamento do manicômio, ou mesmo do hospital psiquiátrico. Locus por excelência do poder médico, o hospital (o tratamento em regime fechado) é questionado por sua ineficiência, pela alienação perpetuada a seus ocupantes, pela desumanização etc.

Vejamos esses movimentos mais de perto.

Partindo de uma das primeiras obras do pós-guerra que sistematiza, senão ainda uma crítica, ao menos uma revisão da prática psiquiátrica é a obra de Maxwell Jones, *A Comunidade Terapêutica* (Jones, 1972). Trabalho que resultou da experiência deste autor como psiquiatra no Reino Unido, de suas inúmeras decepções com a prática psiquiátrica de então (década de 1940) até suas experiências com “terapia de grupo”, num hospital psiquiátrico para militares na Inglaterra. A partir daí, e direcionando seu trabalho para a “reabilitação de seus pacientes, que Jones e seus colegas irão desenvolver o conceito de “comunidade terapêutica” (publicado em livro, no Reino Unido, em 1952), que se caracteriza pelo reconhecimento do potencial terapêutico da relação da “comunidade” hospitalar, isto é, pacientes e equipe. Esta mudança implicou num questionamento do poder médico, ou melhor, a importância deste estar aberto a críticas.

Além disso, outra idéia discutida por Jones é a de psiquiatria comunitária ou social, que visaria “envolver o paciente, sua família, os amigos mais chegados e os conhecidos, juntamente com os experimentados assistentes sociais, num esforço ativo para melhorar a situação.” (Jones, 1972: 21) No entanto, o autor leva sua crítica institucional até essa constatação da relevância da comunidade mais ampla, mas ainda sublinha a importância do hospital, mesmo porque:

Supor que o objetivo do hospital para enfermos mentais é reconquistar o maior número possível de pacientes para a comunidade externa é simplificar bastante a situação. (...) A presença do paciente psiquiátrico pode ter efeitos negativos na capacidade de segurança da família, para não mencionar o possível prejuízo ao relacionamento dentro da família e especialmente onde há crianças. (ibid.: 22)

Na França, ocorreu um movimento semelhante, a partir da década de 1950, com Daumézon, que ficou conhecido como Psiquiatria de Setor, ou “setorização”, e que difere em alguns aspectos das idéias de M. Jones, principalmente no sentido em que amplia, desde o início, a concepção de comunidade (extra-hospitalar) e enfatiza sua participação. As mudanças propostas objetivavam:

(...) a humanização dos hospitais e uma ligação, cada vez maior, com a vida da população. Isto implicava em: esvaziamento paulatino dos hospitais, através da criação de diferentes formas de atendimento distribuídas pela cidade, coordenadas por um sistema de estruturas diferenciadas de acordo com a diferenciação da demanda - conjunto institucional que estabelece uma continuidade entre o tratamento hospitalar e extra-hospitalar; circunscrição da população atendida por cada hospital e, mais tarde, por cada conjunto de serviços psiquiátricos. (Guattari, 1987: 32 - nota do tradutor nº4)

Com uma inspiração em Maxwell Jones (ao menos inicialmente)<sup>30</sup>, Franco Basaglia e colaboradores iniciam, no norte da Itália, uma experiência que estabelece uma crítica ao hospital psiquiátrico. O que ficou posteriormente conhecido como “Psiquiatria Democrática”, parte de uma concepção da psiquiatria como prática opressiva, como instrumento de opressão do Estado, cuja prática teria como efeito a alienação, principalmente, da classe trabalhadora improdutiva. A partir disso, propõe uma relação igualitária médico-paciente, numa fase ainda hospitalar, através da criação de assembleias nos hospitais, na tentativa de saber quais eram as necessidades dos loucos (Basaglia, 1979: 13 e ss.).

Essa experiência italiana, identificada na pessoa de Basaglia, caracterizou-se principalmente por seu caráter político - de inegável influência marxista -, cujo objetivo maior (longo prazo) era o de conferir cidadania aos loucos, através da reintegração social destes, que partia da comunidade, ou seja, da responsabilização desta por *seus* loucos - pois a loucura é a expressão de uma “crise vital”, que abrange as dimensões existencial, social e familiar. Neste aspecto, o trabalho era no sentido de humanizar e conscientizar os loucos, por um lado; e convencer a comunidade, por outro. O trabalho começou em Gorizia (cidade do norte da Itália, próxima à fronteira com a antiga Iugoslávia), na década de 1960, mas foi transferido para Trieste (na mesma região), dez anos depois. Em Trieste foi levado a cabo a idéia de “eliminar o manicômio” (ibid.: 17 e ss.).

Com outra forma de abordagem do problema, temos a vertente inglesa de crítica à psiquiatria, que é chamada de antipsiquiatria, e é representada pelos trabalhos de David Cooper e Ronald Laing<sup>31</sup>. Da mesma forma que Basaglia, os trabalhos de Cooper e Laing também apresentam uma constante inspiração marxista, entendendo a normalidade como alienação social e a loucura como uma desalienação. Daí a necessidade de “liberar a loucura” como uma forma de desalienar o sujeito. No entanto, e essa é a sua diferença da vertente italiana, essa liberação é levada a cabo através de uma “viagem” na loucura, cujo objetivo é levá-la até o fim (leia-se sem a intervenção repressora dos agentes psi).

<sup>30</sup> Na apresentação do livro de conferências de Basaglia no Brasil, os organizadores assim escrevem: “Basaglia, que já havia estudado a experiência de Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones, no Dingleton Hospital, na Escócia, começa a introduzir em Gorizia uma série de transformações.” (Basaglia, 1979: 7)

<sup>31</sup> Para Cooper, cf. principalmente o seu trabalho “clássico”: COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. 2ªed. São Paulo, Perspectiva, 1989. (Coleção Debates; 76). Outra obra interessante, que se embasa mais em experiências extra-institucionais: COOPER, David. *A Linguagem da Loucura*. 2ª ed. Lisboa/São Paulo, Presença/Martins Fontes, s/d. Para os trabalhos de Laing, cf. LAING, Ronald. *O Eu Dividido*: estudo sobre a loucura e a sanidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. E, onde é possível encontrar um “balanço” do seu trabalho: LAING, Ronald D. *Sobre Loucos e Sãos*: entrevista a Vincenzo Caretti. São Paulo, Brasiliense, 1981.

É importante, ainda, marcar uma certa diferenciação entre David Cooper e Roanald Laing: mesmo que ambos tenham se aproximado ao existencialismo sartreano (publicaram um livro prefaciado por Sartre), ambos se lançaram para outras “bandas”, sendo que Laing foi bastante influenciado pela psicanálise e Cooper parece ter se enamorado da teoria do orgasmo reichiana. Outra característica importante é que Cooper parece criticar mais os saberes psi que Laing; mesma forma, aquele resalta mais as experimentações pessoais (“resgatar o louco em cada um de nós”) que este.

De uma maneira geral, a antipsiquiatria (Cooper e Laing) propõe uma não-psiquiatria, uma dissolução da psiquiatria, do tipo: “Quem são os loucos? quem são os sãos?”, cuja “radicalidade” (se se pode chamar assim) Basaglia não atingiu. Essa não-psiquiatria sofreu diversas críticas. Para ficar num autor bem conhecido (e o último que será abordado aqui), temos as considerações de Thomas Szasz.

Este autor, mesmo encarando a doença mental como um “mito” - já que a definição psiquiátrica dessa “doença do cérebro” é infável<sup>32</sup> - discorda da antipsiquiatria, que não traria, afinal, muita novidade ao tema. Nas palavras de Szasz:

Em suma, na medida em que a Antipsiquiatria é uma continuação da tradição de tratamento moral em Psiquiatria, nada oferece de novo; na medida em que se constitui uma perspectiva política sobre a sociedade e um conjunto de diretrizes práticas sobre as relações humanas, é uma inversão de certos valores<sup>33</sup> e certas disposições ocidentais. (Szasz, 1978: 65)

De uma certo modo, Szasz parece estar totalmente embebido do liberalismo americano, o que se reflete na importância dada à questão da responsabilidade do doente por seus atos (o que a concepção de doença mental, criticada pelo autor, não permitiria)(Szasz, 1979: 230), visando a substituir um “seqüestro psiquiátrico” por uma espécie de contrato entre “adultos conscientes” (Szasz, 1978: 61). Uma de suas principais críticas é à internação involuntária, o que demonstra uma certa tentativa de Szasz de encontrar algo como uma “boa psiquiatria”.



É interessante notar que após um século em que prevaleceu a coerência da prática asilar (a “idade de ouro” de que fala Robert Castel), a psiquiatria adentre o século XX padecendo de um certo mal-estar, que só irá assumir o caráter de autocrítica após a 2ª Guerra Mundial, com a tomada de consciência, por parte dos psiquiatras, da importância da dimensão política na sua prática (Castel, 1978: 154). Daí que Castel irá caracterizar a crise da psiquiatria como crise *dos* psiquiatras, cujas antipsiquiatrias acima arroladas são bons exemplos.

<sup>32</sup> Cf., sobretudo, SZASZ, Thomas. *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979, em cuja conclusão escreve: “Tentei demonstrar que, atualmente, a noção de ‘doença mental’ não é cientificamente válida.” (ibid.: 230)

<sup>33</sup> Ou seja, apenas seria invertida a equação da sanidade em nossa sociedade, passando o louco de insano à são, e vice-versa.

No entanto, não se deve deixar iludir por uma perspectiva linear, como se a psiquiatria seguisse seu rumo evolutivo na história. Aliás, é esse o caminho mais frequentemente trilhado pelas histórias da psiquiatria, que mostram seu desenvolvimento através dos tempos. E, nesse aspecto, Castel contrapõe sua perspectiva histórica, que demonstra a coexistência de duas coerências presentes no sistema psiquiátrico: uma mais antiga, herdeira do alienismo; e uma contemporânea, inovadora. O autor mostra que a primeira apresenta-se mais sustentável que a segunda, com uma subterrânea permanência (talvez até mesmo primazia) paralela às inovações. Os movimentos inovadores - Castel situa o primeiro deles, na França, na experiência que desembocou na Psiquiatria de Setor - focalizam suas críticas principalmente na “instituição” psiquiátrica, instituição essa identificada por esses movimentos à estrutura asilar/hospitalar.

Entretanto, partindo-se de uma concepção de instituição como “(...) um espaço social, solução social de embates sociais que ultrapassam amplamente o quadro da problemática médica da doença e da saúde (...)” (ibid.: 177), é possível compreender porque é amiúde difícil sustentar a coerência das inovações do sistema psiquiátrico, uma vez que se elide (ou se mistifica) o papel estratégico que esse sistema opera em nossa sociedade, que, nos termos de Castel, pode ser caracterizado como “um aparelho complexo de exclusão e de reeducação nos diversos níveis onde continua a funcionar, frequentemente sob novas formas.” (ibid.: 177)

A partir disso, é possível compreender melhor alguns desses movimentos e de que forma eles influenciaram e influenciam as iniciativas em saúde mental no Brasil. Por outro lado, e mais contemporaneamente, não se deve negligenciar uma certa perspectiva de desenvolvimento técnico presente no *metier* médico, impulsionada sobretudo pelas neurociências e instrumentalizada pela psicofarmacologia, perspectiva essa que tende a recrudescer em relação à especificidade da saúde mental como campo médico especializado, cujas transformações se dariam através do desenvolvimento da ciência psiquiátrica<sup>34</sup>.

Na prática, o que se processa atualmente no Brasil é a implementação de redes de atendimento ambulatorial em saúde mental - sistematizadas em lei pela Portaria MS 224, de janeiro de 1992. São os chamados Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Esses serviços organizam-se de forma a compor uma rede de atendimentos composta por Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Hospital-Dia, Hospital-Noite, Lar Abrigado, Pronto Socorro Psiquiátrico etc.<sup>35</sup>, bem como os tradicionais leitos em hospitais psiquiátricos. Esta gama de serviços tem por objetivo substituir o manicômio clássico, leia-se aí, sistema fechado de tratamento com internações de longa duração.

<sup>34</sup> Cf. REVISTA USP. N.43 - Dossiê Psiquiatria e Saúde Mental. (set./out./nov. 1999). São Paulo: USP, 1999.

<sup>35</sup> Cf., por exemplo, o *Guia dos Serviços de Saúde Mental da Rede Integrada*, publicado pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em agosto de 1998. Outra referência é a revista *SaúdeLoucura*, n°1, cf. LANCETTI, Antonio et. al. *SaúdeLoucura*, 2ª ed., n°1. São Paulo, HUCITEC, 1989.

Tendo em vista a pulverização do atendimento em saúde mental que vem ocorrendo, talvez, ao invés de pensarmos em termos de poder psiquiátrico (encarnado na figura do médico, cuja crítica, como vimos, data pelo menos da década de 1940); talvez fosse mais profícuo pensar em dispositivo psiquiátrico, ou dispositivo-psiquiatria, ou mesmo dispositivo-CAPS. Ter essa noção dos serviços como instrumentalização a práticas que se encontram muito mais dispersas do que centralizadas em alguns profissionais ou em alguns serviços - isso, obviamente, sem recusar o fato de que os serviços de saúde mental, ao menos em termos ideais, objetivam uma convergência das práticas sobre a loucura para si - talvez nos facilite a estabelecer melhor a posição que os profissionais ocupam numa rede de relações mais ampla, que envolve familiares, vizinhos etc. Ver que os serviços também são “usados”, assim como os profissionais, mesmo que estes freqüentemente tentem (e muitas vezes consigam) impor a sua perspectiva. Ter esse outro olhar implica em evidenciar o funcionamento de um dispositivo-saúde mental, que ultrapassa em muito seus pontos bem localizados (por exemplo, o CAPS como visibilidade), e constitui um regime de funcionamento que tem muito mais a nos oferecer, como possibilidade de entendimento deste funcionamento, do que se fixássemos um ponto de “emanação” de todos os poderes, ações, práticas e discursos numa abstrata “psiquiatria”. A relação que se estabelece entre os profissionais e aqueles que o procuram é da ordem do jogo, muitas vezes da disputa e até mesmo da batalha.

Como fato ilustrativo, basta citar que, em alguns prontuários do CAPS, vê-se algumas famílias trazendo seu “louco” para a consulta psiquiátrica e requisitando internação, devido ao comportamento do sujeito (as famosas “crises”). Em alguns casos o médico não interna, prescrevendo a medicação e sugerindo o tratamento em casa. Então, vê-se que essa família retorna ao serviço, comparecendo a um P.A. (pronto atendimento, uma espécie de plantão do serviço), em que é atendida por outro profissional, e cuja queixa já se encontra acrescida de alguns relatos de violência, tentativa de suicídio etc. Se, então, também não for feita a internação, a família voltará num outro P.A., com outros detalhes do comportamento atual do sujeito. Ou seja, a relação paciente-família-médico é muito mais uma negociação, às vezes uma luta, do que propriamente um caminho de mão única: a autoridade médica. É claro que o poder do médico, ou mesmo de outros profissionais do serviço, é bastante diferenciado, maior, mas como e quando usá-lo depende muito da situação que está colocada. E, nestes termos, a família (muitas vezes auxiliada/forçada pela vizinhança) tem um papel fundamental.

Percebe-se, pois, uma dispersão dos discursos e práticas psi - que se nutrem de autoridade nos saberes da psiquiatria, da psicologia etc. - que traça o campo do possível, ou do necessário, no terreno da saúde mental. De certa forma, esses discursos e práticas estão próximos às *lettres de cachet* do período clássico, pois pedem emprestado um poder mais “legítimo” para fazê-lo incidir sobre um

membro da família que a está envergonhando; mas, ao mesmo tempo, bastante diversos destas *lettres*, pois têm como horizonte a saúde e é a ela que *todos* devem prestar contas.

Enxergamos hoje a violência das internações de outrora. Portanto, só internamos hoje se for para preservar a saúde do próprio paciente ou de seus próximos. E deve ficar claro que isso não nos permite dizer que praticamos a mesma internação de sempre. Mas, ao mesmo tempo, não devemos nos alvoroçar em crer no progressivo (leia-se, ascendente) desenvolvimento da medicina mental. O que isso vem demonstrar é que a problemática da loucura é outra para a nossa época - e isso, certamente, mereceria um outro estudo. Nossa sociedade atual enfrenta de outro modo os problemas em relação à liberdade física dos doentes mentais. Talvez por um mal-estar que as práticas do passado tenham provocado. Ou talvez, menos evidentemente, porque tenha encontrado formas mais “humanas” - logo, mais contemporâneas - de conter estes corpos. Pois, afinal, o que está em questão atualmente não é simplesmente *onde* estão/podem estar inseridos estes corpos; mas *como* eles devem estar.

Se concordarmos com R. Castel (1978: 180) em que a psiquiatria assume funções de um “aparelho específico de poder social”, perceberemos que as modificações dos saberes e práticas psi estão em relação direta com a própria sociedade em que estas se dão, seja por sofrerem suas influências, seja por lhe fornecer novos meios para novos fins - caso das inovações técnicas. De qualquer modo, é importante ressaltar que, assim como a psiquiatria não está fora da sociedade, a sociedade não é separável das práticas e saberes psiquiátricos. Isso quer dizer que mesmo a modernidade em tratamento mental (seja esse pró ou antipsiquiátrico) é uma possibilidade que tem na psiquiatria uma de suas responsáveis. O que há de mais marcante neste aspecto é a quimioterapia, principalmente o uso dos neurolépticos.

Em suma, e retomando o foi dito mais acima, a grande maioria dos frutos dessas transformações que se processaram no campo da psiquiatria não fazem mais que reafirmar a impossibilidade de lidarmos com a loucura que não em termos de doença; as práticas e saberes psi cultivam essa pretensão de circunscrever a loucura em seu campo de saber-poder. As nossas atuais doenças mentais, ou transtornos psíquicos, ou seja lá qual outra nomenclatura venha a ser proposta, refletem permanência de seu pertencimento ao campo da saúde, ou seja, é assunto médico e deve ser tratado. Isso implica que nossa sociedade não consegue pensar essa experiência para além ou aquém de suas práticas de saúde.

É preciso, pois, entender os serviços substitutivos dentro deste dispositivo de medicina mental, dentro desta preocupação para com a saúde, e vê-los como uma alternativa social (resposta a pro-

blemas sociais) de uma sociedade e de uma época que já não quer (ou já não pode?) ver seus “iguais”<sup>36</sup> trancafiados, quando deveriam ser tratados.

## O CAPS e seus Usuários

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Blumenau é tido como um Ambulatório de Referência em Saúde Mental, na estrutura de saúde do município, ou seja, acumula as funções de CAPS e Ambulatório. Atende uma clientela<sup>37</sup> que abrange pessoas portadores de transtornos psíquicos (neuroses graves e psicoses), etilistas e usuários de substâncias psicoativas. Sua transformação em CAPS (anteriormente era somente Ambulatório) permitiu a ampliação da equipe, a mudança de endereço, a montagem de uma cozinha e a construção e implementação de uma Oficina Terapêutica.

O Serviço de Referência em Saúde Mental de Blumenau iniciou na forma de um Ambulatório de Referência em Saúde Mental, que atendia principalmente usuários de álcool, provenientes do próprio quadro de funcionários da prefeitura. Posteriormente, passou a Serviço de Atenção Psicossocial-SAPS, com o conseqüente aumento da equipe e implementação da oferta de atendimentos. Finalmente, em função da demanda, o serviço constituiu-se como Centro de Atenção Psicossocial, incorporando, além de uma maior número de profissionais, uma oficina terapêutica.

Atualmente, o CAPS conta com 26 profissionais, sendo 2 psiquiatras; 1 médico clínico-geral; 5 psicólogos; 3 assistentes sociais; 2 terapeutas ocupacionais; 2 enfermeiras; 3 auxiliares de enfermagem; 3 auxiliares administrativos; 2 auxiliares de serviços gerais; 1 vigia diurno; 2 vigias noturnos. Está situado numa casa de dois andares na região central da cidade, e atende a mais de 9.000 pessoas cadastradas, sendo o único serviço desta natureza no Médio e Alto Vale do Itajaí.

O espaço físico do CAPS parece estar mais adaptado às atividades individuais (consultas) ou em pequenos grupos, que não envolvam grande movimentação. Existem quatro consultórios na andar de baixo, mais quatro no andar de cima, uma sala de grupo e um salão. O terreno em que se situa

<sup>36</sup> Dessa idéia de igualdade e tratamento, é possível tirar importantes implicações. Em primeiro lugar, ao mesmo tempo em que as transformações no atendimento em saúde mental “humaniza” o tratamento, expande o seu campo de aplicação a qualquer um, ou seja, a doença mental não se refere mais somente aos desafortunados que romperam com a realidade e devem partir para seu exílio; ela é corriqueira (quase cotidiana) e tratável. Em segundo lugar, em relação à necessidade de tratamento, em detrimento da reclusão, observa-se um recrudescimento da preocupação em separar os criminosos dos doentes, preocupação essa que encontramos em Foucault (1991) como denotativa da transformação da experiência da loucura (para doença mental), na virada do século XVIII para o XIX.

<sup>37</sup> As pessoas atendidas pelo CAPS, ou seja, sua clientela serão tratadas daqui para frente como USUÁRIOS, no sentido de usuários do serviço CAPS. Será discutida mais adiante a questão da designação dessas pessoas, isto é, por qual nome tratá-los? É necessário um nome? Mas já posso adiantar que a reflexão conduzida neste texto, bem como a prática que o embasou, apontam no sentido de “ir roendo” o edifício identitário que é aplicado sobre essas pessoas. Por isso, para efeito de caracterização geral, serão tratados como *pessoas*, quando for necessário diferenciá-las das pessoas em geral - pois, afinal, há práticas e discursos que incidem sobre o “louco” que são inerentes ao seu estatus - serão designados por *usuários* ou mesmo *loucos*.

a casa é bastante amplo, contando com gramado e um pequena horta. Apesar do espaço, a divisão deste não favorece muito às atividades em grupo.

De uma maneira geral, a principal procura dos usuários do CAPS é pelos serviços dos médicos, além das eventuais internações (principalmente pelos familiares), uma vez que o CAPS é vinculado ao SUS, e as internações, que ocorrem num hospital particular de Blumenau que tem leitos psiquiátricos, são pagas pelo convênio público.

Poderíamos dizer que co-existem no CAPS pelo menos quatro conjuntos de usuários distintos: um conjunto formado pelos etilistas (principalmente homens, com mais de 30 anos); outro, formado pelos usuários de substâncias psicoativas (principalmente jovens, em torno de 18 anos); outro, formado por pessoas diagnosticadas por depressão/ansiedade (principalmente mulheres, provisoriamente afastadas de seus postos de trabalho das fábricas da região); e um último conjunto, formado pelos “pacientes crônicos” (principalmente pessoas diagnosticadas por alguma psicose, que já passaram por internações psiquiátricas etc.).

Este último grupo constitui-se como bastante diferenciado dos outros três. Pois, utilizando a perspectiva dos outros usuários, poderíamos traçar uma linha descendente rumo ao “fundo do poço”, na qual eles seriam o último estágio (só não sendo “superados” pelos indigentes/moradores de rua com problemas mentais). São identificados, ou diferenciados dos outros, como sendo o “Pessoal da Oficina”, leia-se da Oficina Terapêutica.

A Oficina Terapêutica é a designação utilizada para um espaço física (a oficina) e um grupo de atividades. Na atual configuração do CAPS, é para ela que convergem os casos mais “crônicos”.

Os usuários mais assíduos do CAPS são, sem dúvida, o pessoal da oficina. Muitos deles vêm todos os dias. Eles representam os “casos” mais complicados do CAPS, principalmente quando à sua condição psíquica (psicose) é acrescida uma péssima condição social (pobreza) e familiar (rejeição). É desse pessoal que falaremos a seguir.

## A Oficina

A Oficina Terapêutica é composta por mais ou menos 25 vagas, sendo alternadas (em termos de participação) por mais ou menos 40 usuários. Desenvolve-se aí desde atividades de reeducação (andar de ônibus sozinho, higiene, educação sexual etc.) até atividades de artesanato as mais diversas: tear, pintura (em tela, em pano etc.), escultura em argila etc. Dependendo da disponibilidade de profissionais, realiza-se também atividades físicas como ginástica, dança, natação. E, algumas vezes por ano, são realizados passeios (praia, parques etc.).



O espaço físico da oficina caracteriza-se por duas salas de mais ou menos 20 m<sup>2</sup>, sendo que uma delas é uma espécie de “puxado”. O espaço é relativamente “improvisado”, contando com duas mesas grandes para refeições e atividades; um armário-balcão (tipo cozinha) onde ficam as louças e onde os usuários podem guardar suas coisas (guarda-pó, toalha, escova de dentes etc.).

Essas salas não têm espaço para atividades que envolvam movimentos. Sendo assim, o teatro e dança são realizados nas salas do andar superior, principalmente no salão, que é utilizado para qualquer atividade que conte com mais de 10 participantes: por exemplo, reuniões de alcoolistas, reuniões de familiares, reuniões de equipe etc. Sendo assim, é bastante disputada. Além disso, não é um espaço propício para uma atividade que envolve movimento corporal (espaço restrito, cadeiras, disposição da sala etc.), o que, na verdade, não se constitui num problema para os profissionais/usuários, pois existe uma idéia da oficina como “passa-tempo”. E isso se aplica especialmente às atividades físicas, pois estas não são “trabalho”.

De um modo geral, os freqüentadores da oficina são oriundos, na sua maioria, das camadas populares, alguns com dificuldades de subsistência, dificuldades de moradia etc. Devido a sua condição econômica, a maioria requer o benefício de gratuidade no ônibus, concedida na forma de uma “carteira de passe-livre”, fornecida pela Secretaria de Transportes do Município, por intermédio da Secretaria de Assistência Social. Cabe ressaltar que esse benefício é uma extensão daquele concedido aos deficientes físicos e mentais. Para conseguirem a carteira, os usuários devem ter uma certa assiduidade na oficina.

Voltemos às questões de subsistência e moradia, pois estas aparecem com bastante freqüência nos comentários dos usuários do serviço, pois estão vinculadas não só à precariedade de suas condições materiais, como também a uma necessidade e um desejo de voltar à ativa, leia-se voltar a trabalhar.

Para os usuários do CAPS de Blumenau, marcadamente os freqüentadores da oficina, o trabalho parece se constituir numa importante atividade. Não só em termos de subsistência material, mas também como uma instância de referência a uma “normalidade”, mesmo que muitas vezes isso se manifeste de maneira ambígua (quero e não quero). Explica-se: a cultura blumenauense parece ser atravessada por uma ética de trabalho<sup>38</sup> que pauta a maioria das relações sociais. Sendo uma das características das doenças mentais a incapacidade de trabalhar, isso recai sobre os “doentes” blumenauenses como um afastamento da normalidade. Não a preguiça; a incapacidade de trabalhar.

<sup>38</sup> Maria do Carmo dos Santos Bastos, num trabalho intitulado *O Discurso da Germanidade e a Empresa Força e Luz Santa Catarina S.A.*, situa essa questão nos seguintes termos: “O atual município de Blumenau foi originalmente uma colônia alemã (...). Neste sentido, todas as relações foram e são até os dias atuais, permeadas pelo discurso da germanidade que, entre outros aspectos, destacaria uma especial dedicação alemã ao trabalho (...). (...) um discurso em que o trabalhador alemão seria possuidor de qualidades positivas intrínsecas, essenciais e igualmente compartilhadas por todos.” (Bastos, 1997: 48)

Daí que uma das críticas mais freqüentes às Oficinas do CAPS seja a de elas não gerarem dinheiro, renda, isto é, de não serem trabalho. Isso não aparece só no discurso dos usuários: num almoço beneficente, em prol da Associação dos Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Município de Blumenau - AFAGUE-ME, em alguns “depoimentos” colhidos junto aos familiares e profissionais participantes, aparece reiteradas vezes esse desafio de integrar os usuários do CAPS ao mercado de trabalho, seja no próprio espaço da oficina, seja utilizando-a como espaço de profissionalização.

Da parte dos usuários, não parece haver muitas expectativas em relação à Oficina - exceto no que se refere às refeições! Por outro lado, a Oficina Terapêutica é, muitas vezes, um lugar bastante tedioso - o que resulta em críticas e auto-críticas dos profissionais, que questionam o estabelecimento/permanência de um único grupo de oficina. De um modo geral, a participação dos usuários se dá mais em termos de hábito e/ou obrigação. Apesar das iniciativas da terapeuta ocupacional, os usuários parecem, amiúde, ausentes em suas atividades.

No entanto, a oficina ainda se constitui como espaço de encontro, como possibilidade de atividades etc. Acaba funcionando, para muitas dessas pessoas, como uma regularidade em suas vidas, além de uma possibilidade de identidade. Em muitos aspectos e em muitos momentos, a relação usuários-oficina aparenta-se à manutenção de um espaço de neutralidade, se entendermos que nossa sociedade conta com vários dispositivos que tem como efeito a produção de regiões de neutralidade, muitas delas através da invisibilidade de seus ocupantes. Os mais evidentes parecem ser os hospitais psiquiátricos, os asilos para idosos (ou ancionatos), as instituições para menores infratores, etc. Mas também alguns espaços e práticas que foram criados (mesmo que contrário ao que fora idealizado) nos serviços substitutivos (neste caso, na oficina terapêutica). O que está em questão, pois, não é mais a exclusão (mesmo que ela efetivamente ocorra), mas uma neutralização do indesejável, isto é, gerenciar as características distonantes através de seu apagamento a ponto de tornar possível uma reinserção na sociedade normal. Criar espaços e práticas de restabelecimento da saúde.

Neutralizar (tornar neutro) é fabricar uma faixa de vazio (social, subjetivo etc.) uma espécie de limbo, em que seu ocupante está resguardado da danação (loucura, por exemplo), participa da vida social (ao menos de partes dela), mas com uma intensidade de vida muito próxima a zero.

Neutralizar é a melhor solução que temos para resolver o problema do desconforto que esses seres nos causam e nossa má-consciência em relação a isso. A integração esvaziada de intensidade garante a regularidade da vida social, sem comprometê-la.

Contrária a este grau zero de intensidade foi a proposta em se trabalhar com teatro, de formar um grupo. Da mesma forma, algumas iniciativas - originadas da insatisfação dos profissionais, so-

bretudo a terapeuta ocupacional - têm apontando nessa direção (por exemplo, um trabalho com dança e expressão corporal).

## O Grupo de Teatro

Quando se convive com usuários de serviços como o CAPS enfrenta-se um problema que diz respeito à denominação desses seres, ou melhor, desse grupo. Hesita-se um pouco em denominá-los doentes mentais, chamando-os apenas de doentes, como que produzindo um vazio nessa doença, um vazio ainda não ocupado por um território que possa abrigá-la. Doença sem objeto, doença só. A certeza de que algo vai mal, sem se saber ao certo “onde”. Por outro lado, através da proximidade com esses seres, é possível ver a impropriedade de se tratar com “doentes”.

Lembro-me, com certa freqüência, das primeiras vezes que vi “os loucos” de carne-e-osso: foi quando comecei a freqüentar o NAPS, em Florianópolis, junto ao psicólogo Marcos E. R. Lima. Nessa ocasião já tinha minhas expectativas devidamente desmistificadas para não esperar nada de extra-terrestre. Mas, todavia, é sempre algo surpreendente conviver com uma “categoria”: algo do mesmo tipo que “Os meninos de rua”, “Os marginais”, “Os traficantes”, também serve para “Os loucos”, esse jargão de jornal televisivo, que cria sua própria versão - feia e empobrecida - dos “seres imaginários” de Borges. Pois bem, eis que me via frente-a-frente com as categorias encarnadas e, qual surpresa, eram humanos! Inclusive bastante convencionais, comuns, cotidianos. Esse tipo de pessoa que forma o contingente invisível dos ônibus ou calçadas das cidades. E, neste sentido, fui aprendendo a conviver com “pessoas”, para longe de qualquer abstração, num corpo-a-corpo, ouvi-las, trocar experiências, fazer coisas juntos etc.

No entanto, algo os diferenciava. O psicólogo Marcos Lima chegou a um denominador comum, numa caracterização bastante feliz: usuários de drogas antipsicóticas, no intuito de nomear o grupo que nascia - o GUDA, um grupo destes usuários. Pois o que realmente diferencia estas pessoas, de outras pessoas freqüentadores dos referidos ônibus e calçadas, são essas substâncias cujo uso elas são levadas a crer ser indispensável para suas vidas.

Mas existe outro modo de se olhar para a questão da medicação e, conseqüentemente, outra forma de caracterizar essas pessoas. Há, sobretudo, esse modo, poderíamos dizer mesmo impudico, de escavação das vidas, que traça o percurso biográfico (algo como o “histórico da doença”, ou mesmo sua etiologia) em que fatos vão se encadeando e sendo significados de modo que tudo conduz à inexorabilidade da patologia e à necessidade da medicação: um caminho que os profissionais

psi conseguem visualizar, em toda sua extensão, em seu galope desvaído rumo à ruptura com a realidade.

No entanto, é necessário encarar diferentemente essas pessoas. Mas isso só se torna possível à medida que criamos um espaço de compartilhamento, de parceria; à medida que nos recusamos a conviver nos termos implicados nas designações de “doente” e de “usuário”; à medida em que o próprio convívio pede um outro nome, um nome próprio.

A formação do grupo de teatro foi bastante interessante, por permitir a proximidade (que desmonta os reducionismos quanto a esses seres) e por dar um outro *status* a essas gentes: componentes do grupo de teatro. Ou seja, um passo para fora do território da doença!

Inicialmente, pela própria natureza do grupo que propúnhamos - isto é, um grupo aberto -, transitaram vários usuários do CAPS por ali, participando um pouco, um dia, alguns encontros etc. Com o desenrolar do tempo, fomos percebendo (eu e o diretor, juntamente com o grupo dos mais constantes participantes) que essa alternância de pessoal prejudicava o andamento do trabalho, dificultando a continuação de um exercício, de uma encenação etc. Então, num encontro bastante conturbado, o diretor decidiu fechar o grupo com aqueles participantes mais freqüentes, o que causou muitos protestos, mas contornados com a promessa de abertura de outro grupo futuramente.

De forma similar, o primeiro diretor também começou a ter uma participação flutuante, até desistir, o que foi resolvido com a entrada, após mais de um mês sem ensaios, de um outro diretor (vide Capítulo 3). Com isso, podemos dividir o grupo em duas fases, referentes a cada um dos diretores (a diferenciação entre essas duas fases será feita no Capítulo 3).

Sendo assim, passo a fazer a descrição destes participantes mais freqüentes, que acabaram compondo o grupo de teatro, bem como dos dois diretores.

## Os Participantes

ANDRÉ<sup>39</sup>: é um rapaz de seus 25 anos, filho de professora, e que tem dois irmãos, segundo ele, bem sucedidos socialmente: uma irmã universitária e um irmão com um “bom emprego numa empresa”. André freqüenta o CAPS, segundo ele próprio, devido às suas “crises”, em que ficava revoltado, sobretudo com o pai e quebrava algumas coisas em casa. É um rapaz muito interessado, ligado nas programações da cidade, cinema, domingos-livres, feiras, desfiles etc. Quando o conheci, algo que sempre conversávamos era da sua insatisfação em relação a Blumenau, e seu encanto por Florianópolis. Completou a 8ª série, e já trabalhou na construção civil, onde foi muito humilhado (isso o

---

<sup>39</sup> Os nomes dos participantes do grupo foram modificados, preservando-se o gênero masculino/feminino. Esses nomes também serão usados, no CAPÍTULO 3, quando cito as descrições em diário de campo.

revoltava muito); também trabalhou como carregador, com um primo caminhoneiro, auxiliando-o. Relata bastante essa sua experiência, o que o possibilitou conhecer outras cidades brasileiras (Santos, Rio de Janeiro, Curitiba etc.). Tem uma certa dificuldade de dicção, que varia de acordo com a pessoa que com ele fala: quanto mais for tratado como “doente”, mais enrolada é sua fala. Queixava-se freqüentemente de não estar bem, de estar cansado, atribuindo muito desse seu estado à medicação. Nesse aspecto, desde seu ingresso no CAPS, não houve significativa modificação em sua medicação: toma um antipsicótico de depósito (20/20 dias), um anticolinérgico e um sedativo. Tem muitos planos, e acabou indo atrás de alguns deles: estudar e trabalhar, principalmente. No grupo de teatro, bastante envolvido e dedicado, mas também dispersivo. Corporalmente, um tanto lento, “duro”, muitas vezes sonolento.

NELSON: participante que “anexou-se” ao grupo posteriormente, em maio/99, dando uma revitalizada. Rapaz de 21 anos, estatura mediana, com um jeito meio estereotipado de andar, um pouco encurvado, bastante atento, ligado. É muito dependente da mãe, um pouco infantilizado em alguns aspectos. Freqüenta o CAPS, muito provavelmente, devido às suas “estranhezas”, o que lhe dá direito a um diagnóstico de esquizofrenia. Adora fazer imitações da TV (“Chaves”, as inúmeras “Escolinhas” etc.), irrompendo com alguns refrões, ou slogans de vez em quando. Muito empolgado com as coisas, cuja felicidade/animação, muitas vezes, parece que vai explodi-lo. Não tem muitos planos, e parece gostar de sua vida, exceto pela falta de uma namorada. Em relação a isso, em todos os lugares em que íamos, quando havia alguma garota, Nelson se apresentava e perguntava o nome e idade da moça. Apresentou-se, desde o início, bastante participativo e animado, contagiando o grupo. Em seu corpo não parece estar tão visível a ação de “trava” da medicação: sempre ativo, disposto, mas com uma certa dificuldade de coordenação de seus movimentos, às vezes muito estereotipados. Faz uso de um antipsicótico e um sedativo. Nelson adora histórias de imperadores (“Posso fazer o Júlio César?”), inventando/propondo temáticas para as apresentações. Foi o autor de uma das esquetes encenada na Fundação Cultural de Blumenau, sobre um *Saloon*, do velho oeste.

ANDRÉA: tem cara e jeito de menina, mas já tem seus 28 anos, tendo cursado até a 5ª série (também freqüentou a APAE por um certo período). Magra, um pouco encurvada, de olhar atento e muito faladeira, mas, corporalmente, tímida, fechada. Participante muito freqüente (quase nunca faltou), bastante interessada, apesar de dispersa, muito ativa também (não se vê tanto nela a ação da medicação). Sua principal “marca” são algumas repetições infinitas: “bucetinha”, “boiola”, “vampirinha” etc., que fala freqüentemente e com o olhar atento para ver qual reação que provoca. Trabalhava numa facção (malharia) e foi afastada quando começou a apresentar “comportamentos estranhos”, como, por exemplo, falar “palavrões” sem mais nem menos. Andréa não tem namorado

e nunca teve, e quando se fala para ela desse assunto, muda o semblante, fala sério, afasta-se do assunto, dizendo: “Tá louco!”.

MARIA: tem 30 anos. É muito tímida, e bastante fechada. Seu corpo é encurvado, e dá a impressão de que está amarrado, preso. Seus movimentos são lentos, seu riso contido. É interessante que o motivo de freqüentar o CAPS é justamente por suas “crises”, em que, muitas vezes, ficava “agressiva”, “andava nua pela casa”, “queimava roupas”. Olhando-a atualmente é de se perguntar onde foi parar toda essa ação. Faz uso, atualmente, de um antipsicótico, um anticolinérgico e um sedativo. Coursou até a 7ª série, tendo trabalhado na indústria têxtil, da qual foi afastada posteriormente, provavelmente devido à sua “doença”. Gosta muito de histórias, como contos de fada etc. Bastante criativa, mas com muita dificuldade de concretização cênica (corporal). Foi responsável por muitas das idéias de encenação, e autora de uma das esquetes encenada na Fundação Cultural de Blumenau, sobre um assalto a uma joalheria.

SOLANGE: mulher na faixa dos 50 anos. Tem o 2º grau incompleto. Gosta de ler e sempre se mostrou muito interessada no teatro, em decorar os diálogos. No entanto, apresenta sérias limitações corporais, desde rigidez muscular, até uma inércia quase invencível, o que dificulta sua movimentação cênica. Sua medicação atual é: um antipsicótico, estabilizador de humor e um sedativo. De aparência triste, faltou várias vezes por “estar mal”, leia-se muito deprimida. No entanto, participou de todas as apresentações, e gostava/empenhava-se muito nos ensaios.

IRACEMA: tem 51 anos. É gorda, provavelmente efeito da medicação que vem tomando há muitos anos (principalmente o lítio). Segundo ela, quando descobriu que estava doente e o médico receitou-lhe a medicação, “tomava tudo direitinho para sarar e não precisar tomar mais. Não sabia que era prá sempre”. Não queria tomar mais devido aos ditos efeitos colaterais. Ela fica o tempo todo “mascando a língua”, treme bastante e não tem muita flexibilidade (também efeitos colaterais da - síndrome extrapiramidal - da medicação, somados à idade). Ainda assim, segundo ela, é preferível tomar remédio, senão, “você entra nos restaurantes e come sem querer pagar, acha que é dona do restaurante”. Faz uso, atualmente, de um estabilizador de humor e um sedativo. Do grupo é a mais cronificada, além de ser a mais dedicada. Ela não escreve, e lê o suficiente para, por exemplo, dar conta das falas no teatro. Faz os exercícios o melhor que pode, mas as limitações corporais restringem seu desempenho. Ela já foi moradora de rua e hoje mora num abrigo para idosos, onde ajuda a cuidar de alguns deles. Seu olhar transparece lealdade e vontade de cuidar. É doce, com jeito de vó. É a mais velha do grupo.

IVAN: tem seus 35 anos, e já teve uma razoável condição sócio-econômica. Também tem uma boa escolaridade, tendo começado o 2º grau. É um pouco obeso, um pouco gordinho, e sempre pela manhã estava muito sonolento, desanimado (provavelmente pela medicação que tomava pela ma-

nhã). Tem um olhar sempre distante, e uma expressão de preguiça. Tinha boas idéias, mas sem muita vontade de concretizá-las. Participou apenas de parte da primeira fase do trabalho, de fevereiro a julho de 1999.

MADALENA: mulher de seus 45 anos, e com pouca escolaridade (4ª série). De participação bastante flutuante. De aparência um pouco sofredora e bastante cansada, ou vice-versa. Tinha dificuldades em perseverar nos exercícios sozinha, mas quando em dupla, principalmente com a Maria, apresentava-se mais incentivada e se envolvia mais. De estatura mediana, um pouco obesa (talvez mais um corpo “pesado”), aparentava uma certa “moleza” corporal: no andar, nos movimentos etc. Participou (como Ivan) apenas de parte da primeira fase do trabalho, de fevereiro a julho de 1999.

## ABERTURAS

Triste sociedade que, cada vez que quer ver delineado no rosto do louco os obstáculos a ser superados rumo ao progresso, só consegue ver ali o reflexo de seu fracassado projeto democrático, a inépcia de seu humanismo utópico. Todo o esforço ocidental em aplinar os critérios distintivos - seu afamado trinômio *liberté-égalité-fraternité*, os meios pelos quais essa sociedade dividia os “bons” dos “maus” - resultou tão só em novos critérios. E, nesse aspecto, é impossível não pensar como Nietzsche: foram os fracos que venceram. A revolta dos escravos na moral, é assim que se pode entender o Estado, a Justiça, a polícia, a psiquiatria... Uma burguesia temerosa de sua própria fraqueza tornada poder, dessa redenção dos instintos mais baixos, mais plebeus, teve que se agarrar a uma moral ferrenha e feroz, e aplicá-la indistintamente.

Dito isso, podemos prosseguir no que nos interessa: a civilidade aristocrática difere da burguesa, pois a própria *civilitás* - ciência de governar, mas também afabilidade, bondade, cortesia - é outra. Nietzsche irá diferenciar tudo segundo sua origem, sua proveniência. Portanto, uma civilidade que nasce em solo nobre será eminentemente ativa, ao contrário da plebéia.

O governo da cidade, na suposta democracia burguesa, é a generalização da cortesia, da bondade... em uma palavra: é a sistematização da passividade. Por quê? “São demasiado muitos os que nascem: para os supérfluos foi criado o Estado.” (Nietzsche, 1991-vol.II: 189)

As novas exigências que a civilidade burguesa coloca em questão irão se instrumentalizar em alguns dispositivos bastante específicos, espalhados na sociedade, e com espaços e modalidades de aplicação bastante distintos, cujo efeito último é a organização, a ordenação do sociedade burguesa. Essa organização se dá nos termos de uma nova forma de governo<sup>40</sup>, que tem na população seu objetivo final. O governo da população se dá através do que Foucault (1995) denomina de disciplinas<sup>41</sup>, ou seja: “Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe.” (Foucault, 1995: 291) Esse gerenciamento é um efeito da rede (microfísica) de poderes que compõe nossa sociedade. Mas o poder tem um ponto de aplicação específico:

O poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. E é justamente esse aspecto que explica o fato de que *tem como alvo o corpo humano*, não para supliciá-lo, mutilá-lo,

<sup>40</sup> Michel Foucault, num texto intitulado *A Governamentalidade*, analisa maravilhosamente bem o que ele chama de passagem de um regime de soberania a uma economia política (isto é, da arte de governo à ciência política), e que se processa na virada do século XVIII para o XIX (cf. Foucault, 1995: 277 e ss.)

<sup>41</sup> Foucault entende por disciplinarização da sociedade uma procura por “(...) um ajustamento melhor controlado - cada vez mais racional e econômico - entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo das relações de poder.” (Foucault, 1984: 312) [Tradução livre de: “(...) un ajustement de mieux en mieux contrôlé - de plus en plus rationnel et économique - entre les activités productives, les réseaux de communication et le jeu des relations de pouvoir.”]



mas para aprimorá-lo, adestrá-lo. (...) O que lhe interessa basicamente não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades. (Machado In.: Foucault, 1995: XVI - grifo meu)

capítulo dois

## **Corpo**

## INTRODUÇÃO

Deveria agora falar dos corpos e suas relações com a autonomia. Poderia mesmo adiantar que não encontrei autonomia, mas sim sujeição. Mas isso me jogaria no exato avesso da mesma simplificação, o que uma análise mais detida não sustenta.

Por ora, cabe situar a discussão sobre a questão corporal em termos de uma *construção*. Construção essa que se fez na relação com os participantes do grupo de teatro e no decorrer do desenvolvimento do trabalho. Ou seja, não há corpos dados de antemão, sendo a observação o acompanhamento de um processo, que dificilmente condiz com qualquer descrição a priori. É preciso aprender a ver os corpos, aprender a entender seus significados no contexto específico em que se inserem.

Portanto, para se falar em autonomia é preciso tomar esta categoria como ponto de partida e, a partir da contextualização do caso específico analisado (o grupo de teatro), recolocá-la nos termos próprios a este caso.

A sutileza do olhar, a fineza na observação, a distinção, como coloca DaMatta (aproveitando um exemplo de Geertz), entre um piscar de olhos (mecânico) e uma “piscadela marota” requer que cruzemos “os caminhos da empatia e da humildade.” (DaMatta, 1987: 173) Requer, também, que estejamos dispostos a abandonar nossas categorias - mesmo que seja apenas suspendê-las - quando elas não se mostram úteis para entender o campo no qual estamos inseridos. Em suma: perceber que o outro tem suas próprias categorias e que elas formam um sistema explicativo de seu mundo.

Mas, então, como tomar contato com esse outro olhar? Certamente não através da fala. Talvez através de uma relação de cumplicidade, que poderíamos aproximar ao que Deleuze sugere como um “remar juntos” (Deleuze, s/d(a): 12), no sentido de um compartilhamento: um estar *com*, olhar *com*, experimentar *com*... Essa relação de cumplicidade subentende uma proximidade, que, novamente não se estabelece majoritariamente pela fala - nesse sentido, somos estrangeiros. Trata-se de um espaço partilhado, de corpos que dividem uma mesma situação de experimentação.

Mas devemos proceder por partes. Inicialmente, é preciso entender que houve um deslocamento na concepção da questão corporal, que se refere à problematização desta categoria. Isso fica claro à medida que nos relatos do diário de campo transparece a ausência dos corpos, pois eles não aparecem, como se fossem invisíveis, como se meus olhos não os enxergassem. Pois, afinal, os corpos que procurava, aqueles que seriam dignos de anotações (pintados com as cores da autonomia)

não existiam a não ser em minha fantasia: uma mitologia de corpos autônomos. Foi preciso um aprendizado, um refinamento: tive de refinar o olhar.

Mas refinar o olhar não é somente ser um melhor observador; há que se ver diferentemente, há que se olhar de outra forma. Talvez seja mesmo necessário construir um *modo de ver*, uma perspectiva que torne possível a sensibilização do olhar, que permita sermos afetados pelo acontecimento. Acredito que isso seja um bom começo.

Não foi, todavia, o que ocorreu com a observação dos usuários do CAPS, nem das atividades do grupo de teatro. Isto é, não foi o começo. Havia, antes, a abstração dos conceitos. Eu estava obcecado pela autonomia. Tinha o intuito de ir em busca desses seres cujas vidas lhes escapavam das mãos, cujos corpos habitavam - inexoravelmente - o terreno da doença e da terapêutica. Observava-os na expectativa de visualizar o movimento dos corpos em busca de sua autonomia. Só que essas idéias de vida, de corpo, de doença e terapêutica, de autonomia... eram as minhas concepções: diziam respeito a minha situação de observador, a minha condição de psicólogo. Talvez não acreditasse que *eu* fazia parte de outra "cultura", pois a proximidade (ídioma, circulação nos mesmos espaços urbanos etc.) dificultava-me a enxergar a distância, o desnível em que nos encontrávamos. Talvez não me desse conta de que era outro corpo, entre corpos.

De tal modo que o relato de minha experiência com esse grupo pode ser interpretado como uma descrição de um processo de transformação do olhar: um "aprender-a-ver". Aprender-a-ver corpos que têm seu modo particular de existência.

No entanto, esse aprender-a-ver não é um ponto de partida, muito menos um mirante de onde poderia oferecer-lhes uma panorâmica desses corpos numa suposta nova verdade. Aprender-a-ver é a própria pesquisa, é o que há. O relato desse itinerário de aprendizado é esse elo que permite que me posicione entre duas "culturas", essa postura liminar que está na base da etnografia.

Partirei, pois, do que me parece ser uma das temáticas mais recorrentes do convívio com os usuários do CAPS: o corpo medicado. Pois não devemos nos iludir, achando que essas pessoas, quando se referem à sua condição, falem de doença mental ou loucura. O que permeia suas falas, suas preocupações, suas revoltas e elogios é o que sentem na carne, isto é, o binômio indissociável medicação-crise (ou surto). Pois se há, atualmente, práticas em saúde mental é porque pressupõe-se que haja um corpo doente, e se há um corpo que padece de alguma doença, ele deve ser medicado.

## MEDICAÇÃO

Podemos delinear, didaticamente, três posturas básicas em relação à medicalização da doença mental: a primeira, marcadamente médica, afirma a necessidade dos remédios psicotrópicos como terapêutica indispensável frente a uma patologia diretamente relacionada a uma disfunção neuronal; uma segunda postura, que poderíamos chamar de crítica, questiona radicalmente a medicação, perguntando-se de sua validade e necessidade frente a seus negativos efeitos colaterais, psicológicos e até mesmo sociais; por fim, numa espécie de meio termo conciliador, encontramos uma terceira postura, bastante ligada a um senso comum informado, que reconhece os malefícios dos efeitos colaterais desses remédios, mas que também reconhece sua premente necessidade frente a um fenômeno complexo para o qual não se tem solução melhor.

Essas três posturas têm em comum uma mesma característica: todas visam a uma solução da “problemática” da doença mental, tendo como horizonte formas de tratamento: tratamento de uma disfunção cerebral, “tratamento” (ou questionamento ao menos) de uma sociedade excludente, tratamento de conciliação entre ambos. E nessa perspectiva perdem o movimento dos corpos singulares, desconsideram ou mal interpretam as necessidades e opiniões dos principais implicados nisso tudo: os ditos doentes mentais. Pois, afinal, o que pensam eles da medicação?

Em primeiro lugar, é preciso ressaltar que não há um consenso, entre os usuários, sobre a questão da medicação: não só entre os diferentes usuários, como também num mesmo usuário nos diversos momentos de sua vida. Mas, de um modo geral, a quase totalidade - salvo alguns poucos casos - afirma a necessidade da medicação para sua vida, numa espécie de resignação consciente de sua condição de “doente”.

Isto fica evidente não só em relação aos componentes do grupo de teatro, mas também aos outros usuários do CAPS, cujas conversas informais revelam reclamações em relação a seus corpos: dores musculares, cansaço, desânimo, obesidade etc., cujas causas são remetidas aos remédios que tomam, sem que isso implique uma postura contrária à medicação. Inclusive, a interrupção por conta-própria da medicação acaba desembocando, na maioria das vezes, no surto, e ocorre num contexto da vida dessas pessoas que os profissionais de saúde e familiares vêem como um indicativo de que o usuário “já estava mal”, “entrando em crise”, o que leva a uma reafirmação da necessidade de seu uso. Em suma, mal necessário: “Ruim com ela, pior sem ela!”

De fato, a medicação forma uma circularidade que faz toda discussão partir e retornar a si. Parece ser esse ponto cego que inviabiliza alguma forma de transformação. Diferentemente do movimento pela extinção dos manicômios, o debate e, principalmente, as práticas em relação à medicação são quase unân-

nimes, no sentido da necessidade de sua manutenção. O que nos leva a pensar: seria a medicação *uma* das práticas sobre a loucura, ou teria ela se transformado no próprio determinante (delimitante) dessa enfermidade? Algo do tipo: Quem é louco? Resposta: Quem usa remédios (antipsicóticos). Ou, talvez, a medicação como o mais novo locus da loucura: anteriormente, sob o domínio do hospital psiquiátrico; atualmente, sob o efeito (domínio) da medicação psiquiátrica. O ambiente terapêutico não seria mais o hospital, mas o corpo medicado. *O corpo como o novo asilo.*

A medicação, atualmente, opera um curioso jogo de luzes: é ela que torna visível a doença e o doente, ao mesmo tempo em que é a cura e a salvação. O doente mental, em nossos dias, é aquele que toma medicação<sup>42</sup>. É aquele que usa neurolépticos e há de usá-los para o resto de sua vida. Interessante forma de identificação, pois se nos sécs. XVII e XVIII os loucos eram vistos e reconhecidos (pelos outros) através das grades do asilo, contemporaneamente, é o remédio a marca de sua condição. Estranho paradoxo: o que me cura é o símbolo sempre presente da minha doença.

Tradicionalmente, a medicação é a prática (farmacoterapia) que consagra o poder do médico sobre os corpos e mentes dos doentes. É importante atentarmos para esse segundo componente: a mente. Pois a medicação (como os hospitais, os ambulatórios, as consultas...) é a sempre presente chamada à atenção da consciência do doente sobre sua doença. Duas ou três vezes ao dia o doente é chamado a lembrar-se de sua condição. Tenaz e cotidiano processo de moralização e conscientização, que liga a(s) crise(s) passada(s) ao momento presente, que atualiza a cada dia o terror do surto. Medicar-se para não surtar. É através desse mecanismo que os médicos e familiares conseguem a adesão ao tratamento dos usuários. Apesar dos inúmeros “efeitos colaterais”. Pois, não nos esqueçamos: acima de tudo, há o corpo! É no corpo que a química da medicação age.

A farmacoterapia pode ser entendida como uma dominação corporal, a exemplo de uma ocupação territorial. Ela age enquanto milícia e política: enquanto os agentes químicos calam o corpo, o discurso médico garante o controle e a manutenção de um estado de coisas, a permanência do território ocupado. E, mantendo a metáfora, podemos ainda dizer que essa ocupação é ideológica, pois, em determinado momento do tratamento, o paciente assume o discurso do médico como seu: “- Eu dependo da medicação!”.

Estranho círculo identitário que envolve esse suposto doente mental: cada vez que agarra mais forte sua cura, tanto mais se sedimenta como doente. Mas há um mérito: ele é o “bom doente”, aquele que se reconhece como doente e investe em seu tratamento. Ele é, sobretudo, aquele que toma *corretamente* seus remédios!

---

<sup>42</sup> Contemporaneamente, a medicação tem-se tornado um importante recurso identificatório da doença mental.

A grande investida contra a loucura, principalmente a partir da década de 1950, com o advento de uma substância chamada clorpromazina, é a medicação, isto é, a terapêutica medicamentosa, a caixa de ferramentas da nascente Psiquiatria Biológica.

Ao se analisar os mais recentes estudos em psiquiatria, que lançam mão das últimas pesquisas em neurobiologia, neuroquímica e todos os “neuro” existentes, percebe-se uma tendência a integrar ao tratamento farmacológico aspectos psíquicos e sociais. Ou seja, paralelamente ao avanço dos remédios neurolépticos - também conhecidos como antipsicóticos -, que agem em dosagens menores, de forma mais precisa sobre o sintoma (em relação aos seus avós, os barbitúricos), tendo uma ação mais prolongada, vem se desenvolvendo uma “mudança” na concepção dos psiquiatras com relação à abordagem terapêutica. Segundo o entendimento destes, é necessário associar ao tratamento químico uma visão psicoterápica e socio-cultural. Em suas próprias palavras:

O extraordinário desenvolvimento das neurociências após aquela época [década de 50, quando foi descoberto o primeiro neuroléptico, a clorpromazina (Largactil)] permite-nos um avanço, ainda que bem modesto, mas promissor. E a psicofarmacologia não nos deve deixar negligenciar os outros componentes, psicoterápico e social, de uma estratégia global de atendimento aos psicóticos, que os neurolépticos terão contribuído largamente em inaugurar. (Ginestet e Kapsambelis, In.: Zarifian et al., 1995: 84)<sup>43</sup>

Isto nos mostra que a medicação, para além de seu ato inaugural, constitui-se como importante peça nessa “estratégia global” de atendimento ao psicótico e torna possível uma terapêutica da doença mental em espaços abertos, pois incide diretamente sobre o corpo destas pessoas, fazendo-as retornar - via química - a algumas regularidades da “vida normal”. Ou seja, os remédios são instrumentos químicos que garantem a obediência do corpo-e-alma do ser enlouquecido. Podemos entender a medicação como o grande campo que possibilita uma infinidade de outras práticas. E se existem preocupações psicoterápicas e socioculturais é porque a medicação, enquanto um instrumento de nossa sociedade, tornou-as possíveis, ou talvez, “pensáveis”.

Para que seja efetiva e quase inquestionável, vale lembrar que essa prática medicamentosa autoriza-se e mantém-se através de uma relação médico-paciente que é específica ao campo do saber médico: uma relação com o “paciente” que se baseia num saber e numa prática que o desautorizam em relação ao seu corpo. Em outras palavras, uma relação de autoridade, ou, se preferirem, uma relação de *poder* (essa discussão será aprofundada mais adiante).

Só que esta postura não se restringe à figura do psiquiatra, embora ele lha confira a cientificidade do discurso, que transforma, por exemplo, a desobediência à prescrição numa irresponsabilidade

<sup>43</sup> Tradução livre de: “L’extraordinaire développement des neurosciences depuis cette époque nous permet une approche encore bien modeste, mais prometteuse. Et la psychopharmacologie ne doit pas nous faire négliger les autres composantes, psychothérapique et sociale, d’une stratégie globale de soins aux patients psychotiques, que les neuroléptiques auront largement contribué à inaugurer.”

de em relação à saúde. Essa ação direta sobre o corpo através da química e o *status* do médico conferem à sua prática um caráter mais “verdadeiro”, mais respeitado. O que, pensando em termos de dispositivo psiquiátrico, não se restringe à sua figura, e, de uma maneira mais geral, diz respeito a todo o seu entorno, desde a equipe de saúde - psicólogos, assistentes sociais, atendentes etc. - até, ou mesmo principalmente, os próprios familiares e vizinhos. Pois, acima de tudo, esse corpo cuja mente adoeceu (visível através de seus comportamentos “estranhos”, suas “crises”) assume socialmente uma significação de incapacidade, resultando na constatação de sua impossibilidade de gerir a própria vida. Isso não aparece somente, no caso dos usuários do CAPS, em relação à medicação, mas também a respeito do dinheiro (muitas vezes as próprias aposentadorias por invalidez), horários, alimentação etc. Uma vida monitorada, um corpo cuja vontade está frequentemente atrelada ao risco: risco para si (numa versão pretensamente altruísta), e sobretudo risco para os outros.

A medicação assume a função dos elos dessa infundável cadeia de impotências múltiplas. E que, por paradoxal que possa parecer, oferece uma certa “tranquilidade”, que os próprios usuários afirmam. Porque, afinal de contas, a doença mental incide num corpo culturalmente formado. A vida deste “doente” na sociedade é atravessada pelas significações dessa doença. E a medicação é a resposta dessa mesma sociedade para esses seus membros desgarrados.

Passarei, agora, a uma discussão sobre as substâncias utilizadas, a química sobre os corpos, para tentar resgatar as significações do corpo-louco e do corpo-medicado na nossa sociedade. Farei isso a partir das questões colocadas pelos usuários do CAPS, suas falas, seus corpos.

Todas as manhãs em que ocorriam as atividades de teatro eu percorria com meus olhos, rapidamente, os rostos e corpos dos participantes. Havia ali a expressão de uma inércia angustiante, um cansaço que parecia transformar qualquer movimento minimamente diferente do andar-falar-sentar-comer num desafio descomunal. Assim que os exercícios eram iniciados e com algum tempo de insistência, o quadro mudava um pouco. Mas, frequentemente, apareciam reclamações em relação ao corpo, ao cansaço, ao desânimo. Mesmo que partissem mais de um determinado componente do grupo, os outros pareciam partilhar uma muda concordância de que o corpo estava esvaziado de vontade, estava imobilizado. Seria fácil chegar a algumas conclusões psicologizantes. Mas é preciso ter esta clareza: a imobilidade pensada é muito diferente da imobilidade vivida. Ouçamos esta última.

Muitas vezes eram reclamações genéricas, mais direcionadas à atividade que propriamente a alguma causa impeditiva da atividade. No entanto, em alguns momentos, vinha à tona, numa espécie de desabafo, a problemática da medicação. Paradoxo lancinante, espécie de hóstia sagrada da saúde mental: o remédio-nosso-de-cada-dia-Amém. Como praguejar contra a prática mais cotidiana de mi-



nha vida, aquilo cuja periodicidade e regularidade não pôde ser quebrada em nenhuma hipótese? Como pôr em xeque o inevitável?

A medicação incide nesses corpos com a força daquilo que lhes é essencialmente necessário, aquilo do qual não se prescinde sob pena de pagar um alto preço. Aquilo que ajudou a me arrancar de uma vida miserável e descontrolada, de todas as condutas vexatórias e escandalosas, me arrancou de toda recusa, fez/faz cessar o terror das “crises”. Numa palavra: reintegração familiar, comunitária, social - mas em outra posição: na posição de doente.

Repetindo o que já foi dito acima: a maioria dos usuários “reconhecem” a importância da medicação, aceitam (ou são catequizados a) tomá-la apesar dos efeitos colaterais. No entanto, os comentários acerca da medicação se iniciam a partir desses efeitos “indesejáveis”. E é a partir deles que quero conduzir uma rápida discussão sobre, principalmente, as medicações antipsicóticas.

Os efeitos colaterais mais comuns e mais reclamados são os causados pelos psicofármacos de ação anti-psicótica (ou, simplesmente, antipsicóticos), que provocam uma reação chamada “síndrome extrapiramidal”, que aparece principalmente na forma de tremores, rigidez muscular e inquietação. No seu manual de consulta rápida sobre os psicofármacos, Aristides V. Cordioli assim caracteriza a síndrome extrapiramidal:

É um quadro que se manifesta por: a) *Acatisia* (sensação subjetiva de inquietude motora e dificuldade de permanecer imóvel, seja sentado ou em pé). (...) b) *Distonia aguda, distonia tardia, discinesia tardia e parkinsonismo* (diminuição dos movimentos dos braços, da expressão e das mímicas faciais, marcha em bloco com compulsão e retro-pulsão, rigidez, tremor de extremidades, tremor da língua e hipersalivação, bradicinesia, acinesia e sinal da roda dentada). Deve-se ao bloqueio das vias dopaminérgicas da substância nigra e do núcleo caudado, causado pelos antipsicóticos. Todas as drogas que tenham alguma ação que levem ao bloqueio ou diminuição da dopamina em nível da via nigro-estriatal podem provocar extrapiramidalismo. (Cordioli, 1997: 217)

A síndrome extrapiramidal, como coloca Cordioli, é uma consequência do bloqueio de um neurotransmissor (substância que faz a “comunicação” entre os neurônios) denominado dopamina, sendo que esse bloqueio dopaminérgico é também o próprio responsável pelo efeito terapêutico da medicação. Ou seja, enquanto um excesso de dopamina está relacionado às psicoses, a sua diminuição pode levar ao extrapiramidalismo.

De fato, a dopamina, e suas possíveis implicações nos comportamentos humanos tidos como “psicóticos”, constituiu-se como base para as principais hipóteses (ou, ao menos, as mais sustentáveis até agora) das causas neurológicas das psicoses. Portanto, falarei dela.

## Dopamina

No esforço explicativo das causas das doenças mentais, as pesquisas neurobiológicas têm apresentado diversas hipóteses que apontam certas vias neuronais como responsáveis por determinados aspectos do comportamento. Neste sentido, as principais explicações acerca das causas orgânicas das psicoses relacionam-se à dopamina, uma vez que a ela são remetidas as mediações cerebrais responsáveis pelas funções motoras involuntárias (no sistema nigro-estriatal), pelo controle hormonal (no sistema túbero-infundibular) e pelo controle das emoções, funções cognitivas e humor (no sistema límbico) (cf. Ginestet e Kapsambelis, In.: Zarifian et al., 1995: 81)

Fato interessante é que as pesquisas e conseqüentes descobertas sobre os medicamentos com ação anti-psicótica foram desenvolvidas a partir das substâncias e seus efeitos “tranqüilizantes”<sup>44</sup> em animais experimentais e seres humanos. Não houve, em sua origem, um conhecimento das “causas”, estritamente falando, das doenças mentais para então propor uma medicação específica. Foram realizados testes empíricos e, a partir deles, deduzidas hipóteses de funcionamento neuronal que responderiam à ação das substâncias aplicadas. Segundo Zarifian:

É (...) a partir do mecanismo de ação suposto dos psicotrópicos que as hipóteses bioquímicas são aplicadas ao homem. (...) É porque os neurolépticos que agem sobre os sintomas de agitação motora e alucinações nos esquizofrênicos bloqueiam a transmissão dopaminérgica que levantamos a hipótese de que a esquizofrenia está ligada a uma anomalia de transmissão da dopamina. (Zarifian, In.: Zarifian et al., 1995: 75-6)<sup>45</sup>

e continua mais adiante,

(...) um medicamento psicotrópico não combate as causas dos problemas psíquicos, que são desconhecidas. Eles tratam os sintomas, ou seja, seu quadro emergente.” (ibid.: 76)<sup>46</sup>

Neste sentido, a história da descoberta da clorpromazina, primeira substância utilizada com grande eficácia no tratamento das psicoses, é paradigmática. Henri Laborit, médico-cirurgião de um hospital militar em Paris, procurava uma substância que causasse uma espécie de “descondicionamento” de alguns centros cerebrais de seus pacientes, no intuito de neutralizar a ansiedade pré-operatória. Então, em associação com dois químicos, chegou (em certa medida, por acaso) à síntese da clorpromazina, testando-a em seus pacientes com êxito e constatando seus efeitos seda-

<sup>44</sup> Existem classificações que dividem os psicofármacos entre tranqüilizantes menores (ansiolíticos) e tranqüilizantes maiores (antipsicóticos). Cf. por exemplo: KAPLAN, Harold I. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

<sup>45</sup> Tradução livre de: “C’est (...) à partir du mécanisme d’action supposé des psychotropes que les hypothèse biochimiques sont appliquées à l’homme. (...) C’est parce que les neuroleptiques actifs sur les symptômes d’agitation motrice et les hallucinations chez les schizophrènes loquent la transmission dopaminérgiques que l’on pose l’hypothèse que la schizophrénie est liée à une anomalie de transmission de la dopamine.”

<sup>46</sup> Tradução livre de: “(...) un médicament psychotrope ne s’attaque pas aux causes des troubles psychiques, que sont inconnues. Ils traitent les symptômes, quel que soit leur cadre de survenue.”

tivos, que produziam um estado de “quietude psíquica”. Imediatamente, Laborit percebeu o potencial psiquiátrico dessa substância, que foi testada posteriormente em pacientes psiquiátricos por dois norte-americanos (Jean Delay e Pierre Deniker). Nascia, então, o primeiro antipsicótico (Zarifian, In.: Zarifian et al., 1995: 74-5). Nascia também o principal instrumento da psiquiatria moderna, capaz de acalmar as mentes inquietas e seus corpos descontrolados.

Resumindo, podemos dizer que a “descoberta” da ligação dopamina-psicose deve-se às pesquisas com medicamentos antipsicóticos, que, por sua vez, produzem um efeito sedativo. Sendo a psicose, principalmente em seus episódios de “surto”, um excesso de atividade (do pensamento, da motricidade, das sensações etc.), o anti-psicótico é a sua reversão, portanto, a desaceleração, o freio, ou, nas palavras de Foucault: “(...) nos hospitais, a farmacologia já transformou as salas dos agitados em grandes aquários mornos.” (Foucault, 1999: 196)

Sendo assim, e simplificando um pouco, podemos dizer que a dopamina está vinculada à atividade, uma vez que o antipsicótico mais largamente utilizado (o haloperidol, que tem o nome comercial Haldol) é classificado como incisivo, por ser um antagonista dopaminérgico e pela sua capacidade de remissão dos sintomas ditos “positivos” dos surtos psicóticos (delírios, agitação psicomotora etc.), que podem ser, em sua maioria, classificados como “ativos”. A quase totalidade dos usuários do CAPS usa ou já usou essa substância, e nos episódios de surto, é a principal alternativa dos médicos.

Mas não só o haloperidol: a maioria dos antipsicóticos são antagonistas dopaminérgicos. Antagonizar a dopamina significa bloquear os sítios dopaminérgicos pós-sinápticos ou evitar a liberação pré-sináptica deste neurotransmissor (cf. Graeff, 1989: 29 e ss.) O que, em termos práticos, resulta numa diminuição geral da atividade (pensamento, motricidade, sensações, afetividade...), além dos efeitos colaterais referidos acima, que são resultado do bloqueio da dopamina no cérebro, principalmente na via nigro-estriatal.

Mais recentemente, outras hipóteses, envolvendo outros neurotransmissores foram levantadas. Entre elas está a hipótese serotoninérgica, que vincula as psicoses a uma disfunção da serotonina. (Graeff; Brandão, 1993: 65 e ss.). Esta hipótese está ligada às pesquisas de utilização de LSD e à descoberta da substância clozapina, tida como antipsicótico atípico, pois não causa os efeitos extrapiramidais decorrentes do antagonismo dopaminérgico. No entanto, não se mostra tão estabelecida quanto a hipótese dopaminérgica.

Gostaria de reter um pouco este aspecto atípico da clozapina, comparando-o aos típicos. Isto é: segundo esta classificação, é “típico” dos antipsicóticos os efeitos extrapiramidais, logo, os efeitos colaterais mais desagradáveis, uma vez que o antagonismo dopaminérgico leva ao extrapiramidalismo. Sendo assim, *fazem parte* do tratamento medicamentoso os efeitos colaterais. Poder-se-ia fazer uma

objeção em relação a essa característica marcante dos antipsicóticos típicos, argumentando que nem todos os pacientes apresentam sintomas extrapiramidais. No entanto, a porcentagem dos pacientes que não apresentam tais sintomas é muito baixa, bem como o tempo de uso interfere sobremaneira, sendo difícil encontrar pacientes que tomam essa medicação por um longo tempo sem apresentar extrapiramidalismo.

Portanto, de um modo geral, a medicação constitui-se como um incômodo cotidiano, sendo este uma das principais causas do abandono do tratamento. Mas não é somente um incômodo, pode-se dizer que os antipsicóticos formam um outro corpo: em primeiro lugar, um corpo des-ativado, em segundo, um corpo temeroso.

Estas duas configurações referem-se ao risco do temido surto psicótico, ou “crise”, no jargão dos usuários. Segundo Lima,

O termo ‘surto’ (que nasceu do latim “surgere”, surgir), quando aplicado aos transtornos mentais graves, se refere ao momento em que a loucura irrompe, mostra-se, derrama de forma incontrolável até tomar-se evidente para os outros. (Lima, 1997b: 431)

Evidência e descontrole são duas características do surto que apavoram, sobretudo por serem marcados por episódios de intensa atividade, na maioria das vezes violenta, e insuportável para quem está por perto. São episódios em que a família e a comunidade interferem diretamente sobre as vidas dessas pessoas “em crise”. São nesses momentos que abre-se uma enorme brecha cultural, e os comportamentos descontrolados fazem acender o alarme da periculosidade, demandando, em grande parte dos casos, uma intervenção reclusiva, isto é, internação psiquiátrica. Tratarei disso mais adiante. Por ora, pensemos um pouco em termos familiares, pois o surto é, muitas vezes, o limite do suportável. É também a oportunidade de fazer valer algumas exigências bem antigas, de fazer aplicar algumas medidas que lhes desobrigam do cuidado, ou seja, o afastamento deste ser, sua reclusão. É importante ter em mente que é no leito da ordem que as vidas normais seguem seu curso, ou pelo menos se esforçam nesta direção. Trabalho, esforço, resignação, frustração, levantar cedo etc., isso compõe o cotidiano dos familiares dos doentes mentais, que vêem seus “doentes” simplesmente como “preguiçosos” e “parasitários”, sendo o surto a oportunidade, frente às autoridades da saúde, em que é possível o afastamento destes seres que “já passaram dos limites”. A partir do surto se vislumbra a perspectiva de se tirar “férias”! Mas não sejamos maniqueístas: a perspectiva de férias também se aplica aos usuários, que muitas vezes necessitam de um espaço neutro, precisam de uma “folga”.

No entanto, nem todo comportamento desorganizado é surto. Ele é algo codificado, que necessita de uma avaliação. Direi, pois, que o surto existe para “bons entendedores”. Explico: é somente dentro do universo psi que o “surto” assume a densidade própria a uma conduta extrema e

sintomática, ou mesmo, extremamente sintomática. Sendo que esse universo não se resume ao hospital psiquiátrico ou ambulatório, pois já está bem difundido no âmbito social, principalmente quando a pessoa em questão já foi devidamente identificada como “doida”. Aproveitando a imagem kafkiana que Lima (1997b: 430-1) apresenta do louco, poderíamos dizer que o surto é essa metamorfose que faz com que o louco, numa bela manhã ou tarde ou noite, surja como barata ao olhar de todos. E é terrível esta experiência, pois no rosto de cada um está um implacável espelho a refletir toda a estranheza deste ato, em seus mínimos detalhes. Em cada rosto está traçada uma imagem do abismo que separa esses seres enlouquecidos dos normais, uma panorâmica da distância e do isolamento. É o fundo do poço de onde toda fala projetada buraco acima atinge os ouvidos na superfície transformada em estranhas e confusas palavras, que vão somando pontos no *ranking* da incapacidade.

O surto psicótico é o fantasma que assombra esses seres enlouquecidos. É um episódio cuja iminente possibilidade de efetivação paira, em suspenso, sobre a vida desses seres. Possibilidade essa sempre reatualizada, em tons proféticos, pelos profissionais da saúde e, amiúde, familiares, com o intuito pedagógico de lembrar ao usuário sua condição de doente. Digo lembrar pois, uma vez contida a crise, ministrada e estabilizada a medicação, muitas pessoas crêem que estão “curadas”, e param de tomar seus remédios, como parariam de tomar um antibiótico assim que cessasse a infecção. E é por isso que devem ser lembrados que loucura é como diabetes: exige um acompanhamento cotidiano e por toda a vida, sob o risco de recaída.

Mas, se fosse somente este imperativo exterior, este tu-deves da família, médicos etc., pouco surtiria efeito. Existe, na maioria dos usuários do CAPS, um sentimento íntimo de temor ao surto. Existem as lembranças do(s) episódio(s), todo um cenário, seus personagens, as conseqüências... Tudo isso compõe um repertório de experiências de vida que são retomadas, numa ladainha infinita, e que servem como garantia de que o usuário não interromperá o tratamento medicamentoso.

Efetivamente, o surto é o grande trunfo dos profissionais psi e dos familiares, mesmo porque ele está amarrada outra imagem-prática temida: a internação. Os critérios de internação demonstram que ela é, primeiramente, uma medida de controle da periculosidade, depois, algo do tipo “reclusão num espaço adequado de tratamento”. Exemplo disso se encontra nas instruções de procedimentos em saúde mental, da seguinte forma:

As principais condições que exigem internação psiquiátrica de curta ou média duração são:

- comportamentos ou estados mentais que representem um perigo significativo para o paciente ou seu ambiente sócio-familiar (por exemplo, auto ou heteroagressividade, ideação suicida ou homicida associadas a precário controle ou apoio etc.);

- insucesso das tentativas de tratamento ambulatorial, sempre que no contexto da internação houver probabilidade de melhores resultados (por exemplo, depressão refratária, esquizofrenia refratária etc.); (...). (Botega; Dalgalarrondo, 1997: 33)

Muitos dos casos de surto psicótico levam à internação, mas se houver um agravante de tentativa de agressão e/ou suicídio o seu encaminhamento para a reclusão é certo. Dentro dessa mesma perspectiva, é possível perceber que a quase totalidade das internações se referem à exacerbação dos ditos “sintomas positivos”, os quais se referem a algum tipo de excesso, sobretudo de atividade. Nas palavras de Lima:

Segundo a “bíblia” da psiquiatria (o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais, atualmente em sua 4ª edição: *DSM-IV*, publicado pela American Psychiatric Association) “os sintomas positivos parecem refletir um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais” (DSM-IV, 1995, p. 264). Ou seja, são positivos: os delírios, as alucinações, o discurso desorganizado e o comportamento amplamente desorganizado ou catatônico (...). São essas manifestações “positivas” que marcam o surgimento do surto, da cena psicótica. (Lima, 1997b: 432)

Portanto, o que se observa nos usuários do CAPS é um temor em relação a um aumento excessivo da atividade, principalmente corporal, na medida em que suas experiências de vida se reportam a episódios de descontrole, em que saíram dos “limites aceitáveis”, em que surtaram. Essa experiência de excesso, vivida como desmoroamento - ou mesmo, nos termos em que Pelbart fala de uma “clausura do Fora” (Pelbart, 1989: 169 e ss.) - produz corpos que, tendo como base as substâncias antipsicóticas diminuidoras de sua atividade, inserem-se em espaços e práticas em suas vidas que preservem uma certa regularidade, para não dizer mesmo uma normalidade que forma uma espécie de limbo, em que as intensidades sejam aproximadas do zero, como precaução, tendo como horizonte o surto-internação. É nesse sentido que é possível afirmar que o conjunto terapêutico em saúde mental visa a um controle, a um “gerenciamento dos riscos”<sup>47</sup>. E é nesse sentido que é possível afirmar que os discursos e práticas que se referem à doença mental ou mesmo à loucura têm como objeto *o corpo*.

<sup>47</sup> Tema-título do livro de R. Castel que aborda a anti-psiquiatria: CASTEL, Robert. *La Gestion des Risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Minuit, 1981.

# ALMA, CORPO, AÇÃO

A temática da doença mental parece estar situada em relação à coexistência de vários duplos: sob o mais evidente par *razão e desrazão* (desenvolvido no Capítulo 1) subjazem os pares *atividade e passividade* (cuja visibilidade é o corpo do louco) e *ordem e desordem* (visibilidade social). Falarei dos dois últimos pares, ambos em relação ao corpo medicado.

## Atividade e Passividade

Para se pensar a questão corporal inerente às práticas em saúde mental, é preciso analisá-la a partir de diversos fatores. Nesse sentido, Foucault fornece, ao tratar da temática da sexualidade, uma perspectiva bastante útil:

Falar da “sexualidade” como uma experiência<sup>48</sup> historicamente singular suporia, também, que se pudesse dispor de instrumentos suscetíveis de analisar, em seu próprio caráter e em suas correlações, os *três eixos* que a constituem: a formação dos *saberes* que a ela se referem, os sistemas de *poder* que regulam sua prática e as formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como *sujeitos* dessa sexualidade. (Foucault, 1990: 10 - grifos meus)

Tomo a liberdade de aplicar essa perspectiva à temática da saúde/doença mental atualmente: saber, poder e formas de subjetivação como componentes de uma experiência singular, que se inscreve de forma específica nos corpos desses seres enlouquecidos.

Deste modo, podemos situar o corpo como palco principal onde se encena a loucura, e a terapêutica da loucura como uma “terapia corporal”. Daí que todo tratamento da loucura incida necessariamente sobre o corpo: dos banhos de água gelada, às camisas de força, passando pelos choques elétricos até aos modernos neurolépticos. Mas que isso não seja lido como uma continuidade, pois cada época “trabalha” esse corpo de maneiras diferenciadas e com efeitos diversos.

O corpo do louco (o nosso também, mas em menor grau) é separado do que pode: ele é separado da ação, ele é apassivado (nietzscheamente falando: não acionado)<sup>49</sup>. E é por isso que a terapêutica medicamentosa assume o caráter de prática contínua, pois ela atua na baixa da vontade e/ou na retenção da efetivação dessa vontade, e cujas possíveis interrupções reacendem as fantasmagóricas recaídas (os já discutidos surtos). Embora não tenha que ser necessariamente infinita, a possível retirada da medicação inse-

<sup>48</sup> Essa noção de experiência é definida pelo autor, no mesmo texto, em termos de uma articulação num sistema de regras e coerções, que se caracteriza como uma “correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade.” (Foucault, 1990: 10)

<sup>49</sup> As idéias de ativo-reativo aqui discutidas se embasam na interpretação que Deleuze faz desses conceitos nietzscheanos, principalmente em DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976. (Col. Semeion; 4).

re o doente num esquema de vigilância (para evitar recaídas) em que o controle sobre sua vida se intensifica, e a partir do que qualquer atividade mais exacerbada se constitui num sinal de alerta.

Muitas vezes, a perspectiva da retirada da medicação aparece no horizonte da vida desses seres enlouquecidos quando o efeito medicamentoso (que opera uma baixa da atividade) se torna moral, promovendo algo como uma *passividade* da vontade. Até que volte a ação, em toda sua escandalosa desmesura, para, então, *dever* ser novamente apassivada.

O que tenho observado no CAPS - lembrando o que me alertava Marcos E. R. Lima quando eu participava das atividades do GUDA - é que a medicação é sim “uma prática que possibilita as outras”. Opera como uma espécie de moduladora da atividade/passividade, tornando os sujeitos manejáveis. E não nos enganemos: não é só à equipe psi que serve este manejo, mas sobretudo aos familiares e aos próprios usuários, pois é a possibilidade de “integrarem-se” na família, na comunidade, na sociedade... No entanto, mesmo que este manejo sirva ao usuário, raras vezes está sob seu controle, pois a terapêutica medicamentosa é uma decisão (em última instância) médica e cuja responsabilidade da administração é conferida, quase sempre, à família. Isso fica patente quando o usuário “não adere ao tratamento”, isto quer dizer: não toma seus remédios. É nesse ponto que se torna mais visível a falta de autonomia sobre sua vida, remetida à sua doença, e que se apresenta na forma de um controle sobre seu corpo e suas manifestações.

Esse controle embasa-se na natureza da patologia mental, que na grande maioria das vezes é tida como incapacitante, justificando assim a tutela sobre a vida do doente. A essa incapacidade soma-se ainda a moralização da conduta do paciente em relação a seu tratamento. A condenação moral recai sobre ele (o doente mental) na forma de censuras à sua preguiça, má vontade, falta de perseverança... Pois, uma vez que vivemos o avanço dos neurolépticos, das políticas de saúde pública etc., é por pura preguiça ou má vontade ou rebeldia que o *doente* não se trata. A preocupação com este paciente (“Está tomando a medicação?!”) é um misto de um policiamento dissimulado (às vezes mal) e de uma preocupação com a saúde (viver bem e plenamente). No entanto, nunca deixamos de mostrar, nas entrelinhas do nosso discurso e conduta, nosso temor e a (conseqüente) condenação moral à desordem: desordem do pensamento, da sexualidade, do discurso, da higiene, das paixões. Não é à toa que as categorias do DSM-IV começam por “transtorno”<sup>50</sup>.

Desse forma, a questão da autonomia pode ser relacionada a uma problemática que nossa sociedade estabelece entre o poder e o corpo, que se refere ao problema da liberdade e à idéia de periculosidade dos indivíduos.

<sup>50</sup> No Aurélio: “Transtornar [de trans- + tornar.] V.t.d. 1. Alterar a ordem de; por em desordem; desorganizar (...). 2. Perturbar, atrapalhar (...). 3. Agitar, perturbar (...).”



Durante muito tempo (principalmente décadas de 1960/70) houve uma tendência a identificar o poder a alguma instância superior. Principalmente, em termos sociológicos, identificá-lo ao Estado. No entanto, as análises de Foucault<sup>51</sup> problematizaram essa questão e vieram nos mostrar o poder (que efetivamente é plural: poderes) como microfísico, estratégico e positivo. Retenhamos o seu caráter microfísico, para entendermos a forma tutelar que se estabelece em relação aos seres enlouquecidos.

O impulso a tutelar a vida alheia encontra-se aquém da maquinaria estatal. É algo difuso, escorregadio, que se difunde socialmente, que se faz sentir de várias formas nas relações mais cotidianas. No entanto, é através da autoridade, principalmente aquelas gestadas nas diversas instituições, que ela ganha o peso próprio de prescrição, bastando um cargo, um poder de mando para irromper sua força ordenadora e de comando que, sob o alibi do “é para o SEU bem”, força a vontade alheia às rédeas da sua moral.

Atualmente, encontramos na positividade dos discursos e práticas da *saúde* o principal dispositivo de controle do corpo. Esse dispositivo sustenta-se numa imensa produção de saber e numa entusiástica corrida rumo ao bem-viver, que a seara da vida saudável nos reservaria. Forma-se aí um sistema de saber e poder, cuja relação intrínseca, Roberto Machado, apresentando o trabalho de Foucault, situa da seguinte forma: “(...) é o saber enquanto tal que se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder. É enquanto é saber que tem poder.” (Roberto Machado, *Introdução*, p. XXII, In.: Foucault, 1995)

E esse é um fator fundamental para entendermos a psiquiatria. Pois, paralela à estrutura hospitalar, existe a intersticial instituição do saber psiquiátrico. Este, amparado pelo discurso da saúde, baseia sua prática numa perspectiva heterônoma, pois é a partir de um paradigma normalizador (que parte da regularidade das relações interpessoais da família, comunidade...) que o “doente mental” é visto pelo saber médico e, ao ser contraposto a este crivo, ficam evidentes suas múltiplas incapacidades, sua dependência, sua necessidade de ser governado (heteronomia).

Esse poder sobre a vida alheia, muitas vezes se manifesta em práticas não muito explícitas. Pois, se é claro para nós ver a tortura física (o eletrochoque, por exemplo) como uma forma de violenta autoridade; já em se tratando de métodos mais sutis, como é o caso do controle através da medicação, o cenário se enuvia. E, por detrás do encarceramento e seus agentes descortina-se um grande e múltiplo universo de práticas legitimadas e aceitas social e juridicamente que tiram do ser enlouquecido a possibilidade de decidir sobre a sua própria vida, sobre seu próprio corpo.

<sup>51</sup> Cf., por exemplo, coletânea de textos *Microfísica do Poder* (Foucault, 1995), organizada por Roberto Machado; e FOUCAULT, M. Deux essais sur le sujet et le pouvoir. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. M. *Foucault: un parcours philosophique*. Paris: Gallimard, 1984.

Se por um lado a psiquiatria encerra o “doente” em seus muros físicos e químicos<sup>52</sup>, por outro, o ambiente social clama por isso, demanda. Isto é compreensível se pensarmos em termos de periculosidade que acompanha as discussões sobre as práticas em saúde mental, e como essa discussão se insere na problemática da liberdade em nossa sociedade.

Entramos num novo tempo de nossa civilidade: a dos cidadãos saudáveis! Nunca foi tão possível a saúde; é ela, até mesmo pública; é ela, antes de tudo, um direito universal. Nada mais reprovável que alguém que não *quer* a saúde, que se esquivava dela, que lhe resiste. Ainda se interna, mas somente os doentes! E é preciso termos a devida clareza do que vem a ser doente nesse (comemorado) início do século XXI.

O doente é a conjugação do infortúnio (aleatoriedade genética e más condições de vida) aliado a uma escolha moral<sup>53</sup> errônea: não querer a saúde. O doente é aquele que insiste em ver o mal naqueles (e naquilo) que só lhe faz o bem. É o doente mental e sua resistência aos neurolépticos; é o gordo e sua resistência aos regimes; é o feio e sua resistência à estética... O nosso tempo combate a doença (até mesmo a AIDS, doença da inseqüência) com a saúde compromissada. Pois, antes de tudo, é preciso compromisso pela saúde, é preciso doar-se: é preciso doar uma vida por ela! É, também, preciso se submeter (à saúde) para se libertar (da doença).

A loucura ainda se encontra no terreno da moral, herança desses estratos arqueológicos de que fala Foucault (1991), que nos ligam à idade clássica. Mas foi constituída uma outra moral atualmente. Talvez possamos esboçá-la como uma *moral da saúde*. É através do imperativo da saúde que são produzidos os nossos corpos, se os entendermos nos termos em que Foucault (1995), na sua exposição do método genealógico nietzscheano, caracteriza-os: como uma “superfície de inscrição dos acontecimentos”, onde se pode ler os discursos e as práticas socialmente estabelecidos num determinado momento histórico. Ou melhor: “A genealogia, como análise da proveniência, está portanto no

<sup>52</sup> A respeito dos muros químicos, Oliver Sacks nos chama a atenção para o que se poderia chamar de violência medicamentosa, que veio substituir uma violência física: “O enorme escândalo da leucotomia e da lobotomia chegou ao fim no início dos anos 50, não por alguma reserva ou reviravolta médica, mas porque um novo instrumento —os tranqüilizantes— tornou-se disponível, sendo apresentado (como acontecera com a própria psicocirurgia) como totalmente terapêutico e sem efeitos colaterais. Se há ou não grande diferença, neurológica ou eticamente, entre psicocirurgia e os tranqüilizantes é uma questão incômoda que nunca foi encarada de verdade. Se administrados em doses maciças, os tranqüilizantes certamente podem, como a cirurgia, induzir à ‘tranqüilidade, acalmar as alucinações e ilusões do psicótico, mas a calma a que induzem pode ser como a serenidade da morte —e, por um paradoxo cruel, privar os pacientes de resoluções naturais que podem ocorrer com psicoses, enclausurando-os, em vez disso, numa doença vitalícia causada pelas drogas.” (Sacks, 1995: 79 - nota nº10)

<sup>53</sup> Utilizo o termo *moral*, em vez de ética, como forma de diferenciá-lo como recurso normativo e valorativo que se refere a uma prescrição social (o Bem e o Mal); enquanto ética refere-se a uma “constituição do sujeito como sujeito moral”, *rapport à soi*, nos termos estabelecidos por Foucault (1990: 28 e ss.).

ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo.” (Foucault, 1995: 22)

A doença mental, todo esse rol de transtornos, ainda traz essa marca profundamente histórica de seu caráter moral. Ou melhor, moralizador. Todo o instrumental teórico dos saberes psi refletem uma moral implícita, diríamos, subterrânea. Perdeu-se no tempo e no espaço a dimensão da moralidade que compõe as práticas em psiquiatria.

Estamos hoje, talvez, num regime discursivo e prático, cuja visibilidade nos dificulta ver em profundidade. Ouvimos, atualmente, um discurso que articula essa obscura doença da mente a nem tão obscuros neurotransmissores. A loucura tem sua representação gráfica, sua visibilidade computadorizada: é a dopamina, é a serotonina, é o GABA etc.

Na euforia desta revolução neurológica, na ênfase no caráter puramente técnico do médico-psiquiatra, perdemos de vista a profundidade de alguns pilares que a sustentam: essas práticas e saberes que atravessam as décadas (sejam elas “do cérebro” ou não) e vem se misturar ao nosso dia-a-dia.

O corpo deste doente mental ainda tem sua carne atravessada pela moral. Agora, de forma renovada, uma moral científica que entoa a grande elegia da saúde, tendo como importantes condições de possibilidade as medicações e sua linhagem ascendente de gerações em gerações.

Toda essa visibilidade progressista tende a nos obnubilar (para permanecer no *métier*) a visão, fazendo-nos louvar os “avanços” - ou propor novas formas de progresso - e esquecermos algumas formas que persistem. Nesse sentido, gostaria de insistir na dimensão gerencial das práticas psi: o gerenciamento de uma parcela da população através de um instrumental técnico e social que objetiva a regularização dos corpos-e-almas. A medicação conjuga o potencial químico de suas substâncias a um discurso científico que sustenta sua efetividade terapêutica, na base da autoridade médica e nas validações contemporâneas das neurociências.

Essa prática gerencial pode ser observada através dos efeitos da terapêutica medicamentosa, que incide necessariamente sobre o corpo, mais especificamente, sobre sua *atividade*. Em termos bioquímicos, isso se reflete na utilização de substâncias que agem sobre a dopamina - simplificadamente: o neurotransmissor da atividade<sup>54</sup> (cf. p. 80 e ss. supra).

É nesse aspecto que podemos entender a utilização do haloperidol: abrandar a atividade. É a substância mais largamente administrada aos “doentes crônicos”, sendo classificada como antipsicótico incisivo, por ser um antagonista dopaminérgico. É tido por incisivo justamente pela capacidade de remissão dos sintomas ditos “positivos” dos surtos psicóticos (delírios, agitação psicomotora

<sup>54</sup> Essa afirmação se baseia nos efeitos comportamentais (distúrbios motores, entre outros) que agonistas dopaminérgicos (anfetamina, por exemplo) causam (cf. RANG; DALE, 1992: 354 e ss.).

etc.). Em termos de senso-comum, é o famoso “sossega leão”! A quase totalidade dos usuários do CAPS usa ou já usou essa substância, e nos episódios de surto, é a principal alternativa dos médicos.

Partindo da experiência empírica de utilização dos antipsicóticos até às modernas hipóteses funcionais dos neurotransmissores<sup>55</sup>, percebe-se claramente a característica “apassivadora” operada pela química dos remédios administrados<sup>56</sup>. Uma vez que a atividade, nos termos em que se apresenta - como desordem, ou melhor, *ação desordenada* -, é absolutamente indesejada em nossa sociedade, é compreensível que o direcionamento terapêutico tenda a ser revertê-la. É na comparação entre o diagnóstico formulado e a terapêutica proposta, que visa a remissão dos sintomas<sup>57</sup>, que é possível deduzir esta característica. Neste aspecto, vejamos o exemplo paradigmático da esquizofrenia: psicopatologia que se caracteriza por alterações (na fase ativa) do pensamento - na forma de idéias delirantes -, da percepção - na forma de alucinações -, do afeto - que se apresenta embotado -, psicomotricidade - catatonia, estupor, agitação -, da vontade etc. (Graeff, 1989: 22), e cuja opção terapêutica constitui-se, quase sempre, pela administração de um antagonista dopaminérgico.

Deleuze (1998) já havia anunciado: a psiquiatria volta-se hoje para a física e a biologia. E é aí que ela encontra o substrato necessário para explicar e justificar “cientificamente” a medicação. Mas trata-se, em todo caso, de atividade e passividade. A medicação age sobre a primeira tentando conduzir à segunda. O que não deixa de ser, em muitos casos, a reedição modernizada de uma antiga prática: na expressão acertada de Guattari, “camisa-de-força química” (Guattari, 1987: 131)

Mas essa dimensão ativa e passiva encontra-se referenciada ao âmbito social e cultural em que está inserido o ser enlouquecido. Ao que interessa a este trabalho, cabe caracterizar a sociedade em questão em termos de ordenamento, e de seus mecanismos de reversão da desordem. Ou seja, passarei à análise do par *ordem e desordem*, e sua relação com o corpo ativo e passivo do louco.

<sup>55</sup> Um exposição referente tanto à utilização empírica dos medicamentos quanto às hipóteses neuroquímicas pode ser encontrada em GRAEFF, Frederico G. *Drogas Psicotrópicas e seu Modo de Ação*. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo, E.P.U., 1989., pp. 24 e ss. Deste autor tomo uma citação esclarecedora: “[em relação à esquizofrenia] Dentre os sintomas positivos, a agitação psicomotora é o que responde mais rapidamente aos neurolépticos.” (Graeff, 1989: 25)

<sup>56</sup> Como exemplo, é possível citar o caso de Maria, componente do grupo de teatro: sua entrada no CAPS ocorre quando a família a traz devido a suas “crises”, seus comportamentos “estranhos”, em que queimava roupas, ria desordenadamente, andava nua etc., além de sua agressividade. Após a primeira internação, alternam-se várias consultas com o psiquiatra - com várias modificações da medicação -, em que ressurgem a queixa dos familiares da “agressividade” de Maria. Até que a queixa desaparece, então a medicação é mantida, apesar da constatação do médico de que Maria apresenta-se apática, inativa etc.

<sup>57</sup> Pelo menos é essa a orientação de Harold Kaplan, no item 33.1 - Princípios Gerais de Psicofarmacologia: “A terapia medicamentosa e outros tratamentos orgânicos dos transtornos mentais podem ser definidos como tentativas de modificar ou corrigir comportamentos, humores ou pensamentos patológicos pela química e outros meios físicos.” (Kaplan, 1997: 809). Mais adiante, este autor caracteriza os “dois primeiros passos na escolha de um tratamento medicamentoso” como sendo “o diagnóstico e a identificação dos sintomas-alvo” (ibid.: 811).

## Ordem e Desordem

Quando se fala em loucura (ou doença mental), bem como em marginalização, drogadição etc., fala-se necessariamente de todo um sistema social. Mais especificamente, trata-se dos parâmetros de ordem social, do horror à desordem e das medidas para revertê-la. E, quando se fala em ordem social, não se quer necessariamente, referir a uma harmonia absoluta, em que nada fuja aos padrões. O que se designa por ordem, além das corriqueiras condutas normalizadas, é a possibilidade de captação da desordem. É o desenvolvimento de meios, de métodos, enfim, de toda uma estrutura de práticas que possibilitam a vinculação da desordem à ordem. Em última instância, não importa tanto um comportamento ordenado, quanto a circunscrição do comportamento desordenado ao território da ordem (ou, ao menos, sua virtual possibilidade). O poder psi sobre a loucura funciona assim: a cura não é, necessariamente, transformar um psicótico num normótico (ou normopata); mas inseri-lo no território da cura, do tratamento. Vinculá-lo, catalogá-lo: é tê-lo sob os olhos.

Do que mais se ocupam as práticas ordenadoras (ao menos no que se refere à loucura) não é o poder subversivo da desordem; mas a sua possibilidade de existência aquém ou além da vigilância da ordem. Ordem psi, no caso da loucura.

Em suma: o tratamento ao louco é uma circunscrição territorial, de delimitação do território experiencial da loucura ao campo controlado pela saúde mental. Esse tratamento começa pelo investimento corporal, pelo enquadramento do corpo do “doente” num ordenamento bioquímico: a medicação. Medicação essa que, por vezes, é uma maior desordem<sup>58</sup>. Outro aspecto do tratamento é a introdução do louco no campo discursivo da doença e da cura. Prática essa que tem por efeito muito mais a consolidação de um território - o da doença - para este ser, do que uma possível cura.

Portanto, medicação e iminência de surto compõem um mesmo sistema de retroalimentação, que fixa o corpo do “doente” num esquema assistencial. Da mesma forma, a medicação psiquiátrica e o discurso psi se aliam num par curativo em que um pressupõe o outro e ambos funcionam como mecanismo de fixação dos indivíduos no território ordenado da terapêutica.

A respeito de um nova forma de funcionamento das instituições, Foucault assim coloca:

Na época atual, todas essas instituições - fábrica, escola, hospital psiquiátrico, hospital, prisão - têm por finalidade não excluir, mas, ao contrário, fixar os indivíduos. A fábrica não exclui os indivíduos;

<sup>58</sup> Por exemplo, dentro da seção de Efeitos Colaterais e seu Manejo, do manual de Cordioli (1997), encontramos a seguinte descrição: “*DELIRIUM* - É um estado de confusão agudo caracterizado por perturbações da consciência e da atenção, perturbações globais das funções cognitivas, distorções da sensopercepção, alteração da memória, da orientação, eventualmente do pensamento com idéias delirantes, alterações da motricidade, do sono, e da afetividade (depressão, ansiedade ou medos, irritabilidade, apatia, perplexidade) de causa metabólica tóxica, infecciosa ou secundário a drogas. (...) Pode ser causado por psicofármacos de ação anticolinérgica, como antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos de baixa potência, e outras substâncias com este tipo de efeito (principalmente quando combinadas). (...)” (Cordioli, 1997: 194 - grifo meu)

liga-os a um aparelho de produção. A escola não exclui os indivíduos; mesmo fechando-os; ela os fixa a um aparelho de transmissão do saber. *O hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos.* O mesmo acontece com a casa de correção ou com a prisão. Mesmo se os efeitos dessas instituições são a exclusão do indivíduo, elas têm como finalidade primeira fixar os indivíduos em um aparelho de normalização dos homens. A fábrica, a escola, a prisão ou os hospitais têm por objetivo ligar o indivíduo a um processo de produção, de formação ou de correção dos produtores. Trata-se de garantir a produção ou os produtores em função de uma determinada norma. (Foucault, 1996: p.114 - grifo meu)

A discussão em torno à ordem e à desordem, quando referida à problemática da doença mental em termos jurídicos, desemboca na temática da periculosidade. Ou, mais ou menos, algo do tipo: “Quando não se tem nada a perder, não se tem muito a temer.” E essa é uma equação perigosíssima para o capitalismo global. Pois nosso sistema se baseia no compromisso, no contrato, na dívida - monetária, social, moral... . O louco está fora desse sistema:

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas (...). (Castel, 1978: 19)

Quando se afasta do pacto social, o louco fica à deriva; mas ele é recaptado pelo sistema, através de uma nova codificação: a da doença. É feita novamente a partilha das dívidas, dos compromissos, e chamada à consciência do sujeito a equação das perdas (perda da liberdade na internação, por exemplo).

Não devemos pensar, todavia, que existiria uma autonomia essencial, sem vinculação com o social. Mas sim, tentar pensar como nossa sociedade problematiza a questão da liberdade e muitas vezes encobre a possibilidade de autonomia.

O que isso quer dizer? Quer dizer que toda vez que nossa sociedade fala de liberdade, ela situa seus limites: a liberdade é um sonho cuja única possibilidade de concretização real é através da coerção. Toda vez que a liberdade aparece como possibilidade aberta é para reforçar a necessidade das instituições<sup>59</sup>, do controle, ou (mais modernamente) do gerenciamento. O homem como possibilidade de liberdade individual demarca toda essa região de sombras que o circunda, faz aparecer toda essa região de iminências indesejáveis, que justificam, por sua vez, a força (como o hospital psiquiá-

<sup>59</sup> A esse respeito, essa citação de Foucault é esclarecedora: “Não há, pois, um face-à-face entre poder e liberdade, com uma relação de exclusão entre eles (em toda parte em que o poder se exerce, a liberdade desaparece); mas um jogo muito mais complexo: neste jogo a liberdade aparecerá como condição de existência do poder (ao mesmo tempo, seu preâmbulo, visto que é necessário que haja liberdade para que o poder se exerça, e também seu suporte permanente, visto que se ela se subtraísse inteiramente ao poder que se exerce sobre ela, este desapareceria efetivamente e deveria se encontrar um substituto na coerção pura e simples da violência); mas ela aparece também como aquilo que não poderá a não ser se opor a um exercício de poder que tende, no final das contas, a determiná-la inteiramente.” (Foucault, 1984: 314-5) [Tradução livre de: “Il n’y a donc pas un face-à-face de pouvoir et de liberté, avec entre eux un rapport d’exclusion (partout où le pouvoir s’exerce la liberté disparaît); mais un jeu beaucoup plus complexe: dans ce jeu la liberté va bien apparaître comme condition d’existence du pouvoir (à la fois son préalable, puisqu’il faut qu’il y ait de la liberté pour que le pouvoir s’exerce, et aussi son support permanent puisque si elle se dérobaient entièrement au pouvoir qui s’exerce sur elle celui-ci disparaîtrait du fait même et devrait se trouver un substitut dans la coercition pure et simple de la violence); mais elle apparaît aussi comme ce qui ne pourra que s’opposer à un exercice du pouvoir qui tend en fin de compte à la déterminer entièrement.”]

trico, por exemplo). Em termos de saúde mental: toda vez que se discute o “fim dos manicômios”, o discurso da periculosidade vem à tona com todo o seu respaldo social. Pois, afinal, como proteger a sociedade desses seres que não reconhecem seus limites? O pesadelo da insensatez é o exato oposto do sonho da liberdade<sup>60</sup>.

Nessa circularidade da discussão - liberdade X limites -, perde-se de vista toda a maquinaria social que é posta em funcionamento. E, em se tratando de saúde mental, há que se considerar a idéia de periculosidade, de indivíduo perigoso, como um horizonte discursivo (e prático) que tem efeitos decisivos sobre os corpos dos ditos “doentes mentais”.

---

<sup>60</sup> No dia 19 de janeiro de 2000, um homem esfaqueou, na região central de Blumenau, um jovem que nunca tinha visto. Foi manchete no jornal local, no dia seguinte, com a seguinte chamada: “Insanidade: O desempregado Ronaldo Machado (ao lado) matou friamente, no Centro de Blumenau, o jovem Sido Kirsten, que teve a infelicidade de cruzar pelo seu caminho” (Jornal de Santa Catarina, ano XXVIII - N. 8.690 - 20/01/2000 - capa). No final da mesma semana, outra reportagem no mesmo jornal, com as seguintes chamadas: “Crime ou Doença? A pergunta que não quer calar. Como a sociedade pode se defender de assassinos psicóticos como o que matou um jovem esta semana em Blumenau?” (Jornal de Santa Catarina, ano XXVIII - N. 8.693 - 23 e 24/01/2000 - p.7B).

capítulo três

## **Teatro**



# TEORIA E PRÁTICA

## Introdução

A idéia de trabalhar com teatro, como uma forma de resgate do corpo, nasceu de um descontentamento em relação às formas com que a psicologia tem trabalho com grupos, principalmente quando se trata de psicóticos, no sentido de entidade clínica.

A entrada da psicologia no território da loucura caracteriza-se por um distanciamento inerente à relação terapêutica, e também por uma dificuldade relacional: afinal quais frutos o profissional da palavra há de colher desses estranhos falantes?

Interpretar a loucura nos termos dos saberes psi é fazê-la falar um diálogo já conhecido, é fazê-la entoar os hinos da/ciência, é re-petir que a mesma história seja novamente - às vezes infinitamente - reconstruída. A interpretação psicológica da loucura é uma batalha de forças desiguais, pois imprime um significado (uma positividade) ao sem sentido. A psicologia, na maioria das vezes, reveste de significado, satura as manifestações com seu próprio discurso.

A fuga para o teatro não deixa de ser uma migração para um campo ainda não saturado de significações psicológicas. Não que inexistam algumas “psicologias” no teatro (ou nos teatros), mas seu conteúdo e extensão são limitados pelo resultado estético a que visam. Existe uma outra meta, que não a cura, a ser atingida, o que possibilita um outro percurso, que não o terapêutico. Mas isto é, a um só tempo, a força e o paradoxo do teatro: não ser terapêutico de origem, mas poder sê-lo de destino. Pois pode-se objetar que o teatro, para bons entendedores, é sim terapêutico em seus efeitos. De todo modo, para o que me interessa, basta dizer que o teatro possibilita um outro universo de práticas e de suas conseqüentes significações. O que me atrai no/ao teatro é sua abertura, sua *possibilidade* de não ser psicologizado.

É claro: essa perspectiva é eminentemente teórica, ou seja, foram as idéias de alguns autores, dos quais utilizo principalmente Antonin Artaud e Eugenio Barba, que possibilitaram uma outra visão sobre as questões corporais e expressivas, como forma de escapar ao discurso e, principalmente, à interpretação.

Diante do exposto, ficam claros os inconvenientes de um “psicodrama da loucura”<sup>59</sup>, ao que me propus. Pois o psicodrama, com noções como as de espontaneidade, desempenho de papéis etc.<sup>60</sup>, remete-nos a um campo teórico alicerçado no conceito de identidade, sendo que a teoria psicodramática embasa-se na dispersão de pontos identificatórios em todos os espaços da vida, multiplicando, assim, minúsculos territórios interligados. E, como dessa operação deve surgir o terror de uma suprema inércia, propõe o resgate da espontaneidade<sup>61</sup> como a possibilidade de transformação, de movimento.

Pois, se não pensarmos em termos de identidade (que pressupõe a existência de uma interioridade psíquica, desejante etc., que preexiste ao ato e se manifesta nele); mas sim em produção de subjetividade<sup>62</sup>, não há sentido em permanecermos no terreno representacional. Isto é, dentro de uma perspectiva de produção de subjetividade, uma proposta de simulação de um ato, ou mesmo de um acontecimento torna-se absolutamente artificial, ou melhor, produz uma outra realidade (dessa vez clínica, psicológica) ao invés da pretendida representação de um real originário. Pois, uma vez que não existe um objeto *a priori*, que não há falta, que o “subjetivo” é produzido no acontecimento, nenhuma encenação da vida, na forma de seus diversos “papéis”, é aceitável.

Daí ressalta a questão da necessidade prática e de uma coerência teórica: como lidar com modo disruptivo dos seres enlouquecidos que não em termos de resgate de alguma identidade perdida, ou nunca atingida? Como lidar com o grupo, com seu modo caótico?

Não só o psicodrama, mas a psicologia de uma maneira geral reflete a nossa incapacidade de um encontro com os seres enlouquecidos, de uma forma de relação que parte de uma perspectiva de cura, e faz a partilha entre o que é saudável e o que é doente. Essa dificuldade dos psi é assim abordada por Pelbart, em relação ao trabalho com psicóticos: “Daí nossa impaciência, nosso voluntaris-

<sup>59</sup> Sobre esse tema, cf. FONSECA FILHO, José S. *Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980.

<sup>60</sup> Moreno assim define ESPONTANEIDADE: “ ‘A espontaneidade tem a tendência inerente para ser experimentada por um indivíduo como seu próprio estado, autônomo e livre - isto é, livre de influências exteriores e de qualquer influência interna que ele não possa controlar. Para o indivíduo, pelo menos, tem todas as características de uma experiência livremente produzida.’ ‘A espontaneidade também é a capacidade de um indivíduo para enfrentar adequadamente cada nova situação.’ (Moreno, 1997: 132) Mais adiante, define o DESEMPENHO DE PAPÉIS: “Consideramos os papéis e as relações entre papéis o desenvolvimento mais significativo em qualquer cultura específica. Ao padrão de relações em torno de um indivíduo, como seu foco, dá-se o nome de seu átomo cultural. Todo o indivíduo, assim como tem um conjunto de amigos e um conjunto de inimigos - um átomo social - também possui uma gama de papéis que se defronta com uma outra gama de contrapapéis. *Os aspectos tangíveis do que é conhecido como o “ego” são os papéis em que ele atua.*” (ibid.: 135 - grifo do autor)

<sup>61</sup> Inclusive, a etapa anterior do trabalho de Moreno, e que originou posteriormente o psicodrama, foi o chamado “teatro da espontaneidade”, no início da década de 1920. Cf. MORENO, Jacob L. *O Teatro da Espontaneidade*. São Paulo: Summus, 1984.

<sup>62</sup> Guattari/Rolnik, em suas “Notas Descartáveis sobre Alguns Conceitos”, assim colocam: “*Produção de subjetividade: a subjetividade não está sendo encarada aqui, como coisa em si, essência imutável. Existe esta ou aquela subjetividade, dependendo de um agenciamento de enunciação produzi-la ou não.*” (Guattari; Rolnik, 1996: 322)

mo, nossa hipervalorização do trabalho, do acabamento. Nosso sofrimento e angústia nesses momentos iniciais de um grupo expressivo com psicóticos, por exemplo, quando há uma espécie de suspensão caótica, que se soubermos sustentar não passa de um caos-germe, de uma gestação a partir do informe, do indecيدido.” (Pelbart, 1993: 36)

Em suma, foi a partir de uma necessidade de fugir do psicologismo, de me abrir para a germinação expressiva dos ditos psicóticos, que aportei no teatro. E, como consequência, através de teorias que ressaltam o trabalho corporal do ator, como forma de escapar à prevalência do discurso.

Nesse aspecto, a proposta de teatro de Barba foi muito importante, uma vez que existe em sua concepção uma ênfase muito grande na importância do corpo e do trabalho corporal do ator. O corpo é o material com o qual o ator desenvolve sua arte. Mas não só. O teatro de Barba possibilita as bodas entre a mente e o corpo (corpo-e-alma), não em termos de uma representação - como se o corpo representasse um pensamento, por exemplo -, mas na forma de uma inter-relação expressiva, de uma unidade constituída dessa união: “O ator pode começar do físico ou do mental, não importa, desde que na transição de um para outro, uma unidade seja reconstituída.” (Barba, 1995: 55) Essa unidade buscada diz respeito à composição de um “corpo-em-vida”, que, para esse autor, é o momento em que o “fluxo de energias que caracteriza nosso comportamento cotidiano foi redirecionado. As tensões que secretamente governam nosso modo normal de estar fisicamente presentes, vêm à tona no ator, tronam-se visíveis, inesperadamente.” (ibid.: 54)

Esse aspecto que “secretamente” modula a ação do ator, nessa concepção de teatro, não é entendida pela sua importância psicológica ou pela necessidade de resgate deste psíquico como motor da ação - concepção essa, de certa forma, aproximada ao sistema de Stanislavski. Pelo contrário, se envolve as vivências, experiências ou até a psique do ator, não é primeiramente em relação à consciência (consciente x não-consciente); mas o que interessa é que esse espaço “secreto”<sup>63</sup> é um manancial de *energia*, energia essa que vitaliza a expressão do ator. Neste sentido: “Estudar a energia do ator, portanto, significa examinar os princípios pelos quais ele pode modelar e educar sua potência muscular e nervosa de acordo com situações não-cotidianas [isto é, no teatro].” (ibid.: 74)

O que me interessa aqui expor é menos a técnica de Eugenio Barba e do teatro antropológico, do que propriamente esboçar algumas concepções deste autor que dão sustentação teórica e técnica para uma outra abordagem num trabalho teatral com os seres enlouquecidos. Isto é, através da noção de corpo-e-alma que é possível aproximar ao paralelismo espinosista<sup>64</sup>; através da ênfase na energia como fluxo em que podemos visualizar uma similitude do que Deleuze/Guattari falam de intensida-

<sup>63</sup> Vale lembrar que o título do citado livro de Barba é *A Arte Secreta do Ator*.

<sup>64</sup> Quero ressaltar que essas aproximações não se encontram na obra de Eugenio Barba, sendo de minha total responsabilidade.

des; e através do resgate da potência do corpo. É essa perspectiva de teatro que restitui a *possibilidade* de um devir teatro aquém de qualquer psicologismo.

Neste sentido, é possível anexar a essa reflexão a força do pensamento de Artaud, da sua idéia de teatro: “O verdadeiro teatro não traz à luz conteúdos latentes, fazendo a realidade apropriar-se do sonho e do reprimido. O teatro produz realidade, ou seja, é a arte da passagem e do devir, do rompimento das barreiras pela instalação da causalidade lateral e da relação produtiva do Duplo.” (Arantes, 1988: 60)

O teatro como duplo não é da ordem da cópia, mas sim da criação: “(...) o teatro deve ser considerado como o Duplo não dessa realidade cotidiana e direta da qual ele aos poucos se reduziu a ser apenas uma cópia inerte, tão inútil quanto edulcorada, mas de uma outra realidade perigosa e típica, onde os Princípios, como golfinhos, assim que mostram a cabeça apressam-se a voltar à escuridão das águas.” (Artaud, 1993a: 43)

Artaud não cessa de sustentar um aspecto obscuro que ao teatro caberia trazer à tona, ou melhor, fazer “vazar abscessos coletivamente”, mas não como pretexto interpretativo, como forma de medir o acontecimento cênico a uma realidade originária, como se o teatro fosse representar o real. Porque, afinal, Artaud se ocupa das intensidades, também quer vê-las produzirem um real-cênico, um real-expressivo. Esta característica da perspectiva de Artaud sobre o teatro é muito importante: recolher a positividade, ou até mesmo a necessidade, daquilo que nossa cultura varreu para debaixo de seus tapetes, isto é, esse caos, esse Fora, ou mesmo uma certa acepção de inconsciente, que não visa revertê-lo em inteligibilidade, como alimento ao intelecto: “E se nos dirigimos teatralmente ao inconsciente é apenas para lhe arrancar o que ele conseguiu recolher (ou ocultar) da experiência acessível e cotidiana.” (ibid.: 41)

Tudo se passa como se o terrível habitasse nosso corpo-e-alma como uma pústula, e ao teatro coubesse fazer vazá-la, para recolher (e preservar) sua intensidade própria:

Todas as nossas idéias sobre a vida devem ser retomadas numa época em que nada adere mais à vida. E esta penosa cisão é a causa de as coisas se vingarem, e a poesia que não está mais em nós e que não conseguimos mais encontrar nas coisas reaparece de repente, pelo lado mau das coisas; nunca se viram tantos crimes, cuja gratuita estranheza só se explica por nossa impotência para possuir a vida.

Se o teatro é feito para permitir que nossos recalques adquiram vida, uma espécie de poesia atroz expressa-se através dos atos estranhos onde as alterações do fato de viver demonstram que a intensidade da vida está intacta e que bastaria dirigi-la melhor. (Artaud, 1993a: 03)

Em suma: Artaud ataca constantemente o que ele chama de “teatro psicológico ocidental”, ataca mesmo a cultura ocidental como um todo, e não por questões simplesmente teatrais: é que essa cultura está podre, ela fede<sup>65</sup>. Esta cultura estabelece uma vida psicológica medíocre, e, como se não bastasse, o teatro ainda a faz representar-se. Portanto, não há mais necessidade de mantê-la, e deve haver, pois, no teatro uma poesia anárquica, que ponha em questão as formas, os significados, que seja herdeira do caos.



É interessante como nos enamoramos pelas teorias, como desejamos o prazer plácido que nos reserva em seus domínios assépticos. O campo teórico é, amiúde, essa pátria em que descansamos do caos dos acontecimentos, onde tudo encontra uma ordenação, uma sistematização. Isso nos encanta... mas entedia, também. A colocação em prática, ou mesmo a experimentação da prática, é o que injeta sangue ao inanimado montante de papel. Mais profundamente, talvez seja a própria razão de ser destes montantes de papéis.

De minha parte, mesmo já havendo experimentado “corporalmente” o teatro alguns anos antes da iniciativa de tentar montar um grupo com usuários de um CAPS, no momento de montá-lo, o que mais me impulsionava eram certamente as propostas teóricas. Mas no decorrer do trabalho, fui surpreendido pela diversidade, pela prática do teatro no seu imenso plural, ou melhor: pelos teatros, abrangendo estilos bastante variados.

Por outro lado, e mais profundamente, também surpreendeu-me a forma singular com que certas vidas se inserem no teatro. Na forma primeira de um deslocamento do olhar, surgiu para mim a necessidade de abrir-me à experiência, ao acontecimento, para poder perceber não só o teatro, cuja luminosidade por mim imaginada (e exagerada), muitas vezes me ofuscou os olhos; mas também o teatro-na-carne, isto é: atentar para esses seres que *encarnaram* o teatro.

---

<sup>65</sup> E é nesse sentido que vai a revolta de Artaud em relação ao suicídio de Van Gogh, o “suicídio da sociedade”: “Pode falar-se da boa saúde mental de Van Gogh, que durante a vida inteira só assou uma das mãos e, quanto ao resto, não fez mais do que cortar uma vez a orelha esquerda, num mundo que todos os dias come vagina cozida com molho verde ou sexo de recém-nascido flagelado e enraivado, tal qual o apanham quando sai do sexo materno. E não é isto imagem mas um facto quotidianamente repetido e cultivado com abundância por toda a terra. Por isso, tão delirante possa parecer esta afirmação, a vida presente continua na sua velha atmosfera de estupro, anarquia, desordem, delírio, desregramento, loucura crônica, inércia burguesa, anomalia psíquica, pois não foi o homem mas o mundo que se transformou num anormal (...). Por isso uma sociedade com tara inventou a psiquiatria para se defender das investigações de certas lucidezes superiores cujas faculdades de adivinhação a incomodavam.” (Artaud, 1993b: 17-8)

## O Pressuposto e o Acontecimento

A análise da experiencição com o grupo de teatro pode ser realizada através do desnível entre uma proposta idealizada e os acontecimentos dos encontros. Unindo-os, está a tentativa sempre presente de fazer o segundo coincidir com o primeiro.

A proposta<sup>66</sup> de um teatro como promotor de autonomia, como possibilitador de experimentações corporais, como instrumento de transformação de vida era, sem dúvida, uma procura minha (ou seja, do pesquisador), o que resultou na busca incansável de suas manifestações no decorrer da pesquisa. E, como já foi brevemente colocado na *Introdução*, isso impediu que, muitas vezes, eu visualizasse outros movimentos do grupo. Ou seja: uma vez que o foco era a autonomia através do teatro, perdeu-se de vista os corpos, os participantes e o grupo, e principalmente outras esferas, fora do momento de teatro, que constituíam/constituem a maior parte das vidas dos usuários. E isso não se deve necessariamente a uma incompetência, como se a pesquisa tivesse perdido seu rumo imaginário, traçado pelos objetivos iniciais. O que ocorre - ou o que ocorreu - é que a experiencição desenvolvida com esse grupo tornou necessária a revisão do que fora proposto inicialmente. Isto é, a minha inserção mostrou-me principalmente a necessidade de rever a idéia de autonomia como algo verificável, como uma possibilidade aberta pelos “oficineiros” (eu e os diretores) aos participantes (usuários do CAPS).

Através de uma análise das minhas anotações, recobrando à memória as experiências vivenciadas, é possível constatar a existência de um horizonte de singularização, que deve ser o objetivo final de qualquer proposta de trabalho, psi ou não, e que *pode* ser incitado por e vislumbrado nos acontecimentos, mas nunca pressuposto. E aqui cabe uma colocação de Pelbart: “o que já é conhecido de antemão não pode ser experimentado como acontecimento.” (Pelbart, 1993: 33)

Desse modo, o percurso da pesquisa reflete um longo aprendizado meu, em que percebi a necessidade de permeabilizar noções como autonomia e teatro, de modo a que dessem conta do devir dos acontecimentos.

Sendo assim, o que segue é muito mais um exercício de reflexão teórica sobre o que foi experienciado, do que propriamente uma descrição (e muito menos, em termos etnográficos, uma descrição densa).

---

<sup>66</sup> Sobre a proposta de trabalho com teatro, cf. SILVA, Jardel S. da. *Busca de autonomia através do movimento corporal (teatro): uma proposta de trabalho com usuários do NAPS*. <http://www.psicologia-online.org.br/trabdh.html>, Brasília/DF, setembro de 1998.

Não foi minha pretensão fazer uma etnografia de um grupo de usuários de um serviço de saúde mental. Portanto, os relatos dos acontecimentos serviram para exemplificar a mudança de olhar do pesquisador.



Resumidamente, o trabalho realizado seguiu a seguinte cronologia.

A primeira iniciativa com o teatro aconteceu no NAPS, em Florianópolis, como descrito na *Introdução*. Nesta ocasião, estava bastante interessado pelas propostas e técnicas de Augusto Boal<sup>67</sup>, pois este autor possuía propostas bem práticas e aparentemente fáceis de aplicar. Mas, a despeito da incapacidade que experimentei de aplicação dos exercícios de Boal, começou a ficar mais patente o seu teor psicológico.

Então, com a transferência para Blumenau e a possibilidade de iniciar um trabalho com teatro, associado a um encontro teórico maior com Artaud e Barba, fui mudando meus planos. Além disso, em Blumenau, surgiu a possibilidade de trabalhar com um diretor de teatro que utilizava (ou pretendia utilizar) o referencial e as técnicas de Eugenio Barba, o que não ocorreu na prática.

Sendo que minha experiência com teatro no NAPS foi brevíssima, não podendo assistir ao pleno desenvolvimento do trabalho, que aconteceu posteriormente, foi, portanto, em Blumenau (no CAPS) que acompanhei ativamente ao desenvolvimento de um grupo de teatro com os ditos doentes mentais.

No princípio, pensávamos (eu e o diretor Alberto) em realizar um trabalho que não ficasse só nos exercícios teatrais, que tivesse como meta apresentar um espetáculo (ou alguns espetáculos), que não se fixasse na palavra como expressão teatral, dando ênfase ao trabalho corporal, e ao corpo como recurso cênico. Neste aspecto, a proposta ia ao encontro do trabalho de Barba.

De um modo geral - como foi colocado na *Introdução* - partilhávamos de uma certa mitologia em relação aos “doidos”, que incluía a expectativa da emergência, no decorrer do trabalho, de uma espontaneidade criativa. No relato destes primeiros encontros aparece uma alternância de uma expectativa inicial e o posterior “balde de água fria” do resultado (ou as “broxadas”, como foram relatadas no diário). De minha parte, ainda havia o receio do trabalho não vingar, o que faria desandar a minha prática e a minha pesquisa. Esta ansiedade se reflete, nos relatos no diário, numa tentativa de

---

<sup>67</sup> Sobretudo através de seu “guia prático”, o livro: *200 exercícios e jogos para o ator e o não-ator...* . Cf. BOAL, Augusto. *200 Exercícios e Jogos para o Ator e o Não-Ator com Vontade de Dizer Algo Através do Teatro*. 11ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1993.

implicar o diretor, fazê-lo se comprometer, evitar as faltas<sup>68</sup> etc. Essas tentativas, muitas vezes, resultaram numa centralização do foco na figura deste diretor, principalmente em relação ao que ele propunha e como o pessoal do grupo respondia, como forma de verificar se o trabalho estava se desenvolvendo, ou se deveríamos mudar o direcionamento, o que por vezes ocorreu por iniciativa do diretor (por mim amparada).

Esse tipo de postura dificultou, por vezes, a visualização do grupo. Mas em alguns encontros, em que eu via uma maior motivação (na inter-relação diretor-participantes), os relatos mostram-se mais abrangentes, e aparece mais nitidamente o delineamento dos participantes, suas ações; e não só reações às propostas do diretor. Da mesma forma, na segunda fase do trabalho, com o diretor Sérgio, atenuou-se esta ansiedade, o que se refletiu numa ampliação da perspectiva sobre os componentes, uma vez que a figura do diretor se dissolveu um pouco, funcionando mais como incitador do trabalho, e não peça central.

Num movimento de montanha-russa, com seus altos e baixos, conseguimos realizar - o grupo, o diretor Alberto e eu - alguns trabalhos de improvisação, que resultaram numa saída performática, numa encenação de "Casamento na Roça", e na encenação de duas pequenas esquetes, no teatro da Fundação Cultural de Blumenau.

Aos poucos, Alberto foi perdendo o interesse, talvez em virtude das inúmeras "decepções", o que aparecia não só no trabalho com o grupo, mas também em sua disposição para os trabalhos e na frequência com que aparecia. Foram se alternando várias impossibilidades de comparecimento, até que resolveu desistir.

Talvez isso se deva muito ao próprio perfil desse diretor: apesar de ter algumas práticas experimentais, de realizar algumas oficinas de pesquisa, é um diretor mais voltado para o resultado, para o espetáculo, para a montagem da cena. Seu modo de direção está mais ligada à manipulação dos atores, à colocação deles em cena, muito mais que uma criação coletiva - que é mais demorada, e muitas vezes pode não levar a lugar nenhum, pode não render nenhum espetáculo. Do mesmo modo, como já foi colocado, parecia crer num certo potencial adormecido do louco, e que sua tarefa seria despertar, numa expectativa de um efeito milagroso do trabalho do diretor.

E da parte dos participantes do grupo, havia também um desejo de atuação, de encenar, o que acabava refletindo numa expectativa de que os encontros do grupo levassem (rapidamente) a isso.

---

<sup>68</sup> Aqui cabe um (longo) parêntese: um aspecto interessante (e que será retomado no final do capítulo) foi que, nos encontros em que o diretor Alberto não vinha, eu aproveitava para "passear" pela cidade, indo a alguns locais que normalmente essas pessoas não iam: à Biblioteca Municipal, à Fundação Cultural, ao Sebo, mesmo ao Shopping Center. Íamos caminhando, conversando, atravessando a cidade, e ocupando outros espaços.



Então, quando viam que não estavam conseguindo o resultado esperado - principalmente através dos olhares insatisfeitos do diretor Alberto e dos meus -, arrefeciam.

Com a desistência do diretor Alberto, fiquei sozinho com o grupo, tentando “tocar pra frente” de alguma forma. Mas sabia perfeitamente das minhas limitações, ou mesmo incapacidades. Ao cabo de um mês, outro diretor - Sérgio - se dispôs a assumir o trabalho.

Essa “segunda fase” do grupo iniciou-se em outro patamar, poderíamos dizer assim. O grupo encontrava-se relativamente coeso, já haviam se apresentado etc. Além disso, o diretor Sérgio tinha bastante prática com grupos em escolas e em comunidades retiradas (*Arte nos Bairros*<sup>69</sup>), além de muito interesse em experimentações teatrais. Deste modo, a continuação do trabalho representou um avanço. E, talvez pelo conteúdo vivencial do meio ano que havia transcorrido desde o início do trabalho com o grupo, as expectativas eram bastante diferentes, bem como não havia uma ânsia pelo resultado; o trabalho em si tornou-se o objetivo. De minha parte, havia depurado a mistificação em torno do “doido”, de sua criatividade essencial etc. Da parte do diretor, parecia basear sua prática na materialidade dos corpos com que iria trabalhar, o que pode ser ilustrado por uma das poucas “informações” que queria ter dos participantes: “Há alguma limitação física: problemas de coração, respiratórios, musculares?” Nestes termos, foi retomado o trabalho.

A partir dessa retomada, em pouco mais de um mês, foi montada uma pequena peça, baseada num conto de Millôr Fernandes: *Conto Relâmpago, sujeito a chuvas e trovoadas*. Este texto foi encenado no final do ano de 1999, no encerramento das atividades do CAPS, e no encerramento das atividades da Fundação Cultural de Blumenau, no teatro desta entidade. Foi a primeira vez que o grupo se expôs a um público “desconhecido”, o que foi bastante interessante. Pois, anteriormente, todas as apresentações se davam num meio de familiares e profissionais do CAPS, num estilo “teatrinho de escola”, sem nenhuma valoração artística; muito antes, servia como um demonstrativo do tratamento, como indicativo de sociabilidade etc. Nessa experiência de apresentação, que foi precedida de um trabalho de treinamento dos atores mais voltado a experimentações cênicas, para que eles pudessem dar o “tom” do personagem, o grupo apresentou-se num espaço artístico, com um público mais suscetível à arte. Certamente, a ansiedade e o nervosismo foram maiores, mas serviu para o pessoal adquirir a dimensão do que estavam apresentando, do que estavam fazendo, terem uma idéia de teatro como manifestação artística, e visualizarem-se como atores, como componentes de um grupo de teatro, e não primeiramente como usuários do CAPS, logo, doentes mentais.

<sup>69</sup> O projeto *Arte nos Bairros*, coordenado pela Fundação Cultural de Blumenau, tem como objetivo levar oficinas artísticas para os bairros, principalmente os de mais difícil acesso. Nesse sentido, foram formados vários grupos de teatro (principalmente voltados a adolescentes) em algumas comunidades de Blumenau.



De um modo geral, havia, desde o início das atividades, uma expectativa muito grande de minha parte para que o trabalho acontecesse, como se fosse necessário manter o interesse tanto dos participantes quanto do diretor. Isso aparece nos relatos, desde o primeiro encontro: “o pavor de ser um fracasso”. Como se houvesse, a todo o momento, uma necessidade de implicá-los no trabalho, através de chamadas à seriedade e maturidade da empreitada, como forma de se distanciar do aspecto infantilizado (infantilizador) da oficina terapêutica. Paralelamente, está sempre presente uma certa obsessão pela autonomia, como o grande ouro a ser depurado em cada encontro.

Essa problemática da autonomia foi de fato a direcionadora da minha procura nos trabalhos com o grupo, o que acarretou uma série de implicações, principalmente em relação ao meu olhar sobre os encontros, cuja perspectiva restringiu-se à procura das mostras de autonomia, como a havia definido *a priori*. Nesse sentido, as demonstrações de autonomia referiam-se principalmente a características que eles *deveriam alcançar*, como, por exemplo: atividade, criatividade, ousadia, ações não-repetitivas etc. Sendo que estas demonstrações se restringiam às atividades teatrais, não englobando outras atividades das vidas dos participantes do grupo. Paralelamente, as descrições em diário referiam-se muito mais ao que era proposto - e à (in) capacidade dos participantes de executarem essas atividades -, do que propriamente ao que acontecia aquém ou além do que fora proposto, que eram também manifestações das ações dos participantes. Isso fica evidente na centralização de muitas das observações na figura do diretor Alberto. Como exemplo, alguns comentários de uma ida a um parque que fizemos, para realizar um trabalho corporal:

*[27/4/99 - 8º encontro] Conversamos mais um pouco. O Alberto falou de motivação, de envolvimento, de paixão, enfim, de tesão. Falamos com eles que a nossa ida ao parque não tinha dado os resultados esperados, que esperávamos mais envolvimento e dedicação. O principal envolvimento deles ocorrera com o rango. O Alberto falou: “Se o negócio é passear, a gente podia fazer um grupo de passeios, de excursão, em vez de um grupo de teatro”.*

Outro aspecto importante, é o caráter diretivo da condução das atividades, tanto de minha parte quanto do diretor Alberto, que muitas vezes surgia como tentativas de “dar rumo” ao grupo: paradoxalmente, conduzi-los rumo à autonomia de suas ações.

*[11/5/99 - 10º encontro] Outro indício a essa falta de autonomia é em relação às atividades mesmo, aos exercícios e tal. Até essa questão da falta de vontade deles tá muito associada à falta de orientação nossa, principalmente do Alberto, e minha também (tem muito essa coisa da figura do psicólogo). Então, quando é orientado a eles fazerem algum exercício, eles acabam fazendo, principalmente se for insistido e bem orientado. Orientado no sentido de diretividade, é preciso ser diretivo, é preciso que se indique o que fazer, como fazer e insistir que se faça, mais vezes. Desta forma, acaba acontecendo o movimento, o exercício. Ele acaba logo, mas ele inicia. Ou seja, o início do movimento é possível, sendo “mandão”, digamos assim, com o mando.*

Em suma, as descrições em diário fornecem bem o tom de um trabalho idealizado, de uma perspectiva pré-estabelecida que recorta uma categoria (no caso, autonomia) e quer divisá-la num determinado grupo.

No entanto, é possível recolher dessas descrições, através da confrontação proposta X prática, um material útil à análise desse grupo, incluindo nele o pesquisador. Principalmente, no que diz respeito à mudança de olhar que tive que empreender: aprender a ver aquilo que não havia sido previsto, aprender a recolher as impressões dos acontecimentos.

Digo aprender a ver, pois, a partir de uma análise crítica mais detida dos meus relatos, pude perceber de que forma estava olhando para o que acontecia. Isso implica em duas direções complementares de análise: primeiramente, que os meus relatos esclarecem a minha perspectiva sobre o grupo; e, em segundo lugar, que, a partir dos relatos das “decepções”, ou do que eu entendia não estar acontecendo, é possível apreender o movimento próprio *desse* grupo, *suas* próprias categorias, talvez mesmo algo equivalente à autonomia. Deslocar o foco para poder captar os interesses próprios ao grupo, que se constituem através das idéias que os participantes têm de oficina terapêutica, de teatro; da relação de seus corpos com os espaços ocupados; e de como que o teatro se insere em suas vidas.

Para começar, podemos tomar a experiência de oficina, pois eu pressupunha uma concepção de oficina baseada no interesse, em que as pessoas interessadas participariam ou não. No entanto, os usuários tinham uma experiência que se referia mais a uma idéia de ocupação (ocupacional), que não incluía muitas vezes a vontade deles, que se estabelecia por hábito e que seguia em termos de um roteiro de atividades, em que o teatro era mais uma entre outras, em que todos deviam participar (do tipo: café às 8:00; atividades manuais às 8:30; teatro às 9:30; almoço...). O que estávamos propondo era um direcionamento da oficina em termos de interesse, que participaria quem estivesse interessado em aprender/experimentar teatro etc. Tanto que no começo das atividades foi preciso estabelecer esse espaço, com essas propostas, pois algumas pessoas vinham à oficina sem terem a mínima vontade de ficar nas atividades. Foi preciso compreender essa perspectiva de “oficina” (que para mim era, desde o início, relacionada ao interesse) para entender a participação dos usuários nas atividades. Essa crítica, bem como a necessidade de modificar a forma de oficina pode ser exemplificado com essa passagem do diário:

*[23/3/99 - 6º encontro] Falamos ainda [eu e Alberto] do clima do CAPS, bastante institucional, e do espírito, ainda presente, da oficina: local de atividades consecutivas, não necessariamente desejadas, onde impera ainda nas pessoas um clima de dever, de obrigação, onde o desejo, o tesão, não têm muito lugar. É isso que não quero/queremos. A Oficina de Teatro e outras oficinas devem romper com isso. Há que se escolher, é preciso que o determinante de eu estar nesta oficina e não em outra seja a minha vontade de participar dessa atividade, meu interesse, não somente a vontade de não ficar em casa (ou a necessidade de cumprir o compromisso de ir para o CAPS).*

Pois a proposta inicial da formação do grupo era oferecer uma atividade que contagiasse os usuários do CAPS (alguns, pelo menos) e, desse modo, os levasse a participar. Tanto que, no início, fazia-se uma chamada geral na oficina terapêutica, do tipo: “Quem tá a fim de participar do teatro, vamos subir para a sala.” E, inicialmente, os usuários achavam que essa era a “próxima” atividade que “deveriam” participar. Assim, dependendo do número de pessoas que estava na oficina, eram essas que iam para o teatro.

Neste sentido, ressaltávamos várias vezes que a razão da participação deveria ser o interesse, que não havia necessidade de ficarem se não quisessem etc. Foram várias conversas com o pessoal que aparecia, o que de certa forma mudou um pouco a idéia deles sobre aquele grupo. A nossa tentativa era a de mostrar que o que se estava tentando desenvolver era um trabalho que não seria só “passatempo”, que tinha uma profundidade “artística”, daí a insistência, muitas vezes (principalmente na primeira fase) na seriedade:

*[9/2/99 - 1º encontro] Nosso desafio parece ser duplo: despertar seu desejo/vontade pela coisa e fazê-los crer na seriedade (e maturidade) da empreitada. Num contexto de práticas tão infantilizadas em que se encontram, não é tarefa fácil.*

O grupo seguiu aberto até o 6º encontro, no qual 5/6 pessoas deveriam apresentar algumas cenas que estavam ensaiando desde a outra semana. Havia 11/12 pessoas na sala (na semana anterior eram 6), muitas só para assistir e “dar palpite”, o que acabou gerando “confusão” e a não apresentação das cenas, pois as pessoas se negaram a apresentar com os outros assistindo. Daí surgiu a idéia de “fechar” o grupo, restringi-lo aos mais freqüentes. E foi o que ocorreu, não sem conflitos<sup>70</sup>.

Ou seja, inicialmente houve uma necessidade de estabelecer um espaço para o grupo, um local/momento de se realizar um trabalho em que as pessoas pudessem exercitar o interesse/curiosidade.

Outra diferença dizia respeito às próprias referências de teatro, pois partíamos (eu e ambos os diretores) de nossas referências de teatro e de encenação, que se relacionavam mais a experimentações cênicas, sem uma necessária vinculação a um realismo tipo televisivo. Mas era justamente essa a referência dos participantes: a televisão. Eles não conheciam o teatro (exceto o André, que conhecia um pouco). Dessa forma, o repertório que dispunham era o de interpretar coisas do cotidiano, tipos estereotipados etc. Além disso, ainda haviam tido uma experiência de oficina teatral em que foram mais enfatizados os exercícios.

<sup>70</sup> No início de 2000, com o diretor Sérgio, foi aberto um segundo grupo (Grupo Iniciando) e foi mantido o primeiro (Grupo Continuando).

A partir disso, pode-se concluir que coexistiam, para os usuários, as idéias - a princípio contraditórias - de que interpretação é o que é feito na novela; e teatro, ou melhor, teatro no CAPS, uma espécie de ginástica diferente.

Em relação ao corpo e ao espaço, foi preciso atentar não somente à relação corporal no teatro (delineada no projeto), mas à relação corpo-e-mente como inserção mediada pelo teatro num determinado espaço social, institucional etc. Refiro-me aqui, por exemplo, à forma como os participantes respondiam às atividades no próprio CAPS, na Fundação Cultural, nas idas a apresentações de peças, na visita ao Teatro Carlos Gomes etc., além de outros momentos, em que simplesmente andávamos pela cidade, indo a alguns lugares como a Biblioteca, Shopping Center etc.

Esses aspectos desembocaram numa implicação crucial, que modificou a concepção inicial da relação do teatro com a vida desses usuários, ou melhor, tornou necessária uma reflexão a respeito da forma singular com que o teatro se inseria na vida deles.

Essa singularidade de inserção requer principalmente que não se circunscreva o nosso olhar à oficina de teatro, pois se deve transbordar esse território, entendê-lo como ponto de ramificação ou de referência, de onde partem um série de linhas de experienciação.

O que estou analisando não é o que ocorre nestes outros pontos de experienciação, mas sim a possibilidade do grupo de teatro e das atividades teatrais terem se estabelecido como esse ponto de referência e a importância que assumiu.

## A Loucura, o Corpo, o Teatro

Estava presente no projeto de pesquisa uma necessidade de investigar alguma forma de atividade com os usuários de um serviço de saúde mental que pudesse romper com a passividade que neles visualizava. Isto deveria se dar, obviamente, através de algum trabalho que priorizasse o corpo. O que, por sua vez, conferiria à pesquisa um eixo temático mais ou menos assim: loucura-medicação-teatro-autonomia, tentando cumprir um programa que teria por objetivo algo do tipo: possibilitar poder para os seres enlouquecidos, formas expressivas que tenham status na sociedade. O que, de certa forma, não é descartável em seus efeitos, mas que traz várias complicações.

De início, uma perspectiva que entenda a passividade como impossibilitadora de autonomia e a atividade como sua promotora, pode nos enredar em pré-concepções, como se houvesse um projeto ontológico a ser seguido. Ou ainda, deixa escapar a visualização de uma certa profundidade - estratégica -, para além do imediatamente perceptível. Isto é, ver nessa suposta "passividade" uma resistência estratégica, uma negação ao movimento.

[4/5/99 - 9º encontro] *Autonomia: como falar disso, por exemplo, em relação a esse encontro específico? A Iracema cantando, ou seja, introduzindo algo seu no grupo; o Ivan levantando-se e explorando as possibilidades cênicas de sua piada, são exemplos. Participar talvez seja uma forma de ser autônomo. Criar talvez seja a alquimia que transforme autômato em autônomo. Não aconteceram grandes criações neste encontro; mas houve a criação de um possível, de um possível para a criação. Sair da inércia, envolver-se, introduzir algo de seu, introduzir-se (corporalmente) é abrir uma brecha no estabelecido, é sair da espera.*

[11/5/99 - 10º encontro] *Sem dúvida, é marcante essa falta de autonomia. O que eu chamaria dessa falta de autonomia, que eu observo? Não existe muito, parece que não é muito claro pra eles essa questão: o que lhes faz bem, o que não lhes faz bem. Então, o que é bom pro corpo e pra alma. Ou talvez a gente pode estar pensando que o que eles entendem como bom pro corpo e pra alma é esse repouso (repouso além da ação do remédio). Mas a questão da medicação é uma coisa que lhes incomoda, mas que eles não mexem nisso, não querem mexer nisso. Ou talvez não possam mexer nisso, porque eles precisam, obviamente, de uma auxílio técnico, do psiquiatra, e ele parece não estar disposta a mexer nisso.*

[1º/6/99 - 13º encontro] *Visto que a vontade fraqueja frequentemente, o primeiro movimento da autonomia que se consegue vislumbrar é a ativação da vontade. É quando o querer se levanta que vemos essas pessoas distanciarem-se um pouco de seu estereótipo de “doente”.*

E foi através da convivência e da análise dessa convivência que foi possível entender a singularidade desses participantes do grupo, deslocando a procura pela ação do corpo na atividade teatral, para compreensão da inserção singular desses corpos-e-almas num determinado espaço a partir do teatro.

É interessante como o corpo poucas vezes aparece nas descrições no diário. Talvez seja o reflexo, por um lado, da minha incapacidade de descrever o que estava ausente: a atividade-criatividade que esperava ver e não encontrava. Por outro lado, pode representar a impropriedade em tentar analisar o corpo fora de suas inter-relações. Mesmo já havendo pressuposto a inter-relação corpo-alma (nos termos do paralelismo espinosista), bem como a relação corpo-medicação (descrita no Capítulo 2), foi preciso a convivência com o grupo para entender a relação corpo-espaço ocupado.

No início das atividades com o grupo, a idéia de uma oficina de teatro era muito fechada, o que se pode perceber através das expectativas lançadas a cada encontro. Desde o primeiro, em que se pode ler no diário de campo: “...eu achei morna essa primeira experiência, talvez por estar esperando algum grande acontecimento.” Esse tipo de expectativa se repete em praticamente toda a primeira fase do trabalho, além de estar seguida de um esforço em fazer com que os participantes do grupo “realizem as atividades propostas”, leia-se, o que foi preparado para aquele encontro. Com isso, as observações sobre os corpos centralizam-se na sua atividade em relação aos exercícios propostos. Esse aspecto reflete-se na importância dada, nos relatos, à figura do diretor (principalmente na 1ª fase do trabalho). Como a atividade esperada não aparece, a observação focaliza mais a distância entre o proposto e o não-feito.

Sendo assim, e tendo como foco a questão da autonomia (vinculada a uma idéia de atividade), a não-ação dos participantes segue aparecendo como passividade. O que, aliás, já estava presente no projeto de pesquisa, na forma de uma espécie de “proposta de transformação”. E a riqueza da convivência com esse grupo é poder rever essa perspectiva de transformação, para apreender a singularidade desses corpos-e-almas, em suas relações com o movimento e o repouso, a partir do teatro. Isto é, poder enxergar, para além de um crivo conceitual (ou talvez pré-conceitual), as categorias próprias a esse grupo, como elas aparecem nos encontros e qual sua importância para essas pessoas.

Numa determinada parte do diário, assim caracterizo os corpos de alguns participantes:

*[11/5/99 - 10º encontro] Mas os corpos dessas pessoas, eles são lentos. O corpo da Iracema é um corpo pesado, um corpo lento. Além de obeso, a gente observa nele a ação prolongada desses medicamentos: um corpo que foi travado. O corpo do Ivan já é um pouco diferente: ele é um pouco obeso, um pouco gordinho, mas ele tá sempre pela manhã, ao menos quando o vejo, muito sonolento, talvez a questão dele seja mais remédio no momento, que a longo prazo. A Maria parece ser a mais desperta... e, aliás, a Andréa também é muito desperta: não se vê nela essa ação da medicação tão forte, no seu corpo; seu corpo parece ativo. Da Maria também, apesar de que um pouco menos. A Andréa parece, mesmo, a mais ativa, corporalmente falando. A Madalena... bom, nem se fala: a Madalena também tem... só que ela tem, somado a isso, algo de sófrego, um ar de sofrimento que tá escrito no seu rosto. A sua imobilidade parece sofrida, algo que tá associado. Depois nós temos o André: ele é um cara que parece ativo, ele é ativo, aliás. Pelo que ele narra da sua vida, ele procura as coisas, ele sai, ele não gosta de ficar em casa, ele não gosta de Blumenau, ele quer sair daqui. Existem muitos indícios de atividade em sua vida: ele vai ao Shopping... ele é um rapaz novo, também, mas ele vai ao Shopping, ele vai ao teatro de vez em quando, vai aos “Domingos Livres” que tem aqui, assiste a alguns shows, a pequenas apresentações. Ele está no mundo, digamos assim. Mas o seu corpo também parece que tá “amansado” pelo remédio. E não só o remédio: também esse não-saber-pra-onde-ir talvez esteja inscrito nesse corpo. Sonolento, também, um corpo pesado, seu andar é pesado.*

Toda essa lentidão e esse peso dizem respeito a um modo de existência que tem seu ritmo próprio, que tem uma inserção própria no espaço. Os corpos-e-almas são medicados e disciplinarizados, mas resistem, através de uma desaceleração, frente a um meio de plena velocidade (nossa sociedade, e, por extensão, nossas oficinas). Nesse aspecto, Pelbart (1993) situa maravilhosamente o tempo da loucura: “A loucura tal como ela se apresenta hoje certamente é também isso: a recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade, e a reivindicação de um outro tempo.” (Pelbart, 1993: 39)

Daí que pensar em atividade e passividade, não se mostra tão útil, quanto entender o movimento em termos de velocidade e lentidão. Nesse aspecto, as observações e os relatos em diário de campo apresentam a aleatoriedade desses ritmos, que dependem de um enorme número de fatores: desde a medicação e o horário de sua administração (que incidem diretamente no ritmo corporal); passando por questões familiares; tipo de atividade proposta; o espaço utilizado para as atividades etc.

Destas, gostaria de fazer um recorte e ressaltar o fator espacial, que parece ser o mais evidente e presente no que foi relatado. Principalmente se o relacionarmos em termos de espaço institucional

e não-institucional. Neste aspecto, o espaço do CAPS carrega consigo uma carga institucional (presença dos profissionais, regulamentos, condutas, salas e divisões espaciais etc.), que o caracteriza como espaço de saúde-doença, mas também de assistência. Isso modifica a disposição dos corpos: intensifica a postura de espera, a idéia de tratamento, a oficina como forma de “passar o tempo” etc. Não que ocorra uma alquimia maravilhosa ao se mudar o espaço das atividades. Mas percebe-se uma disposição diferente dos corpos, como se um outro local (a sala de ensaios da FCB, por exemplo) possibilitasse uma relação diferente como espaço, que abre possibilidades ao corpo. No entanto, como foi falado acima, há muitos aspectos envolvidos. Mas nos meus relatos, a relação espacial aparece de modo marcante, principalmente como possibilidade para a emergência de algumas vontades, dando vazão a alguns fluxos<sup>71</sup>, que o espaço institucional do CAPS, por exemplo, são remetidos à questão do tratamento: sintomatologias, melhoras, recaídas... Bem como, dentro de minhas expectativas, a mudança de espaços permitiu algumas movimentações, muitas vezes levando à ação. Como exemplo, um bate papo que tivemos na sala de ensaios da Fundação Cultural:

*[21/9/99 - 23º encontro] Coloquei [para os participantes] que gostaria de aproveitar esse encontro para um bate-papo, que queria ouvir deles sobre a experiência de apresentar uma peça, etc. Também coloquei que falássemos um pouco de um (possível) próximo projeto (peça). Foi bastante interessante o que se seguiu. Na verdade, tudo transcorreu num clima bem leve e, o mais interessante, participativo. O pessoal participou do papo: falaram, comentaram, sugeriram...*

*Aconteceu mais ou menos assim: comecei perguntando o que tinham achado da apresentação, como tinham se sentido. Acho que o André começou falando: disse que tinha gostado, que fora uma experiência interessante. O Nelson falou que tinha gostado; “- Gostei de ter sido o bandido, a Andréa era a cliente da joalheria...” Todos mostraram-se contentes com o resultado, apesar de não terem nada “elaborado” a respeito. Enquanto ainda falávamos da apresentação, o Nelson perguntava: “Quando vamos fazer outra peça?” Eu lhe disse que tínhamos que combinar, trabalhar... Em suma, o clima foi de bastante entusiasmo e, sobretudo, não, ou muito pouco, sintomático. Isto é, não apareceram aquelas condutas sintomáticas principalmente do Nelson e da Andréa, que suscita tantos olhares estranhados e os coloca no papel de doentes mentais. Por alguns momentos, quem estava falando não eram os doentes mentais do CAPS, mas sim os atores iniciantes do teatro. Talvez o próprio espaço que ocupávamos, a Fundação Cultural, ajudasse.*

É interessante notar que essa observação está embebida num certo entusiasmo, uma vez que houve ação, saindo das “condutas sintomáticas”. Como contraponto, temos a (já citada) ida ao parque, para ensaiarmos, a qual foi “decepcionante”:

*[27/4/99 - 8º encontro] O que eu percebi é que eles ficaram empolgados para sair. Mas, uma vez chegando lá, acho que esperavam uma coisa mais pic-nic, e não era esse o nosso propósito. Nesse dia, os rostos mostravam uma expressão de cansaço, falta de vontade.*

*Uma coisa que eu estranhei foi a não exploração do espaço: ao chegar não havia essa curiosidade de conhecer o parque. (...) Parece ser uma falta de iniciativa: o corpo cansado, parado, travado não é ativado,*

<sup>71</sup> Novamente, lanço mão de Guattari/Rolnik, nas suas “Notas Descartáveis sobre Alguns Conceitos”: “Fluxos: os fluxos materiais e semióticos ‘precedem’ os sujeitos e os objetos. O desejo, portanto, não é, de início, nem subjetivo, nem representativo: ele é economia de fluxos.” (Guattari; Rolnik, 1996: 319)



*não se joga a esse espaço diferente. Da mesma forma, nesse dia os exercícios pareciam uma afronta à inércia.*

Se estivermos de acordo com Pelbart (1993), quando diz que “em nossas instituições de saúde mental assistimos a um outro regime de temporalidade. São guetos lentificados” (Pelbart, 1993: 34), concordaremos que a atividade é um valor para os animais da pressa (nós), e que para os loucos a inércia não é, necessariamente, desconfortável ou angustiante.

Neste sentido, a questão de uma suposta passividade, pode ser analisada em termos de tempo, ou melhor, aceleração e desaceleração. Como, na minha perspectiva inicial, a autonomia acabou sendo vinculada à atividade, então a lentidão dos corpos era lida como falta de autonomia. No diário, aparecem muitas observações sobre a “inércia” dos participantes, como se eu houvesse substituído a doença mental pelo mal da inação. Pois talvez justamente nesta “recusa de determinado regime de temporalidade” resida um modo particular de existência, um modo de viver que não cabe nas fábricas, na construção civil, nos escritórios... *Auto-nomos* deve incluir também essa dimensão estratégica, que se refere aos elementos que se tem à disposição e que fazemos funcionar como máquina de guerra, mesmo que seja um “disfuncionamento”.

## Novos Espaços

Sem dúvida, a formação de um grupo de teatro, a inserção nesse meio artístico, permitiu a essas pessoas do grupo freqüentarem espaços a que não estavam acostumadas, ou mesmo lugares em que nunca haviam estado (como o teatro do município, o Teatro Carlos Gomes), bem como num tipo de inserção nesses mesmos espaços que se estabeleciam por outros motivos: não era, principalmente, um grupo de doentes mentais do CAPS visitando o teatro; mas sim um grupo de teatro visitando o maior palco da cidade. Da mesma forma, quando fui, certa vez, requisitar uma sala no SESC, onde pudéssemos ensaiar com maior liberdade, referi-me à administração como o “Grupo de Teatro do CAPS, que é um Ambulatório da Prefeitura”. Questão identitária, sem dúvida, mas que não circunscreve diretamente essas pessoas em sua “patologia”, uma vez que o teatro é um espaço artístico, e essas pessoas estão inseridas nele, gozando de um certo *status*, são aprendizes-atores, e não doentes crônicos.

Espaço e utilização do espaço (físico, social, subjetivo etc.) como um foco alternativo à autonomia. Daí que, talvez, o que se pode constatar não seja um movimento rumo a um acréscimo de autonomia, em si uma abstração, como se fosse possível desvincular o corpo do espaço que ele ocupa. Se há algum movimento que se pode observar neste grupo é algo que se assemelha a um trânsito, um maior trânsito. Não propriamente autonomia - abstração teórica do pesquisador -; mas uma am-

pliação do movimento desses corpos nos espaços sociais ocupados: um migrar para outros territórios possibilitado pela inserção desses seres enlouquecidos num grupo de teatro.

Isto assume muita importância na medida em que entendemos a maioria das práticas em saúde mental como operadoras de circunscrições territoriais: espaços mais ou menos abertos sempre destinados a algum tipo de “tratamento”. Desta forma, fazem com que esses seres permaneçam reclusos no território da terapêutica, logo da saúde, logo remetendo-os à sua “doença”. Por outro lado, a própria vida comum não possibilita maiores vôos. Também neste âmbito, o grupo de teatro pode ser entendido como diferencial, como novo território, inclusão dessas pessoas em práticas culturais que, enquanto “normais” não tinham acesso. Um exemplo disso, foi quando fomos convidados pelo diretor Alberto a ir ao Teatro Carlos Gomes, conhecer suas instalações e assistir ao ensaio de uma peça que estava para estreiar:

*[8/6/99 - 14º encontro] Sentamos para assistir ao ensaio. Foi bem interessante. Acho que muitos ali, da oficina, nunca tinham assistido a uma encenação. Assistimos a parte do ensaio com direito a interrupções em que os atores discutiam diálogos, cenas e marcações que deviam ser melhorados. Foi muito bom, deu para o pessoal sentir o clima de ensaio, de apresentação. Deu pra eles verem o trabalho que há em cima de uma cena, todo o ensaio para ela ficar boa etc. (...) Também foi interessante o contato deles com o Teatro, a ida ao Grande Auditório, principal palco da cidade. Foi um clima de descoberta, mesmo porque ninguém ali alguma vez havia entrado no Carlos Gomes, a maioria deles sempre morou em Blumenau. Era um espaço que não existia pra essas pessoas!*

Outra situação bastante interessante, foi quando o grupo de pesquisa teatral da UNICAMP, o Lume, esteve em Blumenau com o espetáculo *Café com Queijo*, de uma pesquisa que realizaram no interior de alguns estados do norte do Brasil, e interior dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Esse espetáculo, cuja proposta diferencia-se do teatro comercial, tem um limite de 100 espectadores, devido à forma de montagem do cenário e à própria intenção do espetáculo. Como os ingressos deveriam ser reservados, mediante doação de um quilo de alimento, na Fundação Cultural, um amigo meu que trabalha lá me ligou e falou: “Jardel, se você quiser, dá pra levar o pessoal do grupo aí do CAPS.” E foi o que fiz: convideio-os. Três deles toparam, e dois apareceram no dia do espetáculo. Foi muito interessante, pois a grande maioria do público presente eram pessoas ligadas ao cenário artístico e estavam lá para conhecer o trabalho deste grupo, que tem um certo prestígio no meio de “pesquisadores” em teatro. E os usuários do CAPS estavam lá, como aprendizes de atores.

Sendo assim, é possível afirmar que a ampliação dos espaços de trânsito, não relacionados aos discursos e práticas psi (ou, pelo menos, “não-oficialmente”), também não remetidos às rotinas da “vida comum”, possibilita o devir, a emergência de outros fluxos, que uma territorialização do tipo “doente mental”, “usuário do CAPS” etc., não permite, uma vez que marca uma identidade. Por outro lado, esses outros espaços compõem terrenos de relações diversos, em que se embaralham um pouco os códigos, em que os seres enlouquecidos estão “fora de seus lugares”.

Mas nisso repousa um desafio: é possível uma relação com esses seres que não vise a cura?

O teatro, nesse caso, funciona mais como uma espécie de artifício, uma estratégia para se escapar do discurso psi. Uma tentativa de estabelecer uma relação que não circunscreva a experiência no campo da saúde. Uma possibilidade de corpos e almas enlouquecidos experimentarem sua inserção e expressão num campo não-curativo, num espaço com outros valores. E cuja experiência está aí para nos mostrar que para essas pessoas, diferentemente do que se pode supor, o espaço de inserção parece ser mais importante que as atividades que se venha a realizar. Não que as atividades não tenham importância alguma, isso seria uma leviandade redutora - até porque, se não fossem as atividades, eles não se sentiriam aptos a ocupar estes espaços, da forma como o fizeram, como, de fato, nunca haviam ocupado antes. Mas o fato é que, para esse grupo, poder experimentar uma inserção em espaços “da cultura” da cidade é um deslocamento do horizonte existencial que compõe as suas “identidades”, no caso, de doentes.

Com um tal objetivo (deslocamento), não é possível um trabalho psicodramático, que permaneça no território da psicologia. Pois não há, estritamente falando, possibilidade de se experimentar algo novo num mesmo esquema de experimentação. Ou seja: se se quer um afastamento do território (discursos e práticas) da saúde é preciso abandonar as “abordagens” terapêuticas. É preciso migrar para um campo onde nenhuma cura é pretendida, pois é nessa exata medida que, correlativamente, não se procura nenhuma doença. Também (para mim, principalmente) não pretender a cura *através* da autonomia.



Em julho de 2000, ocorreu o 14º Festival Universitário de Teatro de Blumenau, para o qual convidamos os participantes do grupo de teatro e outros usuários do CAPS que tivessem interesse. Fomos a algumas apresentações gratuitas, que eram assistidas principalmente por pessoas relacionadas ao mundo artístico. Os usuários estranharam a diversidade de “tipos” que circulavam pelo teatro Carlos Gomes naquelas tardes. Era uma “fauna”, cujos seres exibiam comportamentos e visuais muito diferentes do que os usuários do CAPS estavam acostumados a ver em seres ditos “normais”. A ponto de, num determinado momento, em meio a esse zoológico cultural, uma usuária comentar: “Mas esse pessoal é mais louco que a gente.”

A dimensão que assumiu um deslocamento como esse, diz respeito a uma forma de abertura, de convívio com outros modos de existência que os usuários do CAPS não têm muito contato. Seu mundo é muito marcado pela polaridade normal X anormal. Não diz respeito somente a um outro espaço que começa a ser freqüentado; está mais próximo de uma abertura a outros territórios, no sentido desenvolvido por Deleuze/Guattari, que pode ser assim conceituado:

(...) a noção de território é entendida aqui num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (Guattari; Rolnik: 1996: 323)

Nesse aspecto, podemos falar do deslocamento espaço-cultural como uma possibilidade de *desterritorialização*, pois é a circunscrição de espaços destinados aos “doentes mentais”, ou aos “portadores de transtorno psíquico”, ou qualquer outra identificação que venha a ser criada, que reflete essa “subjetivação fechada sobre si mesmo”. Abrir-se a outros espaços - como exemplificado anteriormente, vide nota nº 67, neste capítulo -, por si só, não adianta; é preciso negar, fugir, resistir à alcunha, à identificação. É preciso criar um espaço liso, no sentido em que Deleuze/Guattari falam que o “‘liso’ não quer dizer homogêneo; ao contrário, é um espaço *amorfo*, informal” (Deleuze; Guattari, 1997: 182 - grifo dos autores) para possibilitar a passagem de fluxos. Nesse aspecto, o teatro mostrou-se uma *possibilidade* e uma *potencialidade*.

## Enfim...

A formação de um grupo de teatro, a convivência com o *métier*, as experimentações com exercícios, encenações apresentações... tudo isso possibilitou que esses seres enlouquecidos se abrissem a outros fluxos, tomassem contato com uma espécie de desterritorialização.

Pois, partindo da argumentação proposta de que as práticas e discursos em saúde mental operam uma disciplinarização desses seres enlouquecidos - no sentido de aproveitamento dos corpos, de reinserção desses seres, mediada pelos serviços de saúde mental, no regime de funcionamento da nossa sociedade (produção) -, não devemos esquecer que as disciplinas são da ordem das relações de poder, e que essas não se dão através de um consenso; é através das lutas, das resistências: “(...) não existe relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem reviravolta eventual; toda relação de poder implica, ao menos de modo virtual, uma estratégia de luta, sem que, portanto, elas venham a se sobrepor, a perder a sua especificidade e, por fim, a se confundir.” (Foucault, 1984: 319)<sup>72</sup>

<sup>72</sup> Tradução livre de: “(...) il n’y a pas de relation de pouvoir sans résistance, sans échappatoire ou fuite, sans retournement éventuel; toute relation de pouvoir implique donc, au moins de façon virtuelle, une stratégie de lutte, sans que pour autant elles en viennent à se superposer, à perdre leur spécificité et finalement à se confondre.”

É possível, pois, entender a lentidão desses corpos-e-almas como uma forma de resistência. Nessa direção vai o questionamento de Pelbart: “A questão seria saber como as propostas alternativas em saúde mental pensam preservar a possibilidade de uma temporalidade diferenciada, onde a lentidão não seja impotência, onde a diferença de ritmos não seja disritmia, onde os movimentos não ganhem sentido apenas pelo seu desfecho.” (Pelbart, 1993: 41)

Ou mesmo, até que ponto, realmente, conseguimos lidar com essa temporalidade, com essa lentidão, com essa inércia? Até que ponto não fazemos mais que promover espaços de temporalidade acelerada, de produção (não de mais-valia, mas de criatividade, de expressão etc.)?

Lembro-me claramente quando, no final de 1999, o grupo subiu ao palco da Fundação de Cultura de Blumenau para se apresentar. Estava eu contracenando com André, o público cochichando, comentando a apresentação anterior. Isso me incomodava, além do nervosismo da apresentação, e me lembrava da conversa que tivera com André minutos antes de iniciar a apresentação, em que ele, no auge de sua ansiedade, disse que não se apresentaria. Eu lhe disse: “Tu tá nervoso. Tu vai ver que, quando isso passar, a gente vai rir juntos de tudo isso.” Me referia à depois do espetáculo.

Mas, uma vez no palco, no meio da cena, e em meio a uma platéia inquieta, percebi que André sorria, divertia-se. Nesse instante, ele era o senhor de um tempo, de um momento de intensa alegria, que se compunha comigo, com o cenário, com o público, mas que não tinha nada a ver com cada uma dessas partículas: era um arranjo muito particular, que conseguia potencializar o conjunto. Alguma coisa passava-se ali, mas era num outro tempo, que fazia os relógios escorrerem, tal qual uma pintura de Dalí, e gotejarem seus minutos, suas horas...

## **Considerações Finais**

As considerações que se seguem, englobarão dois caminhos complementares:

I. A problemática da disciplinarização, que recorta/esquadrinha os espaços sociais e reclusa a loucura a espaços de tratamento, que têm se caracterizado pela sua dispersão, funcionando através do dispositivo de saúde-doença; o corpo medicalizado como forma de controle e inserção em espaços de cura (saúde-doença); o tempo da loucura como resistência ao dispositivo disciplinar de aproveitamento (maximização funcional) dos corpos; a ocupação de novos espaços, tendo o teatro como ponto de partida, e a autonomia como possibilidade entreaberta.

II. A mudança na minha perspectiva, que se reflete na impropriedade de se falar em autonomia como definida a priori (projeto); e uma revisão crítica que objetiva descrever em que termos (a partir da experiência dessa pesquisa) se pode falar de autonomia.

## I.

É estranho que uma sociedade enfastiada como a nossa tenha necessidade agora de dar “cidadania” aos loucos. Agimos como se, após termos expulso os poetas de nossa “República”, após tê-los confinado num exílio bastante longo, quiséssemos agora ouvi-los declamar seus belos poemas. E, de preferência, belos poemas sobre a nossa “República”...

Não somos capazes de suportar a nossa razão. Ela é por demais católica, uma beata católica! Ela nos enfada. E, vez por outra, vamos agregando mais sócios ao clubinho (seleto) do reconhecimento. A despsiquiatrização não é, propriamente, um “progresso”, como se almejássemos algum objetivo. É o índice de nossa contemporaneidade, é a medida de nossa estratégia.

Talvez nossa má consciência não suportou ver presos seres tão inocentes (e criativos). Hoje em dia observa com fastio a mediocridade da doença mental. Pensamos que, abrindo os portões (não os do manicômio, mas os das nossas cidadelas da moral, da nossa “República”) deixaríamos entrar os poetas, para que cantassem a beleza. Mas, qual o que, eles só sabem declamar a “canção do exílio”! Só que em sua terra não há palmeiras: há trabalho, família, o sexozinho cotidiano e reprimido, e o bom e velho capitalismo...



Na experienciãção com o grupo de teatro do CAPS, certamente não convivi com poetas em potencial, artistas anônimos, pessoas criativas e incompreendidas... Mas sim com seres, sobre os quais pesa um diagnóstico e uma série de práticas/discursos de saúde (a medicação, por exemplo), habitantes de uma cidade interiorana de cultura (ainda) marcadamente germânica, e cujas vidas se inserem num jogo de relações de poder específico, disciplinamento e resistência: o corpo marcado pela ética do trabalho.

É preciso, pois, entender de quais sertões que esses retirantes fogem: de um modo geral (e como característica comum entre eles), fogem de uma comunidade de trabalho, cujos corpos encontram-se circunscritos a um tempo produtivo e acelerado, e a um espaço demarcado e repetitivo (casa-trabalho-casa; às vezes: casa-trabalho-bar-casa...).

É como uma espécie de recusa ao tempo produtivo (Pelbart, 1993) que é possível entender esses corpos imersos numa paquidérmica inércia, ou mesmo numa zombeteira dispersão, desatenção etc. O corpo, a vida desacelerada, jogando-os numa lentidão *descompromissada*. Mesmo a ocupação dos espaços se reveste de um uso recreativo, como passeio, como lazer.

É interessante notar que esses seres não fogem o suficiente dos valores dessa comunidade do trabalho. Como se, ao migrarem, esses retirantes levassem nas malas a terra abandonada. Além disso, há todo um dispositivo de saúde-doença que incide sobre eles e os reinsere no funcionamento da comunidade, com *status* renovado (doente), com respeito e cuidado requeridos (tratamento).

Não há, pois, como não pensar em Deleuze, e sua reflexão sobre a derrocada das sociedades disciplinares: “Encontramo-nos numa crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família. (...) Trata-se apenas de gerir sua agonia e ocupar as pessoas, até a instalação das novas forças que se anunciam. São as *sociedades de controle* que estão substituindo as sociedades disciplinares.” (Deleuze, 1992: 220)

Mas é um estranho mosaico, composto de vigilância e “maior autonomia” para esses seres enlouquecidos, que pode ser compreensível se pensarmos o dispositivo de saúde mental como um artifício de controle, não rompendo com a vida comunitária, apenas formando outra modulação: o corpo medicado como possibilidade de reinserção social.

No entanto, não é tão homogênea a situação, pois ainda existe a vigilância e a necessidade de reclusão (internamento), ou mesmo uma espécie, senão de reclusão, mas de circunscrição espacial dos seres enlouquecidos: eles são assunto de saúde mental e devem ocupar seus espaços apropriados.

O formação de um território da saúde como “pátria” destinada à loucura, tem suas raízes na passagem de um estabelecimento de reclusão para um estabelecimento de tratamento, e que, como foi visto, Foucault situa no início do século XIX.



Atualmente, é possível afirmar que a visibilidade da loucura se dá através da doença, no território da saúde. Como efeito, os profissionais psi vêem as existências dos usuários de seus serviços (doentes mentais) através da perspectiva de sintomas e terapêuticas, sendo que a condição do doente mental o situa num universo de significados em que, a todo momento, o que se percebe é sua doença, suas recaídas e retomadas.

Daí decorre que o corpo dos seres enlouquecidos - que é social, isto é, socialmente investido, significado, coagido e liberto - é circunscrito a um circuito de patologia-terapêutica, em que tudo que houver de diferença, ou mesmo de tediosa repetição, encontrará sua explicação e/ou paradoxo no universo da saúde. Toda iniciativa do “doente mental” será ou confrontada à negatividade da doença, ou neutralizada pela evolução da cura (“Ótimo, ele está melhorando!”), ou estigmatizada pelo espontaneísmo da - suposta - genialidade do “louco”.

O que marca, principalmente, a forma como temos lidado nos últimos dois séculos com o que veio a se denominar doença mental é a sua referência a um dispositivo de saúde, resultando em que a doença da mente requer tratamento. Isto implica que certas pessoas identificadas como psicicamente doentes (ou portadoras de sofrimento) requeiram cuidado, ou seja, *deve-se olhar por elas*.

Foucault (1991) nos mostra que as práticas dos séculos XVII e XVIII em relação à loucura não tinham por objetivo o tratamento; que só a partir do século XIX que a loucura assume os ares de doença para a qual deve-se buscar uma cura. Pois o nosso pensar e agir ainda funcionam segundo esse nexo doença-tratamento, segundo o qual todas as iniciativas que se voltam a esses seres “doentes” têm (ou devem ter) por princípio alguma terapêutica.

Mas, contemporaneamente, pulverizou-se os “espaços” de tratamento, injetou-se psicologias em várias áreas (artísticas, por exemplo), possibilitando a ocupação desses espaços por esses seres com “sofrimento psíquico”.

O que observamos talvez não seja propriamente uma abertura da sociedade à loucura, como bem nos lembra Pelbart (1993)<sup>73</sup>. O que se tem feito é colonizar algumas terras com psicologias renovadas: “mais saúde, em todos os lugares!” E o efeito disso, muito freqüentemente, é que essas entradas das psicologias despotencializam os espaços ocupados.

Nosso problema é que herdamos esse costume de pensar a transformação em termos de revolução, ou ao menos de progresso. Essa é nossa veia dialética que ainda pulsa. Mas isto não significa nos render-

<sup>73</sup> Pelbart problematiza a urgência de nossos tempos, de uma “sociedade sem manicômios”, da seguinte forma: “Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente ‘esticado’ através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão.” (Pelbart, 1993: 106)

mos a uma completa imobilidade, do tipo: “Nada há a fazer”. Talvez possamos fazer pequenas coisas bem localizadas, sem nos propor a amplas modificações globais. Ou mesmo, é no próprio gesto de não tomarmos a carga de “revolucionários”, que talvez se torne possível a introdução de algo novo no nosso universo de atuação.

É preciso exercitar um pouco do que Nietzsche - bastante distante de uma tonelada de contrasensos - entende como vontade de potência: virtude que dá, alegria criativa. Não foi à toa que esse filósofo pintou com as cores de Dionísio a máscara de seu além-homem.

Se há alguma urgência em relação à saúde mental é a de corpos-em-vida, de uma alegria de viver, de uma abundância que não dispense o riso. **AlmaCorpoAção**, como uma tentativa de criação de espaços de singularização, uma fuga de territórios marcadamente psi.

## II.

Não há, pois, autonomia a ser encontrada como produto acabado nas práticas preexistentes (através de oficinas, por exemplo). O sentido de uma busca pela autonomia esvazia-se na mesma medida em que se percebe que os espaços de circulação desses seres estão saturados de significações psicologizadas (das mais “científicas” às mais “senso-comum”). Toda fala possível, todo gesto encontra-se pré-determinado, significado, como se a vida desses seres deslizesse de forma pendular entre a doença e a saúde, e cada movimento, cada piscar de olhos pudessem ser lidos como mostras dos diferentes estágios. Procurar a autonomia é manter o pêndulo, querendo fazer com que as vidas se arrastem rumo ao ponto da saúde, o que não é pouca coisa.

Mas a armadilha a que isso nos conduz é que corremos o risco de sermos porta-vozes<sup>74</sup> da autonomia, ou, em último caso, da saúde. O que, analisado a fundo, não existe como um horizonte reluzente, sol que nasce sempre ao leste, e que podemos, com precisão, apontar com o dedo.

O que acabou se apresentando como muito mais importante na vida das pessoas envolvidas nesta pesquisa é a criação de outros espaços de inserção, não tão saturados de psicologismos. Só que desse pôr não se colhem os frutos da autonomia. Mesmo porque não se tem a mínima idéia do que esperar.

Talvez esteja mesmo no momento de nos arrogarmos o direito a uma ignorância profunda, o direito de afirmar cinicamente: “Nada entendo de psicose. Desconheço psicopatologia. Dopamina/Serotonina e cia. são coisinhas muito estranhas.” Mas não nos é possível esse luxo, nossa “posição”

<sup>74</sup> Gilles Deleuze, em conversa com Michel Foucault, publicada sob o título de *Os Intelectuais e o Poder*, fala da “indignidade de falar pelos outros” (In.: Foucault, 1995: 72).

impossibilita a ignorância, essa leveza de ação (e mesmo porque, talvez, não seja estratégico). É por isso (mas por infinitos outros motivos também) que necessitamos, por exemplo, de aliados como, por exemplo, um diretor de teatro, com sua positiva ingenuidade, alguém que possa simplesmente ignorar as interpretações psi.

Talvez limpando um pouco as nossas expectativas, ignorando ativamente (“quero ignorar-te”) certos conceitos, que funcionam como pré-conceitos, possamos catalisar algumas pequenas coisas, sem direção predefinida, e que possam promover vida.

Temos que inventar bons motivos para fazer coisas à vontade. A autonomia, sua procura, foram bons motivos para iniciar um trabalho teatral com essas pessoas, sem direção nem duração muito definidos, possibilitando a exploração de outros espaços, e gerando o texto que ora lêem. Na verdade, no mesmo sentido em que Deleuze fala que “faz filhos pelas costas” nos autores de que escreve (exceto Nietzsche), acho que, ao acaso, fiz um filho pelas costas no mestrado: ele gestou em seu ventre (assaz murcho), e acabou ajudando a parir, uma prática que poderá olhá-lo, na distância dos anos futuros, e rir-se de sua ignorada complacência.



De resto, essa pesquisa cumpriu o que é (ou deveria ser) a característica dos estudos em ciências humanas: promoveu uma modificação no sujeito, no pesquisador, em mim.

O deslocamento da perspectiva de uma procura por autonomia, até à sensibilização à abertura aos acontecimentos, àquilo que não estava predefinido foi/é de imensa importância para o meu pensamento e minhas possibilidades de ação. Além de, eu espero, ter feito essa experienciação transbordar através desse texto, para mostrar como é impróprio revestir nossos “objetos” de pesquisa com nossas conceituações apriorísticas. E essa é a riqueza da convivência, da parceria: ela desautoriza a falar sobre, também desautoriza a ser porta-voz.

A necessidade de rever aquilo a que havia me proposto, a demora em realizar esse trabalho, a angústia de, a toda hora, sentir que a pesquisa desmoronava, fugia, escorria pelos dedos são as marcas de uma profunda honestidade, que vem afirmar a impropriedade de trabalhar com uma hipótese (conceitual) de autonomia de vida ligada à atividade e (possivelmente) verificável através do trabalho teatral. Pois o tempo de um mestrado não é o tempo das vidas, assim como o tempo dos encontros do grupo de teatro não é o tempo da loucura!

A vida desses seres enlouquecidos vaza desse pequeno cadinho experimental (e ideal) que é o grupo de teatro por todos os lados. E é justamente isso que pode ser constatado, ou melhor, a experienciação

com essas pessoas, o material de pesquisa, permite uma interpretação que aponta para um movimento singular desse grupo.

Em suma, a formação de um grupo teatral (que não tem nome até hoje!) acabou funcionando como uma forma de ponto de partida, para esses seres que têm tanta dificuldade de partir. O teatro serviu para ajudá-los a traçar outras rotas nos caminhos pré-definidos da cidade; ajudou-os a se inserir (mesmo que provisoriamente) em espaços que possibilitam outras “conexões” (festivais de teatro, apresentações, visitas...).

E, retomando o que havia proposto na *Introdução* (vide p. 8), podemos pensar (auxiliados pela física) em movimentos centrípetos e centrífugos, e situar a proposta inicial de trabalho no primeiro tipo; e o que vivenciei com esses seres, no segundo movimento. Grupo de teatro como um pólo emissor, como movimento de centrifugação, como ponto localizado e móvel que abre possibilidades e de onde se parte para outros espaços, também para outros *territórios*.

Ao ler Deleuze/Guattari (1995: 11 e ss.) falarem de um modelo de realização de tipo rizomático - múltiplo, cuja conectividade se lança para qualquer ponto, contrapondo-se à raiz-árvore hierárquica - sinto-me tentado a aplicá-lo ao grupo. Mas acredito que não seja dessa natureza o nosso funcionamento (meu, deles, dos diretores de teatro etc.). Ainda há centralização, pólos emissores, “a linha subordinada ao ponto” (Deleuze; Guattari, 1997: 220), e, como dito anteriormente, pontos de partida. Mas que funcionam, algumas vezes para tentar disfuncionar, fazer fugir, liberar alguns fluxos e possibilitar campos mais arejados, territórios menos codificados (ao contrário dos territórios saturados pelos saberes psi).



Voltando ao que me propus a trabalhar nos objetivos desta pesquisa (vide p. 29), pode-se verificar que nem tanto as técnicas corporais, mas sim o teatro de uma maneira geral é porta aberta à ocupação de outros espaços, que podem se abrir em novos territórios, o que não se dá propriamente através de um rompimento com os disciplinamentos, nem por uma resignificação e reapropriação dos corpos-e-almas; mas através da resistência e da fuga: fazer fugir, migrar.

Agora: como isso se vincula a uma autonomização de vida? Essa é uma pergunta irrespondível em termos conclusivos, pois se se pode falar em autonomia é na ordem do acontecimento, que carrega consigo o seu largo quinhão de acaso e de caos. Mas, como coloca Pelbart (1989; 1993), o caos pode ser germinativo, e o que se pode afirmar é a necessidade de multiplicação de pontos de germinação, de campos limpos para a criação de novos possíveis.

E é só.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## CITADAS

- ARANTES, Urias Corrêa. *Artaud: teatro e cultura*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 1988.
- ARTAUD, Antonin. *O Teatro e seu Duplo*. São Paulo: Martins Fontes, 1993a.
- \_\_\_\_\_. *Van Gogh, o Suicídio da Sociedade*. Lisboa: Hiena, 1993b.
- ASSIS, Machado de. O Alienista. In.: *Papéis Avulsos*. São Paulo: W.M. Jackson Inc. Editores, 1959.
- BARBA, Eugenio. *A Arte Secreta do Ator*. Campinas, São Paulo.: Hucitec, 1995.
- BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979. (A ciência e o homem; 1)
- \_\_\_\_\_. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985
- BASTOS, Maria do Carmo dos Santos. O Discurso da Germanidade e a Empresa Força e Luz Santa Catarina S.A. *Esboços*, v.5, n.5, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em História-UFSC, jun./dez. 1997.
- BERNARDI, Bernardo. *Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos*. Lisboa: Ed. 70, 1974. (Perspectivas do Homem; 6)
- BOAL, Augusto. *200 Exercícios e Jogos para o Ator e o Não-Ator com Vontade de Dizer Algo Através do Teatro*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.
- BOTEGA, Neury J. & DALGALARRONDO, Paulo. (org.). *Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- CASTEL, Robert. A Instituição Psiquiátrica em Questão. In.: FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978. (Contribuições em psicologia, psicanálise e psiquiatria; 3)
- \_\_\_\_\_. Rumo às Novas Fronteiras da Medicina Mental. In.: FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.). *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- \_\_\_\_\_. *La Gestion des Risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Minuit, 1981.
- COOPER, David. *A Linguagem da Loucura*. 2ª ed. Lisboa/São Paulo: Presença/Martins Fontes, s/d.
- \_\_\_\_\_. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. 2ªed. São Paulo: Perspectiva, 1989. (Coleção Debates; 76)

CORDIOLI, Aristides V. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DaMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DELEUZE, Gilles. Pensamento Nômade. In.: ESCOBAR, Carlos H. (org.). *Por que Nietzsche?* Rio de Janeiro: Achiamé, s/d (a).

\_\_\_\_\_. *Esposito e os Signos*. Porto: Rés, s/d (b).

\_\_\_\_\_. *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976. (Col. Semeion; 4)

\_\_\_\_\_. *Spinoza: philosophie pratique*. Paris: Minuit, 1981.

\_\_\_\_\_. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_. *Lógica do Sentido*. 3ªed. São Paulo: Perspectiva, 1994. (Estudos; 35)

\_\_\_\_\_. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O Que é a Filosofia*. São Paulo: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995. (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 5. São Paulo: Ed. 34, 1997. (Coleção TRANS).

DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. 2ª edição. Trad. M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DURHAM, Eunice. *A Reconstituição da Realidade: um estudo sobre a obra etnográfica de Bronislaw Malinowski*. São Paulo: Ática, 1978. (Ensaio; 54)

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador*. Vol. 2: formação do Estado e civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ELLEN, R. F. (ed.). *Ethnographic Research: a guide to general conduct*. London: Academic Press, 1993. (Research Methods in Social Anthropology; 1)

ESPINOSA, Baruch de. *Ética*. 5ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os Pensadores)

FONSECA FILHO, José S. *Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980.

FOUCAULT, Michel. Deux essais sur le sujet et le pouvoir. In: DREYFUS, H. ;RABINOW, P. M. *Foucault: un parcours philosophique*. Paris: Gallimard, 1984.

- \_\_\_\_\_. *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- \_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1991. (Coleção Estudos; 61)
- \_\_\_\_\_. *Dits et Écrits*. 5 Vols. Paris: Gallimard, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- \_\_\_\_\_. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Trad. Roberto Machado e Eduardo Morais. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. (Ditos e Escritos; 1)
- GRAEFF, Frederico G. *Drogas Psicotrópicas e seu Modo de Ação*. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: E.P.U., 1989.
- GRAEFF, Frederico G.; BRANDÃO, Marcus L. *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos, 1993.
- GUATTARI, Félix. *Revolução Molecular: pulsões políticas do desejo*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- HAMMERSLEY, Martin. *What's wrong with ethnography?* London: Routledge, 1992.
- JONES, Maxwell. *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis, RJ: 1972.
- KAPLAN, Harold I. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LAING, Ronald. *O Eu Dividido: estudo sobre a loucura e a sanidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.
- \_\_\_\_\_. *Sobre Loucos e Sãos: entrevista a Vincenzo Caretti*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- LANCETTI, Antonio et. al. *Saúde Loucura*, 2ª ed., nº1, São Paulo: HUCITEC, 1989.
- LAPLANTINE, François. *Aprender Antropologia*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- LIMA, Marcos E. R. *GUDA - Grupo de Usuários de Drogas Antipsicóticas*. Proposta de formação do grupo, apresentada ao NAPS, em janeiro de 1997(a). (mimeo)
- \_\_\_\_\_. Os Médicos e os Monstros: um estudo sobre o uso de neurolépticos. In.: ZANELLA, Andréa V. et. al. (orgs.). *Psicologia e Práticas Sociais*. Porto Alegre: ABRAPSO-Sul, 1997(b).



- MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; 11)
- MALINOWSKI, Bronislaw K. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores)
- MORA, José F. *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Dom Quixote, 1982
- MOREAU, Joseph. *Espinosa e o Espinosismo*. Lisboa: Edições 70, 1982. (Coleção Biblioteca Básica de Filosofia)
- MORENO, Jacob L. *Psicodrama*. 7ªed. São Paulo: Cultrix, 1997.
- \_\_\_\_\_. *O Teatro da Espontaneidade*. São Paulo: Summus, 1984.
- NIETZSCHE, Friedrich W. *A Gaia Ciência*. Trad. Alfredo Margarido. Lisboa: Guimarães Editores, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Sujeito e Perspectivismo: seleção de textos de Nietzsche sobre teoria do conhecimento*. Lisboa: Dom Quixote, 1989. (Opus Biblioteca de Filosofia; 8)
- \_\_\_\_\_. *Obras Incompletas/Friedrich Nietzsche*. Vols. I e II. 5ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os Pensadores)
- \_\_\_\_\_. *Genealogia da Moral: uma polêmica*. Trad. Paulo C. de Souza. São Paulo: Cia. das Letras, 1998a.
- PELBART, Peter Pál. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. *A Nau do Tempo Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. (Série Logoteca)
- RANG, H. P.; DALE, M. M. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1992.
- REVISTA USP. N.43 - Dossiê Psiquiatria e Saúde Mental. (set./out./nov. 1999). São Paulo: USP, 1999.
- RIBEIRO, Renato J. *A Etiqueta no Antigo Regime: do sangue à doce vida*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. (Col. Tudo é História; 69)
- RIMBAUD, Arthur. *Uma Estadia no Inferno*. 2ªed. Trad. Ivo Barroso. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.
- SACKS, Oliver. *Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SILVA, Jardel S. da. *Busca de autonomia através do movimento corporal (teatro): uma proposta de trabalho com usuários do NAPS*. <http://www.psicologia-online.org.br/trabdh.html>, Brasília/DF, setembro de 1998.

STEVENSON, Robert Louis. *O Médico e o Monstro*. São Paulo: FTD, 1989. (Selo Negro).

SZASZ, Thomas. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. (Psyche).

\_\_\_\_\_. *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TCHECOV, Anton. O Louco. In.: *Contos*. Rio de Janeiro: Otto Pierre, 1979.

ZARIFIAN, Édouard et.al. Dossier: Les Médicaments de L'Esprit. *La Recherche*, nº280, oct. 1995.

## GERAL TEMÁTICA (CITADAS E CONSULTADAS)

### Corpo

BASTOS, Maria do Carmo dos Santos. O Discurso da Germanidade e a Empresa Força e Luz Santa Catarina S.A. *Esboços*, v.5, n.5, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em História-UFSC, jun./dez. 1997.

FOUCAULT, Michel. Deux essais sur le sujet et le pouvoir. In: DREYFUS, H. ;RABINOW, P. M. *Foucault: un parcours philosophique*. Paris: Gallimard, 1984.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. 6ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. 10ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

### Filosofia e Cia.

BOURDIEU, Pierre. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus, 1996.

CHÂTELET, François; DUHAMEL, Olivier; PESIER, Evelyne (coords.). *Dicionário das Obras Políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

DELEUZE, Gilles. Pensamento Nômade. In.: ESCOBAR, Carlos H. (org.). *Por que Nietzsche?* Rio de Janeiro: Achiamé, s/d (a).

\_\_\_\_\_. *Spinoza e os Signos*. Porto, Rés, s/d (b).

\_\_\_\_\_. *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976. (Col. Semeion; 4)

\_\_\_\_\_. *Spinoza: philosophie pratique*. Paris: Minuit, 1981.

\_\_\_\_\_. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense. 1988.

\_\_\_\_\_. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_. *Lógica do Sentido*. 3ªed. São Paulo: Perspectiva, 1994. (Estudos; 35)

\_\_\_\_\_. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (O que Pensam da Psicanálise)

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 5 Vols. São Paulo: Ed. 34, 1995, 1996, 1997.

- ESPINOSA, Baruch de. *Ética*. 5ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os Pensadores)
- FOUCAULT, Michel. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Trad. Roberto Machado e Eduardo Morais. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- GUATTARI, Félix. *Revolução Molecular: pulsões políticas do desejo*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- KANT, Emmanuel. *Observações sobre o Sentimento do Belo e do Sublime / Ensaio sobre as Doenças Mentais*. Campinas, SP: Papyrus, 93.
- MOREAU, Joseph. *Espinosa e o Espinosismo*. Lisboa, Edições 70, 1982. (Coleção Biblioteca Básica de Filosofia)
- NIETZSCHE, Friedrich W. *A Gaia Ciência*. Trad. Alfredo Margarido. Lisboa: Guimarães Editores, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Sujeito e Perspectivismo: seleção de textos de Nietzsche sobre teoria do conhecimento*. Lisboa, Dom Quixote, 1989. (Opus Biblioteca de Filosofia; 8)
- \_\_\_\_\_. *Obras Incompletas/Friedrich Nietzsche*. Vols. I e II. 5ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os Pensadores)
- \_\_\_\_\_. *Além do Bem e do Mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. 2ª ed. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Assim Falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Trad. Mário da Silva. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Genealogia da Moral: uma polêmica*. Trad. Paulo C. de Souza. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.
- RIBEIRO, Renato J. *A Etiqueta no Antigo Regime: do sangue à doce vida*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. (Col. Tudo é História; 69)
- ROTTERDAM, Erasmo de. *Elogio da Loucura*. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Os pensadores)
- Loucura/Doença Mental/Institucionalizações/Desinstitucionalizações*
- BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979. (A ciência e o homem; 1)
- \_\_\_\_\_. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985

- BOTEGA, Neury J. & DALGALARRONDO, Paulo. (org.). *Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- \_\_\_\_\_. A Instituição Psiquiátrica em Questão. In.: FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978. (Contribuições em psicologia, psicanálise e psiquiatria; 3)
- \_\_\_\_\_. Rumo às Novas Fronteiras da Medicina Mental. In.: FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.). *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- \_\_\_\_\_. *La Gestion des Risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Minuit, 1981.
- COOPER, David. *A Linguagem da Loucura*. 2ª ed. Lisboa/São Paulo: Presença/Martins Fontes, s/d.
- \_\_\_\_\_. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1989. (Coleção Debates; 76)
- DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. 2ª edição. Trad. M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador*. Vol. 2: formação do Estado e civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- FIGUEIRA, Sérvulo (org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978. (Contribuições em Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria; 3)
- FONSECA FILHO, José S. *Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980.
- FOUCAULT, Michel. *La Vida de los Hombres Infames*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, s/d. (Coleção Genealogía del Poder; 18)
- \_\_\_\_\_. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. (Coleção Tempo Universitário; 11)
- \_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1991. (Coleção Estudos; 61)
- \_\_\_\_\_. *Dits et Écrits*. 4 vols. Paris, Gallimard, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. (Ditos e Escritos; 1)

- FOUCAULT, Michel (coord.). *Eu, Pierre Rivière, que Degolei Minha Mãe, Minha Irmã e Meu Irmão*. 3ª ed. Rio de Janeiro; Graal, 1984.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- JONES, Maxwell. *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis, RJ: 1972.
- KAPLAN, Harold I. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LAING, Ronald. *O Eu Dividido: estudo sobre a loucura e a sanidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.
- \_\_\_\_\_. *Sobre Loucos e Sãos: entrevista a Vincenzo Caretti*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- LANCETTI, Antonio et. al. *SaúdeLoucura*, 2ª ed., nº1, São Paulo: HUCITEC, 1989.
- \_\_\_\_\_. *SaúdeLoucura*, nº2, São Paulo: HUCITEC, 1991.
- \_\_\_\_\_. *SaúdeLoucura - Grupos e Coletivos*, nº4, São Paulo: HUCITEC, 1994.
- LIMA, Marcos E. R. *GUDA - Grupo de Usuários de Drogas Antipsicóticas*. Proposta de formação do grupo, apresentada ao NAPS, em janeiro de 1997(a). (mimeo)
- \_\_\_\_\_. Os Médicos e os Monstros: um estudo sobre o uso de neurolépticos. In.: ZANELLA, Andréa V. et. al. (orgs.). *Psicologia e Práticas Sociais*. Porto Alegre, ABRAPSO-Sul, 1997(b).
- \_\_\_\_\_. *Psicose e Medicamento*. Relatório final de pesquisa, apresentado em julho de 1997(c).
- MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; 11)
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. (Biblioteca de estudos humanos: série saber e sociedade; 3)
- MORENO, Jacob L. *Psicodrama*. 7ª ed. São Paulo: Cultrix, 1997.
- PELBART, Peter Pál. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. *A Nau do Tempo Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. (Série Logoteca)
- REVISTA USP. N.43 - Dossiê Psiquiatria e Saúde Mental. (set./out./nov. 1999). São Paulo: USP, 1999.
- SACKS, Oliver. *Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

- SCHREBER, Daniel P. *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- SILVA, Jardel S. da. *Busca de autonomia através do movimento corporal (teatro): uma proposta de trabalho com usuários do NAPS*. <http://www.psicologia-online.org.br/trabdh.html>, Brasília/DF, setembro de 1998.
- SZASZ, Thomas. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. (Psyche).
- \_\_\_\_\_. *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

### *Loucura e Literatura*

- ARTAUD, Antonin. *Van Gogh, o Suicidado da Sociedade*. Lisboa, Hiena, 1993.
- ASSIS, Machado de. O Alienista. In.: *Papéis Avulsos*. São Paulo: W.M. Jackson Inc. Editores, 1959.
- NERVAL, Gérard. *Aurélia e Pandora*. Porto Alegre: L&PM, 1997. (Coleção Pocket L&PM).
- RIMBAUD, Arthur. *Uma Estadia no Inferno*. 2ªed. Trad. Ivo Barroso. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.
- STEVENSON, Robert Louis. *O Médico e o Monstro*. São Paulo: FTD, 1989. (Selo Negro).
- TCHECOV, Anton. O Louco. In.: *Contos*. Rio de Janeiro: Otto Pierre, 1979.
- Van GOGH, Vincent. *Cartas a Théo*. Porto Alegre, L&PM, 1997. (L&PM pocket)

### *Medicação/Neurociências*

- CLERGET-DARPOUX, Françoise. La Folie course au "Géne de la Folie". *La Recherche*, n° 311 - Spécial: Sommes-nous pilotés par nos genes?, juillet/août 1998.
- CORDIOLI, Aristides V. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- GRAEFF, Frederico G. *Drogas Psicotrópicas e seu Modo de Ação*. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: E.P.U, 1989.
- GRAEFF, Frederico G.; BRANDÃO, Marcus L. *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos, 1993.
- MALLET, Jacques; LAURENT, Claudine. La Schizophrénie au Crible de la Génétique. *La Recherche*, n° 311 - Spécial: Sommes-nous pilotés par nos genes?, juillet/août 1998.

PERCHERON, Gérard. Neuromitologias: cérebro, indivíduo, espécie e sociedade. In.: VEYNE, Paul; VERNANT, J. P. [et all.] *Indivíduo e Poder*. Lisboa: Ed. 70, 1988. (Perspectivas do Homem; 31)

RANG, H. P.; DALE, M. M. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1992.

ZARIFIAN, Édouard et.al. Dossier: Les Médicaments de L'Esprit. *La Recherche*, nº280, oct. 1995.

### *Metodologia de Pesquisa/Etnografia/Etnologia*

BERNARDI, Bernardo. *Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos*. Lisboa, Ed. 70, 1974. (Perspectivas do Homem; 6)

DaMATTÁ, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DURHAM, Eunice. *A Reconstituição da Realidade: um estudo sobre a obra etnográfica de Bronislaw Malinowski*. São Paulo: Ática, 1978. (Ensaio; 54)

ELLEN, R. F. (ed.). *Ethnographic Research: a guide to general conduct*. London, Academic Press, 1993. (Research Methods in Social Anthropology; 1)

HAMMERSLEY, Martin. *What's wrong with ethnography?* London, Routledge, 1992.

LAPLANTINE, François. *Aprender Antropologia*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MALINOWSKI, Bronislaw K. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores)

### *Teatro/Artes*

ARANTES, Urias Corrêa. *Artaud: teatro e cultura*. Campinas, S.P.: Ed. da UNICAMP, 1988.

ARTAUD, Antonin. *O Teatro e seu Duplo*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BARBA, Eugenio. *Além das Ilhas Flutuantes*. São Paulo/Campinas, HUCITEC/Ed. da UNICAMP, 1991.

\_\_\_\_\_. *A Arte Secreta do Ator*. Campinas, S.P.: Hucitec, 1995.

BOAL, Augusto. *200 Exercícios e Jogos para o Ator e o Não-Ator com Vontade de Dizer Algo Através do Teatro*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

\_\_\_\_\_. *O Arco-Íris do Desejo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.



MORENO, Jacob L. *O Teatro da Espontaneidade*. São Paulo: Summus, 1984.

TURNER, Victor W. *From Ritual to Theatre: the human seriousness of play*. New York, PAJ Publicatons, 1982.

TURNER, Victor W.; BRUNER, Edward M. (eds.). *The Anthropology of Experience*. Chicago, University of Illinois Press, 1986.