

Organização

Francisco Ortega

Gabriela Bastos Soares

Jairo de Almeida Gama

Bethânia Assy

Pensar o sujeito, agir no mundo

Diálogos com a obra de Jurandir Freire Costa



Blucher

PENSAR O SUJEITO, AGIR NO MUNDO

Diálogos com a obra de Jurandir Freire Costa

Organização

Francisco Ortega
Gabriela Bastos Soares
Jairo Gama
Bethania Assy

Pensar o sujeito, agir no mundo: diálogos com a obra de Jurandir Freire Costa
© 2024 Francisco Ortega, Gabriela Bastos Soares, Jairo Gama e Bethania Assy
Editora Edgard Blücher Ltda.

SÉRIE PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coordenador da série Flávio Ferraz

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Rafael Fulanetti

Coordenação de produção Andressa Lira

Produção editorial Luana Negraes

Preparação de texto Bárbara Waida

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto Beatriz J. F. Acencio e Maurício Katayama

Capa Leandro Cunha

Imagem da capa iStockphoto

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico,
conforme 6. ed. do *Vocabulário Ortográfico
da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira
de Letras, julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial
por quaisquer meios sem autorização
escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela
Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

*Pensar o sujeito, agir no mundo: diálogos com
a obra de Jurandir Freire Costa* / organizado por
Francisco Ortega... [et al.] – São Paulo: Blucher,
2024.

676 p. (Série Psicanálise Contemporânea /
coord. de Flávio Ferraz)

Outros organizadores: Gabriela Bastos Soares,
Jairo Gama, Bethania Assy
Bibliografia
ISBN 978-85-212-2377-1

I. Psicanálise. 2. Psiquiatria. I. Ortega, Francisco.
II. Ferraz, Flávio. III. Série.

24-1424

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:
1. Psicanálise

Conteúdo

O olhar sobre o outro: 80 anos de um intelectual brasileiro	9
<i>Francisco Ortega, Gabriela Bastos Soares, Jairo Gama e Bethania Assy</i>	
Parte I	17
1. Violência do racismo e da psiquiatria: contribuições para o processo da reforma psiquiátrica brasileira	19
<i>Paulo Amarante</i>	
2. Psiquiatria e saúde mental	31
<i>Marco Antonio Alves Brasil</i>	
3. Jurandir Freire Costa e a psiquiatria	49
<i>Maria Tavares Cavalcanti</i>	
4. Por uma psiquiatria não dogmática: esboço de um percurso intelectual	69
<i>Jairo Gama</i>	
5. A psiquiatria, entre a história e a utopia	91
<i>Octavio Domont de Serpa Junior</i>	

6. Jurandir e a reforma psiquiátrica brasileira <i>Rossano Cabral Lima</i>	113
7. O “silenciamento” da cultura na saúde mental brasileira como entrave para a consolidação de uma psiquiatria transcultural <i>Francisco Ortega</i>	135
Parte II	157
8. Encontros clínicos e redescições provisórias <i>Cláudio E. M. Banzato e Clarissa de Rosalmeida Dantas</i>	159
9. O legado de um pensamento criativo <i>Ana Elizabeth Cavalcanti</i>	175
10. Existe o conceito de <i>saúde</i> em psicanálise? <i>Carlos Henrique Ferraz</i>	197
11. Psicanálise e pragmática da linguagem <i>Flávio Carvalho Ferraz</i>	223
12. Psicanálise e educação: é possível experiência criativa no espaço escolar? <i>Maria Regina Maciel</i>	243
13. Sujeito, subjetividade e processos de subjetivação na obra de Jurandir Freire Costa <i>Mário Eduardo Costa Pereira</i>	263
14. Encontros que fizeram diferença: a relação de amizade e a troca intelectual entre Jurandir Freire Costa e Contardo Calligaris <i>Rosane Ramalho</i>	285

15. Autenticidade, self criativo e self pragmático <i>Pedro Salem</i>	303
16. Sobre psicanálise e religião: a alguns metros do brincar e o uso do objeto <i>José Henrique Lobato Vianna</i>	329
17. Žižek e a declinologia <i>Alexandre Ribeiro Wanderley</i>	353
Parte III	375
18. A autêntica personalidade ética de Jurandir Freire Costa: o exemplo da justiça hiperbólica <i>Bethania Assy</i>	377
19. Entre o cotidiano e o ideal <i>Romildo do Rêgo Barros</i>	397
20. <i>A inocência e o vício</i> trinta anos depois: uma mirada antropológica <i>Sérgio Carrara</i>	403
21. A chave <i>Maria Clara Dias</i>	417
22. Esperanças públicas e aspirações privadas: psicanálise e religião na perspectiva de Jurandir Freire Costa <i>Benilton Bezerra Jr.</i>	437
23. Compromisso social como ética da psicanálise <i>Aida Novelino</i>	459
24. As origens da interioridade <i>Cláudia Passos-Ferreira</i>	481

25. A genealogia do amor romântico e a contribuição de Rousseau ao debate <i>Gabriela Bastos Soares</i>	503
Parte IV	523
26. Sobre psicanálise e crítica em Jurandir Freire Costa <i>Tales Ab'Sáber</i>	525
27. Jurandir Freire Costa e o lacanismo à brasileira <i>Christian Ingo Lenz Dunker</i>	543
28. O psicanalista e sua ética <i>Maria Rita Kehl</i>	569
29. Jurandir Freire Costa e a questão da violência <i>Renato Mezan</i>	575
30. As violências e a psicanálise <i>Julio Sergio Verztman</i>	603
31. Analistas pernambucanos: um encontro de gerações <i>Gilberto Souza</i>	625
32. A violência e o abuso moral <i>Teresa Pinheiro</i>	641
Sobre os autores	667

1. Violência do racismo e da psiquiatria: contribuições para o processo da reforma psiquiátrica brasileira

Paulo Amarante

História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico (Costa, 1976) foi um dos livros mais importantes nos primeiros anos do processo da denominada reforma psiquiátrica brasileira. Muitas são as razões. Uma delas é que o livro foi lançado no mesmo ano em que foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o Cebes, entidade concebida juntamente com sua revista, a *Saúde em debate*, marco indiscutível da trajetória dos processos de reforma sanitária e psiquiátrica. É, portanto, um contexto que demarca o advento de um acontecimento na sociedade brasileira: o surgimento dos movimentos sanitário e de reforma psiquiátrica antimanicomial.

Naqueles anos da última metade da década de 1970, quando foi lançado o livro, observavam-se sinais de clara exaustão e desmoronamento do regime autocrático instalado com o golpe de 1964. A sociedade clamava por democracia, cidadania, liberdade, fim da repressão e da censura, muito especialmente da censura à imprensa. Não custa rememorar que em 1976, por exemplo, ocorreram o espancamento do bispo Don Adriano Hipólito, as mortes do operário Manuel Fiel Filho na sede dos órgãos de repressão política e de dirigentes do Partido Comunista do Brasil (PCdoB), a

cassação de parlamentares e as explosões de bombas na Associação Brasileira de Imprensa (ABI), na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e em outras entidades e instituições da sociedade civil.

A criação do Cebes é um exemplo emblemático deste movimento social de reconstrução de um projeto nacional democrático. Foi criado explicitamente com o objetivo de construir um *pensamento crítico* em saúde, isto é, de pensar o campo da saúde não como tratamento de doenças, mas como promoção e defesa da vida. É nessa entidade que tomou corpo e forma um documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”, que, em 1979, foi apresentado no I Simpósio Nacional de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, com os princípios éticos e políticos do Sistema Único de Saúde, o SUS!

É importante ressaltar uma observação sobre o título do documento, que não é definido como uma nova proposta de política de saúde, mas enfatiza a questão democrática, compreendida em sentido amplo, o que será, efetivamente, a marca da política nacional de saúde com a consolidação de dispositivos reais de participação e controle social e a garantia universal do direito à saúde.

Retornando ao livro, é certo que nele não é desenvolvida, rigorosamente, uma história da psiquiatria no Brasil – embora uma leitura apressada do título possa assim sugerir –, mas um determinado corte ideológico, como o subtítulo vem esclarecer. Por isso mesmo, *História da psiquiatria* assumiu um papel singular, na medida em que despertou para o conhecimento público a possibilidade de uma outra função social, ideológica e política da psiquiatria, que não teria a ver exatamente com o tratamento do sofrimento humano, com o tratamento de enfermidades mentais. E essa revelação é feita de forma potente e impactante, a partir do resgate de uma entidade que se denominava Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

A Liga, como ficou conhecida nas décadas de 1920 e 1930, desenvolveu um protagonismo em defesa de valores conservadores e antidemocráticos, em nome e com base na ciência psiquiátrica. Dentre suas metas e proposições se destacava uma agenda proibicionista, antiliberal, eugênica, xenofóbica e moralista. Os princípios postulados visavam aos ideais de uma boa “higiene psíquica” – entendida, por extensão, como higiene social – conduzida e garantida pelo saber psiquiátrico. Uma pesquisa importante sobre o papel dos saberes médicos higienistas na produção da normalidade social foi o livro *Ordem médica e norma familiar* (Costa, 1979), publicado logo após *História da psiquiatria*, que se tornou uma referência complementar e obrigatória no debate sobre os temas abordados pela Liga.

O debate desencadeado com a descoberta e a publicização da Liga teve como resultado imediato um processo crítico sobre as instituições psiquiátricas existentes no país. No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, existiam cerca de 80 mil pessoas internadas em manicômios no Brasil. Os dados, levantados pelo prof. Luiz Cerqueira em *Problemas brasileiros de psiquiatria social* (1984), são muito imprecisos, como o próprio autor adverte, já que a situação era tão grave que não existiam fontes minimamente confiáveis. Existiam hospitais que tinham alguns milhares de pessoas internadas. A Colônia do Juquery, em São Paulo, por exemplo, tinha entre 20 e 30 mil internos: pessoas sem nome, sem identidade e sem diagnóstico! E, nesse aspecto, a crítica ao saber psiquiátrico a partir das bases teóricas explicitadas pela Liga assumia singular importância.

Eram aqueles mesmos fundamentos, aquelas mesmas evidências científicas adotadas pela Liga que autorizavam a psiquiatria a realizar sequestros de pessoas para o resto de suas vidas, que autorizavam invalidações sociais e impedimentos de vidas, que autorizavam lobotomias, eletrochoques, esterilizações, malarioterapias,

insulinoterapias...! Enfim, é um debate que favoreceu e deu visibilidade ao processo de reflexão e construção de pensamento crítico sobre as relações entre ciência e poder, ciência e norma social. Muitas das contribuições de Michel Foucault, Erving Goffman, Franco Basaglia, Robert Castel, Ronald Laing, David Cooper, dentre outros, passaram a ser conhecidas a partir desse momento.

Para os jovens profissionais que estavam saindo das universidades e que viriam a criar o movimento de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, tais questões abordadas no livro foram fundamentais para a tomada de consciência sobre o papel da ciência na construção da hegemonia e do *status quo*, na gestão dos riscos sociais, na repressão e na invalidação de singularidades e diversidades. Em suma, a geração que formulou e disparou o processo de reforma psiquiátrica encontrou no livro uma fonte inesgotável não apenas de questionamentos e reflexões, mas, fundamentalmente, de estratégias e de incidência política para a transformação. Uma delas, em especial, foi a de enfrentar o lema da prevenção das enfermidades mentais, bem como da promoção de saúde mental.

Uma das primeiras reflexões críticas sobre a prevenção das enfermidades mentais

Desde o seu advento nos textos eugenistas como um ideal de qualificação da raça humana, a profilaxia passaria a ter nova roupagem com a psiquiatria preventiva ou saúde mental comunitária, tal como proposta por Gerald Caplan e amplamente acolhida por setores das políticas públicas e organismos internacionais de saúde como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Um aspecto relevante do livro está no fato de possibilitar a reflexão sobre uma questão instigante: por que tantos profissionais, mesmo comprometidos com causas sociais, de defesa de direitos

e da democracia, se deixaram levar, ou foram seduzidos, pelo discurso da conservadora LBHM. Alguns exemplos desses profissionais, progressistas em sua época, são Ulysses Pernambucano e Juliano Moreira.

Juliano Moreira era um médico negro baiano que respondeu como diretor da Assistência Médico-Legal de Alienados e do Hospício Nacional de Alienados de 1903 a 1930. Argumentava a favor da hereditariedade na etiologia da doença mental com base na noção de degenerescência moral e apontava para o ideal da qualificação da raça, a eugenia, um ideal declaradamente racista.

O tema do racismo é um dos mais importantes no livro, por ser um dos temas mais desenvolvidos pela Liga e por sua relevância no Brasil, um país de forte tradição escravocrata, que sempre tentou negar, ou silenciar, sua tradição racista. Assumem importância na argumentação do livro autores que abordavam o racismo no Brasil de forma contundente, a exemplo de Roger Bastide e Thomas Skidmore, ou Florestan Fernandes e Octávio Ianni, esses últimos responsáveis, em boa parte, pela introdução em nosso meio das contribuições de Frantz Fanon, psiquiatra martinicano que foi uma das mais importantes expressões na luta contra o racismo e seu papel na dominação e na luta de classes.

Mas, retomando a pergunta de por que a agenda conservadora da Liga atraiu pensadores e atores (supostamente) não tão conservadores. Uma hipótese poderia apontar na direção da possibilidade da fé na credibilidade da ciência; na verdade produzida pela ciência; nas bases e evidências científicas da psiquiatria, que se pretendia uma ciência de robusta fundamentação biomédica (como ainda parece crer!). E se eram conhecimentos de base científica, e na medida em que a ciência se pretendia neutra e produtora de um saber descompromissado, desinteressado, seria, consequentemente, a expressão da verdade. Nesse sentido, não apenas o texto do livro em si, resultado de uma pesquisa de mestrado do autor,

mas em particular a introdução da primeira e da segunda edições (Costa, 1976) e os prefácios das demais edições (Costa, 1976/1989, 1976/2007) advertiram quanto aos riscos ideológicos da prevenção em psiquiatria e às suas bases morais invasivas e colonizadoras.

Esse foi um dos estímulos para que reeditássemos *História da psiquiatria* na coleção Loucura XXI, cerca de 30 anos depois. Tanto o resgate da história da Liga quanto essas questões anteriormente abordadas, especialmente sobre as relações entre saber e poder, ideologia e verdade, tornam o livro absolutamente necessário e atual!

Se o tema do racismo, em especial de sua fundamentação científica, foi enfrentado tanto com rigor acadêmico quanto com consistência política em *História da psiquiatria*, ele foi retomado, mais especificamente como o tema da *violência do racismo*, com maiores profundidade e amplitude conceitual e política no histórico prefácio ao livro *Tornar-se negro*, de Neuza Santos Souza (Costa, 1983). Trata-se de um dos mais potentes prefácios elaborados no contexto da *psiquiatria crítica* (termo que eu costumava adotar na época e que, apesar das críticas advindas mesmo no âmbito progressista, insistia e insisto em utilizar).

Embora o tema do racismo tivesse sido destacado e ressaltado em *História da psiquiatria* e, mais ainda, em *Tornar-se negro*, e incorporado em muitos manifestos e documentos políticos posteriores com base nas discussões dessas duas referências – como na Carta de Bauru, documento que demarca uma ruptura política e epistemológica importante para a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial (MTSM, 1987) –, o debate sobre o racismo seguiu sendo insuficiente, pelo menos até muito recentemente. Fanon foi vetado na academia, bem como Franco Basaglia, que inclusive encerra *A instituição negada* (Basaglia, 1968/1984) destacando a importância do caminho revolucionário apontado por Frantz Fanon. Mas a psiquiatria convencional, mercantilista, medicalizante,

patologizante se encarregou, com suas alianças e suas estratégias de poder, de silenciar e fazer desaparecer muitas das contribuições críticas a suas práticas e suas pretensões científicas biomédicas, como foi o caso de Laing, Cooper, Esterson, Szasz... Mesmo o livro de Neuza Santos Souza, uma autora negra, só seria mais amplamente conhecido alguns anos após seu falecimento.

A contribuição de Jurandir Freire Costa ao livro de Neuza Santos Souza não se reduziu ao prefácio, incluindo boa parte do processo de concepção, afinal, a autora fazia parte de um grupo de estudos que se reunia semanalmente sob a liderança de Jurandir, do qual fazíamos parte e no qual refletíamos sobre questões do saber no campo psi, da psicanálise à psiquiatria e ciência afins, em suas interfaces com a filosofia, a antropologia, a sociologia e a história.

Outras contribuições de Jurandir Freire Costa vieram a se somar na crítica ao ideal preventivista em saúde mental, inclusive um artigo de referência, em coautoria com Joel Birman (Birman & Costa, 1976/1994). Mas um determinado artigo merece destaque no contexto da discussão que nos instiga neste momento: “Saúde mental: produto da educação?” (Costa, 1980), formulado em termos de uma pergunta, uma provocação, no sentido dramático, para desestabilizar a naturalização do tema, que era praticamente consenso naquela conjuntura histórica. Eram muitos os autores e as entidades que bradavam os ideais preventivistas em tom ufanista e sonhador. Difundiam-se a possibilidade e o vislumbre de um mundo sem dores e sofrimento, sem drogas e enfermidades.

A provocação surtiu efeito e nos fez perceber o quanto os ideais de prevenção das doenças mentais e de promoção de uma “boa saúde mental” eram contaminados, ou eram os mesmos da profilaxia da Liga, dissimulados ou mascarados, mas orientados pelos mesmos projetos racistas, normativos, antiliberais, patriarcais e

excludentes que a ideia de um *tipo psicológico* ideal desenhado pela psiquiatria.

Em 1982, tivemos a possibilidade de trabalhar juntos no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II, posteriormente denominado Instituto Nise da Silveira), no Engenho de Dentro (RJ). Convidei Jurandir Freire Costa para compor e coordenar uma equipe que tinha como meta iniciar um processo de desconstrução daquele manicômio. Eu tinha claro que deveria ser um processo longo e árduo, de difícil execução, e que precisaria da participação de todos os sujeitos envolvidos na instituição para que pudessem operar o processo de transformação. E é com muita satisfação que podemos anunciar que, após tantos anos, aquela instituição sofreu uma transformação radical, não sendo mais uma instituição manicomial, e que tivemos um papel significativo nessa trajetória. Atualmente é o Parque Municipal Nise da Silveira!

O primeiro ponto da trajetória de desconstrução manicomial, entendíamos, diria respeito a um processo formativo no qual todas as pessoas da instituição seriam convidadas e estimuladas a participar. Era fundamental refletir sobre o trabalho, as relações, o poder, a função de repressão e tutela, a reprodução, mesmo que sem consciência na maior parte das vezes, dos mecanismos institucionais de controle.

Com Jurandir, outros e outras, inclusive Neuza Santos Souza, vivemos momentos profundos de tomada de consciência de nosso papel como gestores de riscos sociais, da miséria, da pobreza humana, da falta de políticas públicas de defesa e promoção de direitos. Nesse contexto também foi realizada uma pesquisa coordenada por Jurandir, na qual tentávamos entender e acolher as pessoas que chegavam à instituição e ali ficavam, internadas ou nos ambulatórios, por anos a fio, sem qualquer perspectiva de cuidado ou mudança. Eram simplesmente pessoas que iam renovar as receitas e “pegar” os benzodiazepínicos prescritos em prontuários

em que se escrevia simplesmente “manter a medicação”. Foi organizado um grupo de mulheres com “queixas difusas” que tinham muito mais a ver com sua condição de mulheres destratadas, pobres, sem perspectivas e em condições de muita violência. Uma delas nos disse que elas não tinham alta: “quem tem alta aqui são os médicos, quando acabam o estágio ou a residência e vão embora, e a gente fica para o próximo”.

Para minha experiência profissional e, acredito, para o processo de reforma psiquiátrica brasileira, essa pesquisa contribuiu com reflexões fundamentais sobre a importância da escuta e do acolhimento e estratégias para a própria construção coletiva das soluções por pares e ajuda mútua, que reorientaram os princípios da saúde mental no nosso país (Costa et al., 1984).

E não seria possível não fazer referência a um texto marcante, impactante, de Jurandir Freire Costa, que, ao ver um interno sendo vestido com uma roupa de mulher, e lhe sendo explicado que ali no hospício tanto fazia uma coisa ou outra, produziu um dos mais potentes trabalhos de crítica ao modelo manicomial e à psiquiatria institucional. O título, em analogia à psiquiatria democrática italiana, já diz boa parte das coisas que precisavam ser ditas naquele momento e que nos ajudaram a reorientar nosso projeto de luta antimanicomial: “Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela” (Costa, 1991).

Para encerrar, pensando algumas coisas para o presente e o futuro

Estamos vivendo um momento de valorização do tema da saúde mental. Especialmente após os tempos duros da pandemia de covid-19, o tema da saúde mental tomou as mídias, as narrativas pessoais, familiares, acadêmicas. Todos falam da saúde mental (a própria saúde mental, melhorar a saúde mental, cuidar da saúde

mental...). E o termo, como significante de uma espécie de valor ideal normativo, ontológico, carrega consigo muitas questões, muito especialmente questões relacionadas à patologização e à medicalização da vida, à gestão da vida pelos pressupostos científicos, à perda de autonomia das pessoas – como já ressaltava Ivan Illich (1976) – e aí por diante. Para ter mais cautela com o furor coletivo de busca da sanidade mental, da idealidade normativa psíquica, de promoção de uma “boa saúde mental”, peço licença para sugerir leitura desses textos de Jurandir Freire Costa e Neuza Santos Sousa que utilizei aqui. E para aqueles que já leram, permitam-me sugerir que leiam novamente!

Referências

- Basaglia, F. (Org.). (1984). *A instituição negada*. Graal. (Trabalho original publicado em 1968).
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 41-72). Fiocruz. (Trabalho original publicado em 1976).
- Cerqueira, L. (1984). *Problemas brasileiros de saúde mental*. Atheneu.
- Costa, J. F. (1976). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Documentário.
- Costa, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Graal.
- Costa, J. F. (1980). Saúde mental, produto da educação? *Revista Saúde em Debate*, 11, 59-66.
- Costa, J. F. (1983). Da dor ao corpo: a violência do racismo. In N. S. Souza, *Tornar-se negro, ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social* (pp. 1-16). Graal.

- Costa, J. F. (1989). Psiquiatria preventiva e representação da doença mental. In *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4a ed. rev. e ampl. Xenon. (Trabalho original publicado em 1976).
- Costa, J. F. (1991). Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In L. T. de Aragão, C. Calligaris, J. F. Costa, & O. Souza, *Clínica do social: ensaios* (pp. 41-74). Escuta.
- Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5a ed. Rio Garamond. (Trabalho original publicado em 1976).
- Costa, J. F., Bezerra Jr., B., Amarante, P., Adler, E., Souza, N. S., & Helsinguer, L. A. (1984). Algumas reflexões sobre um projeto alternativo de psicoterapia. *Cadernos de Psiquiatria Social*, 3(2), 11-13.
- Illich, Ivan (1976). *Nemesis médica: a expropriação da saúde*. Nova Fronteira.
- MTST – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (1987). O Manifesto de Bauru. *Jornal do Psicólogo*, 7(21), 4.

2. Psiquiatria e saúde mental

Marco Antonio Alves Brasil

Uma resposta efetiva ao sofrimento que a doença mental causa, bem como o pleno entendimento de suas origens implicam o reconhecimento de que ela tem aspectos biológicos, sociais e culturais que limitam qualquer conjunto único de significados e práticas. A psiquiatria deve procurar entender e cuidar dos sofrimentos psíquicos impostos aos seres humanos, mas não mais do que lhe cabe (Skull, 2015).

Por outro lado, a concepção de saúde mental impõe uma visão mais ampla, biopsicossocial, do fenômeno da doença mental, mas não nega a psiquiatria, pelo contrário, torna mais abrangente o seu campo de ação. Da psiquiatria passa-se a exigir uma organização de assistência sempre mais comunitária e social. Contudo, essa orientação da assistência psiquiátrica não retira do médico psiquiatra sua importância nas ações de saúde mental, como investigador do fato psicopatológico criador, depois de muitas tentativas infelizes (Valenstein, 2010; Burns, 2014), de alguns recursos capazes de restituir ao paciente sua liberdade interior, necessária a um projeto de existência autônomo e adaptado. Suas novas funções, em consonância com os outros elementos da equipe de saúde

mental, exigem do psiquiatra responsabilidades acrescidas, com inserção nos problemas gerais de saúde e alargamento das tarefas educativas e de promoção social na comunidade.

Não só as atividades biológicas no cérebro afetam profundamente as emoções e o comportamento, como também as alterações comportamentais, em resposta a situações vivenciais, modificam a função cerebral. Pensamentos e sentimentos não ocorrem sem neurônios e sinapses, mas a relação entre o cérebro e a mente é o mistério fundamental da psiquiatria e fonte de muitos de seus conflitos. Isso não só afeta a psiquiatria, mas tem profundas implicações para toda a medicina (Slavney & McHugh, 2016).

É importante enfatizar e reenfatizar que o campo de conhecimento e de atuação da psiquiatria não deve ser ofuscado e seduzido pelas descobertas das ciências básicas, de forma a não se ter uma postura crítica ou não se levar em conta outras perspectivas válidas e necessárias. Muito da compreensão psicanalítica e psicodinâmica é compatível com a neurociência, sendo um importante complemento às descobertas das ciências básicas, sem o qual a complexidade da doença não pode ser plenamente compreendida.

Em geral, problemas mentais, sociais e comportamentais representam grupos superpostos de problemas que, ampliados pela onda recente de mudanças globais político-econômicas e novas morbidades, interagem, intensificando seus efeitos no comportamento e no bem-estar das pessoas.

Valorizar o contexto social não quer dizer que os problemas sociais são a única ou a mais importante causa dos transtornos mentais. Entretanto, o contexto social não pode ser ignorado. Um transtorno cerebral, como a epilepsia, pode ser o resultado de um cisto causado por um parasita ou pode ser produzida por um traumatismo decorrente de uma guerra civil. Portanto, seja na infestação ou no traumatismo, fatores sociais podem estar presentes,

embora não sejam a causa direta da doença. Psiquiatras e outros profissionais de saúde mental não têm, obviamente, o dom especial para evitar guerras ou acabar com a pobreza, mas podem atuar preventivamente, sobretudo no diagnóstico precoce dos transtornos mentais.

Ao se discutir saúde social em um contexto de violência e pobreza, não se deve nem trivializar, nem medicalizar suas origens. Ao contrário, é necessário entender as forças políticas e culturais envolvidas. Deve-se considerar a violência e a pobreza como um problema amplo, com efeitos traumáticos que são tanto coletivos quanto pessoais, e não algo que os profissionais da saúde possam manejar sozinhos.

As questões relacionadas à saúde mental passam por temas centrais de paz, segurança, proteção ao ambiente e direitos humanos, bem como o desenvolvimento de organizações e estruturas nacionais e internacionais efetivas que controlem o colapso social e os conflitos internacionais. Para abordar essas questões efetivamente, a noção de que o trauma está enraizado em indivíduos ou em famílias individuais deve ser ampliada a uma compreensão do impacto coletivo dos danos sociais. Não se trata de negar a importância das diferenças que constituem a personalidade de cada um, mas de ver que toda pessoa, qualquer que seja, não pode ser completamente entendida sem levar em conta o ambiente cultural e social no qual vive, bem como o lugar que a sociedade concede a ela e o valor que ela confere à liberdade e ao direito ao lazer.

Obviamente, nenhum governo pode garantir saúde para cada um dos seus cidadãos. O que os cidadãos podem reivindicar é o direito a um meio ambiente compatível com a saúde e o direito de assistência quando a doença ocorrer. Esse meio ambiente significa ar respirável, água potável, abrigos decentes disponíveis, um lugar onde cada pessoa esteja livre de opressões e seja tratada com respeito e a comunidade providencie assistência de saúde a todos os

doentes. Sustentar o direito a um ambiente saudável e a uma assistência decente não assegura um respeito universal a esses direitos. Porém, estabelece um padrão com o qual esses direitos podem ser mensurados e pelo qual todos nós devemos lutar (Burns, 2014; Wilkinson & Pickett, 2010).

As discussões sobre saúde física e mental, bem-estar social, desenvolvimento econômico, segurança internacional e direitos humanos têm seguido caminhos distintos e isolados, quando, na realidade, essas questões estão ligadas indissolúvelmente. É contraproduutivo avaliar programas assistenciais de saúde sem considerar seu impacto na qualidade de vida da comunidade (Almeida Filho, Coelho & Peres, 1999; Wilkinson & Pickett, 2010).

A psiquiatria, desde a segunda metade do século XX, vem renunciando a uma abordagem psicossocial mais ampla para uma perspectiva mais estreita de orientação neurocientífica. O foco de interesse passa das questões sociais e seu impacto na saúde mental para desvendar as complexidades do funcionamento cerebral. Esse novo domínio da neurociência, focado no cérebro, pode provocar um isolamento de outras áreas da psiquiatria. É importante que essas pesquisas sobre o cérebro sejam contextualizadas e inseridas no mundo de relações pessoais, familiares e sociais. A escolha de uma identidade médica estreita, que foca exclusivamente em tratamentos e pesquisa biológicos, leva ao empobrecimento da prática. A biologia é uma parte necessária da teoria e da prática da psiquiatria, mas não oferece uma explicação e uma compreensão completas da doença mental e de seu tratamento (Carlat, 2010).

Na assistência psiquiátrica pública, particularmente em nosso país, ainda vivemos o processo da indispensável substituição do modelo hospitalocêntrico pelo comunitário e preventivo. Recursos substitutivos ao modelo asilar – como matriciamento psiquiátrico na atenção primária, unidades psiquiátricas de hospital geral, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas

– devem ser construídos em número suficiente para acolher os remanescentes do regime asilar, pois um externamento indiferenciado e sem planejamento poderá resultar no abandono de pacientes, desamparados na selva das cidades.

Seria contraditório creditar generosamente potenciais terapêuticos a uma sociedade que tem uma atitude de estigmatização e rejeição ao doente mental. É, portanto, fundamental obter a mudança de atitude da comunidade, tornando-a mais receptiva e acolhedora àqueles com transtornos mentais. Para isso, é necessário o esforço educativo por parte da equipe psiquiátrica, do serviço social, dos elementos prestadores de serviços à comunidade, dos indivíduos-chave, líderes naturais, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados para prevenção, cura e reabilitação. Não se pode mais manter divisões estritas e artificiais entre o bem-estar físico e mental, mas deve-se oferecer um atendimento integrado a todos os pacientes, especialmente na atenção primária e nas unidades psiquiátricas de hospital geral. Da mesma forma, discussões e planejamentos sobre saúde física e mental, bem-estar social, desenvolvimento econômico, segurança internacional e direitos humanos têm de ser feitos de forma integrada, já que são questões indissolúvelmente ligadas.

A psiquiatria procura manter sua hegemonia ao se posicionar como a liderança natural nas equipes de saúde mental, mas na realidade isso é um vestígio nostálgico do período da psiquiatria asilar. Os psiquiatras hoje convivem em nível profissional com um grupo de profissionais de saúde mental e não podem presumir que são, por direito adquirido, *primus inter pares*. Eles têm que justificar sua liderança, pelo mérito e pela abrangência do seu conhecimento. Essa abrangência exige, além do conhecimento biológico, mesmo para aqueles cuja principal atividade seja a prescrição de medicamentos, um conhecimento e uma qualificação psicoterápicos. Em

conferência feita no Colégios de Médicos de Viena, assim disse Freud (1904/1989):

Nós, médicos – inclusive todos os senhores –, portanto, praticamos constantemente a psicoterapia, mesmo que não o saibamos nem tenhamos essa intenção; só que constitui uma desvantagem deixar tão completamente entregue aos enfermos o fator psíquico da influência que os senhores exercem sobre eles. Dessa maneira, ele se torna incontrolável, impossível de dosar ou de intensificar. Assim, não é lícito o médico dominar esse fator, servir-se dele intencionalmente, nortear-lo e reforçá-lo? É isso, e nada mais do que isso, o que a psicoterapia científica lhes propõe. (p. 248, tradução nossa)

No plano biológico, apesar dos grandes avanços obtidos na segunda metade do século XX, especialmente nas décadas de 1950 e 1960, a psiquiatria tem progredido muito lentamente, resultando na suspensão do desenvolvimento de novos psicofármacos. A saída da indústria farmacêutica da pesquisa de novas drogas é um sintoma dessa paralisação e, ao mesmo tempo, um impedimento para o progresso terapêutico em psiquiatria. Essa paralisação de mais de meio século de avanços terapêuticos farmacológicos reais é decorrente, sobretudo, da enorme dificuldade de se estudar transtornos mentais de etiologia multifatorial e poligênica. Outros obstáculos têm também limitado esses avanços. Isso inclui um sistema diagnóstico que tem dificultado palpavelmente a ciência clínica e translacional e paradigmas de pesquisa ainda embasados em descobertas farmacológicas realizadas nos anos 1950, que não conseguiram nenhum conhecimento mais profundo da fisiopatologia dos transtornos mentais.

Apesar disso, devemos manter a esperança de que novas tecnologias, incluindo estudos genéticos de larga escala; o novo campo da epigenética que tenta entender como a natureza e o meio ambiente estão interligados, etiológica e clinicamente; o desenvolvimento das tecnologias de células-tronco, com todas suas implicações para o estudo dos transtornos mentais; e os avanços na compreensão de circuitos neurais, possam tirar a psiquiatria desse atual impasse (Hyman, 2014).

Entre as especialidades médicas, é provável que a psiquiatria seja a mais primitiva cientificamente (Carlat, 2011). Há ainda uma compreensão rudimentar da fisiopatologia das doenças mentais e seu tratamento se baseia ainda em teorias tênues e mutantes. No entanto, embora isso seja verdade, não significa que os psicofármacos, bem como outros tratamentos biológicos, não sejam efetivos, apenas que os psiquiatras devem renunciar a vender uma imagem de serem possuidores de um sofisticado conhecimento neuroquímico no exercício da sua prática clínica (Paris, 2008, 2023).

Shorter (2021) afirma que tanto o diagnóstico quanto a terapêutica psiquiátricos não têm uma base científica. Para Joel Paris (2023),

nós sofremos de uma ausência de uma teoria válida e somos forçados a visar aos sintomas, em vez da doença mental como um todo. E isso cria uma incerteza que pode ser difícil de ser aceita. Essa falta de conhecimento abre as portas para modismos e falácias. (p. ix, tradução nossa)

A psiquiatria, hoje, é capaz de atuar nos graves transtornos mentais, salvando vidas, e devolver a milhões de pessoas sua paz interior e sua capacidade funcional; ela, no entanto, ao estender as fronteiras do seu campo de atuação, passa muitas vezes a

diagnosticar transtornos de validade científica questionável, priorizando e acreditando em soluções médicas para problemas de vida, às vezes simples reações emocionais ou traços de personalidade, orientada e embasada por informações dadas por “líderes de opinião”, sendo que muitos desses líderes se permitem ser marionetes pagas pela indústria farmacêutica (Carlat, 2010).

As tensões, as dificuldades e a violência da vida social tornam-se “estresses”, “traumatismos”, levando a “ansiedades” e “depressões”. Assim, o profissional de saúde mental passa a ser considerado o único capaz de trazer o alívio esperado, caracterizando o processo da “medicalização”, pelo qual esses sofrimentos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos (Conrad, 2007). Essa medicalização não é recente. Frank Berger, que introduziu o meprobamato em meados de 1950, a primeira droga “blockbuster” na psiquiatria, assim comentou sobre a clientela que encontrou, nessa época, na clínica psiquiátrica da Universidade de Louisville:

Meu sentimento era que muitas pessoas que eu via não tinham realmente um transtorno psiquiátrico. Elas eram pessoas, em minha opinião, com problemas de vida, que não se entendiam com seus parceiros, não conviviam bem com seus filhos, não conviviam bem com seus chefes, e não tinham sido educadas, preparadas, para lidar com todas essas crises da vida. Assim, elas ficavam estressadas, descontroladas, e tinham que ver um médico e o médico não sabia o que fazer. E assim, ele as nomeava com um dos nomes psiquiátricos. (citado por Shorter, 2021 p. 14, tradução nossa)

Um tipo de medicalização que vem sendo denominado *disease mongering*, traduzido como “promoção da doença” ou “fabricação

de novos doentes”, é o processo de extensão das fronteiras que definem a doença mental, com o propósito de ampliação do mercado para aqueles que vendem tratamentos. Embora a análise do *disease mongering* tenha focado mais amplamente no marketing da indústria farmacêutica e no promíscuo relacionamento entre profissionais e essa indústria, o fenômeno é mais amplo e profundo do que apenas uma crítica à propaganda de fármacos. A maior preocupação é a transformação, cada vez maior, das adversidades comuns da vida em sinais e sintomas de condições tratáveis, produzindo muitas doenças iatrogênicas, consumindo muitos recursos e, fundamentalmente, mudando o que significa ser humano (Jamouille & Gomes, 2014; Moynihan, 2012).

O problema geral do normal e do patológico pode, sob o ponto de vista médico, especificar-se como problema nosológico. Isso torna importante a análise da questão do normal e patológico a partir de um outro par antitético: saúde e doença, pois sem a doença como contraste, a saúde seria evidente e inquestionável. A medicina existe, antes de tudo, porque os homens se sentem doentes (Canguilhem, 1943/1978).

É uma tendência humana pensar em termos de opostos polares: frio e quente, noite e dia, causa e efeito, assim como normal e patológico, doente e são, físico e mental, consciente e inconsciente. Pensar dessa maneira faz as questões complicadas parecerem simples. Mas a realidade não é assim. Em carta escrita ao seu amigo David Bohm, disse Albert Einstein em 1954: “Se Deus criou o mundo, sua maior preocupação certamente não era facilitar nossa compreensão dele. Vejo isso com clareza há 50 anos” (History Channel Brasil, 2017).

Em psiquiatria, já afirmava A. Lewis (1979), mais do que em qualquer outro ramo da medicina, é difícil delimitar o que é mórbido e o que é saudável. Há muita diversidade entre os critérios usados em psiquiatria referentes às fronteiras da normalidade. Há

uma diversidade semelhante na determinação do que é necessário para enquadrar uma doença em um dos tipos ideais de reação, síndrome, padrão, entidade ou o que mais venha a ser denominado. Essa dificuldade está no próprio conceito de saúde, sujeito à conjuntura social, econômica, política e cultural. Isto é, a saúde não é a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar, 2007).

Muitas discussões sobre saúde mental são baseadas na prática psiquiátrica. Não há, no entanto, uma definição sem controvérsia sobre o que venha a ser saúde mental. Não há um “DSM da saúde”. Isso é porque o que significa ser saudável não está em primeiro plano da filosofia da psiquiatria. No entanto, a definição de saúde mental é de importância prática e filosófica. Sob o aspecto prático, se a saúde mental é um estado de bem-estar, os esforços para promovê-la irão provavelmente adotar diferentes medidas de desfecho e métodos de manejo, com níveis de confiança distintos daqueles investidos nas abordagens psiquiátricas tradicionais. Do lado filosófico, é crítico iniciar um diálogo que, embora implícito na história da filosofia, ainda deve acontecer de forma explícita: a saúde mental é idêntica ao bem-estar, um dos seus constituintes ou pré-condição para ele (Wren-Lewis & Alexandrova, 2021)?

O termo saúde mental vem sendo utilizado com frequência como designação de serviços da saúde e está presente em legislações ou políticas governamentais, em artigos científicos e nos meios de comunicação. Falamos de reduzir o estigma, de estabelecer paridade entre saúde física e mental, havendo um reconhecimento do seu valor na vida humana. No entanto, não é claro o que saúde mental significa, apesar de todos os esforços de definição, nem se há um conceito único subjacente. Algumas vezes, as iniciativas em nome da saúde mental têm como objetivo apenas reduzir a doença mental, de forma a implicitamente identificar a

saúde mental como a ausência de um diagnóstico psiquiátrico. De forma mais ambiciosa, há propostas para se adotar uma definição positiva, identificando saúde mental com um bem-estar psíquico ou mesmo geral (Alcântara, Vieira & Alves, 2014; Wren-Lewis & Alexandrova, 2021).

A saúde mental e a ausência de doença mental, embora relacionadas, não são sinônimos. Um indivíduo pode sofrer de uma doença mental, mas pode se destacar em um ou mais dos domínios da saúde mental. Por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista pode apresentar hipermnésia, hiperlexia e hipercalculia (Etchepareborda et al., 2007, citados por Fusar-Poli et al., 2020). Algumas pessoas com depressão podem desenvolver atividades bastante criativas, como Ludwig von Beethoven, Sylvia Plath e Ernest Hemingway (Yalom, 1980/2020). Por outro lado, pessoas que não sofrem de qualquer doença mental não necessariamente têm uma boa saúde mental e a performance em diferentes domínios de saúde mental é muito variável. Além disso, certo grau de desconforto mental (por exemplo, traços leves de ansiedade e depressão) pode ser útil para o desenvolvimento pessoal ou o desenvolvimento de estratégias adaptativas de sobrevivência, bem como não há uma fronteira nítida entre o bem-estar psicológico em indivíduos com uma doença mental bem compensada e o bem-estar psicológico em indivíduos saudáveis que estão sob estresse (Fusar-Poli et al., 2020; Yalom, 1980/2020).

Os conceitos de saúde mental e promoção de saúde mental têm sido, às vezes, usados indistintamente. Fusar-Poli et al. (2020) propõem o uso do termo saúde mental para definir domínios positivos ou alvos relacionados, enquanto a promoção de saúde mental seria reservada para estratégias que podem ser adotadas para aumentar a percepção, a qualidade e o controle da saúde mental. O objetivo da promoção de saúde mental é, portanto, aumentar o estado de bem-estar e de resiliência ao longo de todo o ciclo da

vida, com uma interseção com o fortalecimento dos fatores que protegem contra o desenvolvimento de transtornos mentais (Fusar-Poli et al., 2020; WHO, 2004).

Algumas pessoas têm um risco aumentado de desenvolver certos transtornos mentais como consequência de um atributo, característica ou exposição. Embora a ausência desses fatores de risco seja importante para a saúde mental, não é suficiente para definir saúde mental. Por exemplo, a ausência de abuso na infância é importante, já que o trauma infantil é um fator de risco para doença mental, mas não é suficiente para definir uma boa saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020).

A prevenção de doenças mentais e estratégias de enfrentamento podem se superpor, mas ao mesmo tempo se diferem. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define promoção de saúde como “o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle e melhorar suas saúdes” (WHO, 1986). De modo semelhante, a promoção de saúde pode ser definida como o aprimoramento da capacidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades de fortalecer e dar suporte para experiências positivas emocionais, cognitivas e relacionadas (Hodgson, Abbasi & Clarkson, 1996). Assim, é essencial promover valores de saúde mental e melhorar as estratégias de enfrentamento nos indivíduos, em vez de apenas obter a melhora de sintomas e déficits (Fusar-Poli et al., 2020; WHO, 2004).

Uma das mais citadas definições de saúde mental foi feita pela OMS, que a define como “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com os estresses normais da vida, pode trabalhar produtivamente e frutiferamente, e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade” (WHO, 2004). Nessa definição, não é suficiente estar livre de um transtorno mental; é necessário que a pessoa esteja suficientemente bem para progredir e florescer na sua comunidade. A saúde mental existe em um continuum complexo, o qual é vivenciado diferentemente

de uma pessoa a outra, com vários graus de dificuldade e estresse e diferentes potenciais desfechos sociais e clínicos. No entanto, há uma imensa demanda para que o indivíduo realize seu pleno potencial, bem como trabalhe produtivamente e contribua para sua comunidade.

Não muitas pessoas podem atender a tais níveis de exigência. Não é claro exatamente até que nível de exigência a definição endossa, mas, lida literalmente, é muito alto. Muitas pessoas que aparentemente têm um bom funcionamento provavelmente não cumpririam essas exigências. Além disso, é uma exigência explícita que os indivíduos alcancem esses padrões, e não apenas que eles sintam que o tenham. Isso exige um funcionamento em harmonia com o que se considera hoje estresse normal, trabalho produtivo e contribuição para a sociedade. O *ethos* dessa definição é que não se deve ser um fardo para sua própria comunidade, é preciso ser capaz de se recuperar de problemas que lhe aconteçam e, particularmente, estar ativo na cadeia produtiva (Wren-Lewis & Alexandrova, 2021).

Assim, se a definição de saúde mental como mera ausência de doença é muito restrita e estreitamente ligada a um julgamento psiquiátrico, a definição como bem-estar pode ser muito exigente e potencialmente opressiva. Uma proposta intermediária é feita por Wren-Lewis e Alexandrova (2021), na qual a saúde mental é um bem primário, isto é, são as condições psicológicas para perseguir uma concepção de uma boa vida, incluindo bem-estar, sem ser identificada como bem-estar.

Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) oferecem um conceito ampliado de saúde mental como uma expressão de “saúde social”. Nessa perspectiva, a saúde mental poderia ser vista por duas vertentes: como situação de “salubridade psicossocial” e como superação dos limites da normalidade. No que se refere ao planejamento na área da saúde mental, observam aqueles autores que não se deve

confundir programas ou atividades de assistência psiquiátrica ou de prevenção de transtornos mentais com ações de promoção da saúde mental. Reforçam a importância da conceituação positiva de “saúde mental”, em todos os seus níveis, instâncias e dimensões, ou seja, desde a normalidade no nível subindividual, passando pelo estado de saúde mental no nível individual (configurando uma “síndrome de bem-estar”) e chegando a um conceito ampliado de saúde mental como expressão de saúde social. Assim, a compreensão da experiência da enfermidade mental iria da patologia neuropsiquiátrica, daí ao tratamento da doença e à prevenção dos riscos, e finalmente para a promoção da saúde.

Dessa forma, o conceito de “saúde” passa a ter uma perspectiva transdisciplinar, ampliando-se para além dos programas de assistência. A saúde mental significaria, para esses autores, um “socius saudável”, por meio de práticas trans-setoriais, oferecendo uma qualidade de vida com satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais e equidade (Almeida Filho, Coelho & Peres, 1999).

A psiquiatria está no meio de uma crise e não está claro se a profissão irá sobreviver a essa crise intacta (Carlat, 2010). Seu futuro é incerto. Só o tempo dirá como a psiquiatria irá evoluir. Ela se juntará à neurologia, ou mesmo será fagocitada por esta? Ela ficará limitada às minúcias do funcionamento cerebral, deixando o mundo das emoções e das relações humanas para a psicologia, a enfermagem e o serviço social? Ou, dentro de uma visão otimista e de esperança, assumirá um lugar de destaque entre as especialidades médicas, como a única capaz de integrar o biológico, o psicológico, o social e o cultural, procurando interpretar as vivências e os significados dos sofrimentos de seus pacientes (Block, Green & Holmes, 2014)?

Por outro lado, só haverá um real progresso em saúde mental, como um conceito amplo e abrangente, com justiça social, em um

mundo mais justo, com iguais oportunidade de educação e trabalho, e com os mesmos direitos e deveres para todos, independentemente de cor, raça, sexo, classe social e econômica, orientação política, religiosa e sexual. É inconcebível querer abordar ou resolver as questões decorrentes do sofrimento humano sem colocá-las em todos os níveis e dentro de seus contextos socioculturais.

“Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política” (Almeida Filho, Coelho & Peres, 1999, p. 125). Algo impossível? Lembremos de Mário Quintana (1951):

Das utopias:

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!

Referências

- Alcântara, V. P., Vieira, C. A. L., & Alves, S. V. (2022). Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 351-361.
- Almeida Filho, N., Coelho, M. T. A., & Peres, M. F. T. (1999). O conceito de saúde mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Block, S., Green, S. A., & Holmes, J. (Eds.). (2014). *Psychiatry: Past, Present, and Prospect*. Oxford University Press.
- Burns, T. (2014). *Our necessary shadow: the nature and meaning of psychiatry*. Penguin Books.

- Canguilhem, G. (1978). *O normal e o patológico*. Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1943).
- Carlat, D. J. (2010). *Unhinged: The trouble with psychiatry – A doctor's revelations about a profession in crisis*. Free Press.
- Carlat, D. (2011, 18 ago.). “The Illusions of Psychiatry”: An Exchange. John Oldham, Daniel Carlat, Richard Friedman, and Andrew Nierenberg, reply by Marcia Angel. *The New York Review*.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1986). Sobre psicoterapia. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. II). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1904).
- Fusar-Poli, P., Pablo, G. S. de, De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & Van Amelsvoorts, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46.
- History Channel Brasil. (2017, 7 jul.). O que Einstein pensava sobre Deus? *Canal History*.
- Hodgson, R., Abbasi, T., & Clarkson, J. (1996). Effective mental health promotion: a literature review. *Health Education Journal*, 55(1), 55-74.
- Hyman, S. E. (2014). Psychiatry and neuroscience. In S. Block, S. A. Green, & J. Holmes, J. (Eds.), *Psychiatry: Past, Present, and Prospect* (pp. 1-21). Oxford University Press.
- Jamoulle, M., & Gomes, L. F. (2014). Prevenção quaternária e limites em medicina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(31), 186-191.
- Lewis, A. (1979). *The later papers of Sir Aubrey*. Oxford University Press.

- Moynihan., R. (2012). Disease-mongering. *Politics of Medicines Encyclopaedia*. Recuperado de: <https://haiweb.org/encyclopaedia/disease-mongering/>.
- Paris, J. (2008). *Prescriptions for the Mind: A Critical View of Contemporary Psychiatry*. Oxford University Press.
- Paris, J. (2023). *Fads and fallacies in psychiatry*. 2nd ed. Cambridge University Press.
- Quintana, M. (1951). *Espelho Mágico*. Globo.
- Scliar, M. (2007). A história do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Shorter, E. (2021). *The Rise and Fall of the Age of Psychopharmacology*. Oxford University Press.
- Skull, A. (2015). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity*. Princeton University Press.
- Slavney, P. R., & McHugh P. R. (2016). *Psychiatric polarities, methodology and practice*. John Hopkins Press.
- Valenstein, E. S. (2010). *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. CreateSpace Independent Publishing.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. Penguin Books.
- WHO – World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 425-430.
- WHO – World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice (Summary Report)*. WHO.

- Wren-Lewis, S., & Alexandrova, A. (2021). Mental Health Without Well-being. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 46, 684-703.
- Yalom, I. D. (2020). *Existential Psychotherapy*. Basic Books. (Trabalho original publicado em 1980).

3. Jurandir Freire Costa e a psiquiatria

Maria Tavares Cavalcanti

Nos meus já quase quarenta anos de psiquiatria, sempre tive muito mais incertezas do que certezas. E o pior (ou será o melhor?) é que, à medida que os anos foram se passando, as poucas certezas foram se tornando cada vez mais evanescentes...

Para quem trabalha nesse campo não apenas recebendo pessoas que vem em busca de um cuidado, uma resposta, um alívio, uma interlocução, um testemunho, mas também formando outras pessoas que, como eu, desejam fazer das suas vidas um lugar de algum repouso para homens e mulheres, jovens, crianças, idosos, famílias inteiras, muitas vezes alquebradas pelo sofrimento de vivências que as atravessam e que não conseguem explicar, lidar, conviver, seguir experienciando, vocês podem imaginar a angústia que é não ter muito onde se agarrar nesse mar por vezes tão tortuoso. Por isso figuras como Jurandir Freire Costa são tão importantes e fundamentais. E veremos o porquê nestas poucas linhas que se seguirão.

Valéria começou a ouvir gritos dentro da sua cabeça aos 13 anos. Aos 17 já eram muitas vezes. Foi internada na psiquiatria. Saiu tomando altas doses de antipsicóticos e mesmo assim as vozes

não cessaram. Antes da internação era uma menina que estudava, frequentava o ensino médio (chegou a se formar), se arrumava, ajudava em casa e saía com as amigas. Agora passa o dia deitada na cama, olhando para o teto ou para a televisão sem prestar nenhuma atenção naquilo que as imagens e os sons evocam. E ainda recebeu um diagnóstico: esquizofrenia. O pai desconfia que tem algo muito errado e começa a diminuir a medicação por conta própria. Mesmo assim procura a Clínica da Família para se aconselhar. Traz Valéria com ele. A moça pouco fala. Tem o corpo rígido, os movimentos lentos, parece ter dificuldade de articular seus pensamentos. Diz que as vozes continuam falando com ela, mas já não a assustam tanto. O pior é a sensação de inutilidade, a falta de perspectiva, a ausência de vontade para o que quer que seja. O médico concorda com o pai – vamos seguir diminuindo a medicação e tentar um espaço onde Valéria possa ser ouvida. Do pouco que conseguimos que fale, ela nos diz das brigas em casa, de dois irmãos que foram presos, um dos quais também toma medicação psiquiátrica, dos desentendimentos entre o pai e a mãe e de uma história de agressões sofridas na infância.

Ezequiel é uma criança de seus 11 anos. Esperto. A mãe acha que seu filho é autista. “Não para quieto, só come alguns poucos alimentos, não brinca com outras crianças. A escola vive reclamando dele.” A impressão da equipe que os acolhe é outra bem diferente. Ezequiel desenha, responde o que lhe é perguntado, lê, escreve, interage com as pessoas na sala. Começa um caminho difícil com essa mãe. Ela deseja um laudo de autismo para o menino. “Ele não é um menino normal. Eu sou mãe. Eu sei.” Esse laudo lhe proporcionará um benefício e mediação na escola, além de dar um nome e uma explicação para as dificuldades que enfrenta ao criar o filho completamente sozinho, sem nenhuma renda e numa moradia precária.

No primeiro caso, um diagnóstico é dado. No segundo, é negado. Mas em ambas as situações o desconforto se instala. O que isso significa?

Façamos um retorno na história para um outro período, estudado por Jurandir Freire Costa, que pode nos iluminar quanto àquilo que a sociedade demanda da psiquiatria ou ao que os psiquiatras se arvoram a oferecer. Para tal, uma pergunta permanece sempre viva: qual é o objeto da psiquiatria?

Que a psiquiatria é uma disciplina completamente imiscuída no meio sociocultural em que se insere, penso que ninguém há de ter dúvidas em pleno século XXI. Basta uma olhada superficial nas principais classificações em que hoje a psiquiatria se baseia, DSM-5 e CID 10 (a caminho da CID 11), para vermos que em muitos critérios a questão da “perda da funcionalidade” aparece como um aspecto importante para que o diagnóstico possa ser dado. Funcionalidade é algo completamente dependente da sociedade em que nos encontramos.

Isso não é novo. Para o bem e para o mal, a psiquiatria aparece sempre como uma espécie de “balizador” do que seria desejável ou não para uma determinada sociedade.

Em sua dissertação de mestrado defendida na França em 1974, na École Pratique des Hautes Études, Jurandir Freire Costa nos apresenta uma *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Seu trabalho foi publicado no Brasil em várias edições, sendo a primeira de 1976. A que trabalharemos aqui é a quinta edição, de 2007, publicada pela Garamond. No prefácio a essa quinta edição, Costa aponta que entre as razões para republicar essa obra está o fato de que

as chamadas “ideias científicas” no domínio da psicologia, psiquiatria e disciplinas afins são estreitamente

dependentes do contexto cultural que as legitima. Teses sobre a “normalidade” ou “anormalidade” da vida mental são indissociáveis das visões de mundo às quais se articulam e que lhes dão plausibilidade. (p. 7)

Isso se opõe a uma visão cientificista, definida por Costa como:

a atitude intelectual dos que tentam mimetizar os princípios e métodos das ciências físico-químicas, postulando a existência de uma “natureza humana intrínseca”, capaz, por si mesma, de confirmar ou negar as afirmações que fazemos sobre ela. (p. 8)

Ao estudar os textos dos arquivos brasileiros de higiene mental, publicados entre 1928 e 1934, Costa demonstra o quanto

os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental comportavam-se como “cientificistas” da mente. E por se comportarem desta maneira deixaram-se levar por uma das mais nocivas aspirações do imaginário psiquiátrico, a da prevenção eugênica das doenças mentais. Convictos de que a ciência é neutra quanto a valores morais, terminaram por coonestar parte do ideário nazista, que definia sujeitos portadores de transtornos psíquicos como seres humanos “degenerados”. (pp. 8-9)

Hoje, talvez estejamos mais atentas e atentos a esses riscos, mas vale lembrar que a homossexualidade só saiu dos tratados psiquiátricos como doença em 1990, e até muito pouco tempo a transgeneridade tinha que ser acompanhada por psiquiatras a fim de referendar sua “veracidade”.

Uma outra razão apontada por Costa para a republicação do livro é a razão ética.

Afirmar que as diversas descrições de nossa vida mental são constatativas e prescritivas não é o mesmo que resvalar para o relativismo, para o subjetivismo ou para o irracionalismo. Ao contrário, estar atento à filiação cultural dos saberes empíricos sobre o sujeito significa, justamente, apoiar-se no pilar invariável e irrevogável do respeito à vida, à liberdade e à integridade físico-moral do indivíduo. (p. 9)

Quando diagnosticamos um transtorno mental, uma depressão, uma fobia, um transtorno esquizofrênico etc. e consideramos que são estados indesejáveis, é porque aprendemos “formas de pensar, agir e sentir sustentadas na hierarquia simbólica que determina quais desempenhos psicológicos devem ser apreciados ou rejeitados” (p. 11).

Se deixamos de lado a referência histórico-cultural e a noção de poder presentes no campo da psiquiatria, o risco de nos deixarmos levar por preconceitos camuflados de “ciência” é enorme. O estudo de Costa sobre os escritos da Liga Brasileira de Higiene Mental demonstra de forma cabal esse risco. Em uma sociedade que estava se constituindo enquanto tal,

a necessidade fundamental dos psiquiatras era a de modificar a realidade brasileira com a qual não estavam de acordo. A prevenção foi nada mais nada menos que a adaptação da Psiquiatria a seus interesses privados. Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade, da miscigenação racial do povo brasileiro.

A prevenção eugênica apareceu-lhes como o instrumento mais rápido e eficaz para sanear essa situação. Desde então a coerência científica pouco importava. Qualquer teoria poderia justificar a prevenção, pois os psiquiatras encarregavam-se de fazer coincidir a realidade com a representação científica que queriam que tivesse. Assim, o alcoolismo tornou-se a causa da pobreza e decadência moral, porque era encontrado nas camadas mais pobres da sociedade. A sífilis tornou-se atributo do patrimônio genético dos negros, por ser mais generalizada entre eles. A miscigenação racial tornou-se a causa da desorganização política e social, porque a população brasileira era miscigenada. (pp. 21-22)

Isso tudo parece muito distante de nós? Voltemos ao Rio de Janeiro de 2023, Clínica da Família, mesmo cenário com que iniciamos este texto.

A escola pede um laudo psiquiátrico para o garoto que não fica quieto na sala de aula. A mãe não sabe mais o que fazer. Tem que trabalhar para colocar comida em casa, acorda às 4 da manhã, tendo chegado em casa na véspera às 19 horas para cozinhar, arrumar minimamente a casa, colocar as crianças para tomar banho, jantar e dormir. Durante o dia deixa os meninos menores com os mais velhos, mas não tem como controlar o que se passa. Por sua vez, na escola, a professora tem que dar conta de trinta crianças na sala, em diferentes níveis de aprendizado, em um pós-pandemia, cujas consequências estamos ainda vivendo intensamente. A psiquiatra percorre em poucos minutos todo o arsenal psiquiátrico aprendido e apreendido em seus quase quarenta anos de profissão e se pergunta: será que se trata de um problema psiquiátrico? Um diagnóstico para o menino resolverá o problema? No entanto, todos os

dias recebemos esses pedidos de laudos psiquiátricos para crianças que estão com dificuldades na escola.

Qual o papel da psiquiatria diante desse tipo de situação e demanda? E por que esse tipo de situação vem parar na psiquiatria? Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositor desafiador? São diagnósticos que cabem em situações como essas? Sim, há que se examinar o menino, conversar com ele, conversar com a mãe, descartar situações de déficit cognitivo ou outras deficiências, mas na grande maioria dos casos o que encontramos são situações de vida tão difíceis que a criança é apenas mais um elemento dentro da enorme engrenagem de insuficiências e dificuldades que se relacionam muito mais com o contexto socioeconômico, político e cultural da nossa sociedade extremamente desigual e injusta.

Para fazer uma ponte entre esses questionamentos em 2023 e a discussão travada por Costa (1976/2007) em seu estudo sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental de um século atrás, eu diria que na Liga os psiquiatras tentavam informar o poder público e sobretudo os políticos sobre a necessidade de prevenção das doenças mentais, uma vez que acreditavam piamente no caráter hereditário delas e na superioridade da raça branca, defendendo que a linha de transmissão deveria ser interrompida se quiséssemos construir uma nação sã – “a eugenia encarregava-se da profilaxia das doenças mentais e a miscigenação, da profilaxia da raça” (p. 58). Mesmo a miscigenação para a “melhoria” da raça foi posteriormente questionada, na medida em que se fortaleciam os ideais eugênicos.

Com efeito, para os eugenistas, o indivíduo doente ou sadio era referido, preferencialmente, a sua matriz biológica e não à sua matriz psíquica ou cultural. A pessoa humana, na ética eugênica, devia ser considerada, exclusivamente, como uma entidade zoológica que nasce,

crece, multiplica-se e morre. O homem era um animal e por isso mesmo não deveria beneficiar-se de nenhuma medida que o ajudasse a escapar das leis naturais de sua espécie. Seu valor era dado única e exclusivamente em função de sua atuação biológica. Os mais fortes deveriam sobreviver; os mais fracos, desaparecer. A tarefa primordial do eugenista consistia em evitar os desvios desta evolução natural da espécie, provocados pelas ações culturais de certos indivíduos ou grupos sociais. (pp. 62-63)

Quando a sociedade de uma forma geral e a escola, a família, outros profissionais de saúde e até mesmo psiquiatras consideram que o comportamento do menino pode e deve ser explicado por algum transtorno mental para o qual haja um medicamento eficaz, que o acalme e o adeque às normas, a fim de que ele conviva na sociedade sem causar maiores dificuldades, o que está por trás senão a crença de que há algo em seu funcionamento cerebral que pode ser corrigido por meio de uma molécula química, que restaurará sua “normalidade”? Muitas vezes o pedido de socorro por parte das famílias e das escolas advém de um desespero mesmo, de um não saber mais o que fazer. No entanto, a expectativa de resposta diante de uma consulta psiquiátrica ou médica de forma geral é a princípio um diagnóstico e um medicamento. Quando isso não acontece, a frustração é geral...

O argumento no início do século XXI não é mais o da eugenia (embora tenhamos passado bem perto disso nos tempos de trevas em que estivemos mergulhados nos últimos quatro anos), mas pode muito bem ser o do funcionamento cerebral atrapalhado, disfuncional, o da determinação genética, o da falta de uma determinada substância etc. Precisamos estar muito atentas e atentos para não escorregarmos nas respostas aparentemente mais fáceis.

Fico sempre muito ressabiada com uma psiquiatria que tem mais respostas do que perguntas... Uma psiquiatria que não corre riscos é uma psiquiatria medíocre, diria João Ferreira da Silva Filho, outro grande psiquiatra, contemporâneo de Jurandir.

Portanto, há que se pensar uma outra psiquiatria, uma que não trabalhe sozinha e que desconfie sempre de si mesma. Nos aproximamos dessa “outra” psiquiatria ou de uma psiquiatria possível na apresentação que Jurandir faz do livro *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*, de Jairo Goldberg. Estamos dentro do contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Aqui, parte dos psiquiatras brasileiros, acompanhados de muitos outros profissionais da saúde, bem como familiares e usuários, se empenhou para que uma transformação efetiva acontecesse no cenário da assistência psiquiátrica no Brasil. O livro retrata a experiência pioneira do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luís da Rocha Cerqueira, na rua Itapeva, em São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil, dirigido pelo psiquiatra Jairo Goldberg. Costa (1996) então nos fala, na apresentação do livro, dessa nova maneira de fazer e de pensar a psiquiatria – “a experiência do CAPS parece seguir a recomendação metodológica de Popper: lidamos com problemas e não com ‘matérias’ que pertençam, de fato ou de direito, a certas disciplinas” (p. 10).

Centrado na questão do paciente psicótico – “em psiquiatria, o problema importante é o do sujeito culturalmente reconhecido como psicótico” (p. 11) –, Costa desconstrói as ideias de uma verdade única para os saberes psiquiátricos, demonstrando o quanto a disputa entre uma organogênese, uma psicogênese ou uma sociogênese das psicoses, bem como a busca de uma forma mais verdadeira de tratá-la, é irrelevante ou não faz sentido. O que importa aqui não é a natureza última ou a verdade sobre o fenômeno psicótico, mas “o que e como fazer diante de um sujeito que apresenta impasses que vão desde o desemprego até os conflitos típicos

das ações intencionais, que o levam a ser diagnosticado como psicótico” (p. 11)

Costa ainda sugere que essa psiquiatria presente nos dispositivos da reforma psiquiátrica nos inspira uma forma de agir na qual:

Onde encontrar contradição na teoria, redescreva o problema. Onde encontrar contradição na prática, experimente novos modos de agir. Experimente seguir outras regras de ação, definindo o problema a partir de outras crenças. Ao cabo dessa ação, se o sentimento de impossibilidade permanecer, retome o procedimento. Mais cedo ou mais tarde o enigma será visto de um prisma onde algo de interessante e humanamente útil poderá ser feito. (p. 12)

Trata-se, portanto, de “uma psiquiatria voltada para o respeito do homem” (p. 17).

Quase trinta anos depois, em abril de 2023, reencontramos Jurandir Freire Costa pensando “Uma psiquiatria do nosso tempo” em conferência proferida no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quando da posse do professor Pedro Gabriel Godinho Delgado na direção desta instituição. “Uma psiquiatria de nosso tempo é uma psiquiatria que pense a renovação de si mesma. É difícil pensar em uma psiquiatria do tempo presente.” Citando Santo Agostinho, fala em três formas do presente: o presente do passado – a memória; o presente do futuro – a espera; o presente do presente – a atenção. Nesse sentido, uma psiquiatria do nosso tempo é uma psiquiatria que se mantém fiel às suas origens e, portanto, se mantém fiel à fenomenologia, na qual experiência e representação da experiência coincidem.

Homenageando Pedro Gabriel por meio de Franco Basaglia, pergunta-se: “se experiência e representação da experiência coinci-

dem, do que se trata quando falamos em doença mental?”. Aqui realiza-se um deslocamento fundamental, saindo-se da ideia de uma doença mental para a ideia de um sofrimento. E do que se sofre?

Sofre-se de tudo que representa diminuição de capacidade vital, sem se afastar aqui de toda a discussão canguilhemiana de normatividade. O que importa é a capacidade do organismo de criar novas normas de ajustamento – sua variabilidade e sua flexibilidade. E ao psiquiatra e a todas as pessoas que lidam com o sofrimento psíquico de seus companheiros na vida importa uma escuta que coloque sintoma, transtorno etc. como parte de uma vida.

Essa clínica do sofrimento depende da autoria de quem sofre. Por isso o relato em primeira pessoa é indispensável: primeiro porque permite um apelo ao outro e a criação de pontes para o diálogo com o parceiro solidário; segundo porque permite que o sujeito pense sobre sua dor e a transforme em história. Na clínica do sofrimento cabe cooperar com o sujeito para que ele encontre uma homeostase que lhe seja favorável.

Basaglia, diz Jurandir, mexeu com a hierarquia dos cuidados. O psiquiatra começa a ser parceiro no circuito muito mais rico de donatividade, de doação com aquele que se beneficia daquele tipo de atendimento. A psiquiatria se torna mais democrática.

O psiquiatra vai continuar, os saberes da psiquiatria vão continuar válidos; se trata de oferecer à pessoa naquele momento o reconhecimento de si mesma, oferecer aquilo que permite que o sujeito recupere a sua normatividade perdida. A psiquiatria se abre para o mundo. Torna-se mais plural. Seu conhecimento, em vez de aprisionar, liberta.

Ao pensar em um usuário, ao estudar seu caso, tudo o que produz sofrimento é levado em conta, inclusive e sobretudo “a máquina de produção de desviantes” – é preciso um gesto político, um gesto cultural que diga: esse aqui também tem direito.

Portanto, para concluir esta breve homenagem ao mestre, poderíamos nos perguntar: qual o objeto da psiquiatria? Precisamos de uma nova psiquiatria?

Em 1976, Jurandir Freire Costa e Joel Birman escreveram um relatório para o 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil intitulado “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária”. Nesse relatório eles criticam o conceito de psiquiatria comunitária e discutem se a saúde mental seria o objeto da nova psiquiatria e a comunidade, o novo espaço de intervenção da psiquiatria. Não desenvolveremos a análise desse relatório no presente texto, mas deixamos aqui o registro de sua existência para aqueles que desejarem se aproximar de um trabalho que já traz em si os primórdios da discussão que viria a se aprofundar nas décadas seguintes ao longo do processo de construção e implantação da chamada reforma psiquiátrica brasileira. Talvez a principal contribuição desse texto seja a sua crítica radical a uma ideia de prevenção primária em psiquiatria, bem como a uma visão homogênea do que seja comunidade, além de já apontar para o risco de uma “psiquiatrização/normatização” da sociedade – a psiquiatria utilizada como instrumento de poder normativo. Risco esse, como vimos, tão presente na primeira metade do século XX, com a Liga Brasileira de Higiene Mental, mas ainda não definitivamente superado.

Sempre tive muita dificuldade com esta ideia de que a saúde mental seria algo distinto da psiquiatria e precisaríamos de uma “nova” psiquiatria para que a saúde mental pudesse passar a fazer parte do seu escopo. Até onde me leva a minha prática psiquiátrica, consigo antever que o objeto da psiquiatria pode e deve ser também a saúde mental, e que não precisamos de uma “nova” psiquiatria para isso.

Afinal, do que se trata quando falamos em psiquiatria?

A base da psiquiatria é a fenomenologia. A julgar pela conferência proferida por Costa (2023) e citada anteriormente, Basaglia revolucionou a psiquiatria exatamente porque se manteve fiel à fenomenologia, na qual experiência e representação da experiência coincidem.

Em um texto de 2022, Zahavi e Loidolt se utilizam da psiquiatria fenomenológica, mais especificamente de figuras como Jaspers, Minkowski, Laing, Basaglia e Fanon, para demonstrar o quanto a crítica feita à fenomenologia de que ela seria acrítica, conivente com o *status quo*, não procede, e muito pelo contrário: foi exatamente a fenomenologia que levou autores como Jaspers e Minkowski a rejeitarem o reducionismo das doenças mentais a doenças exclusivamente “orgânicas” ou doenças do cérebro apenas, uma vez que a fenomenologia os conduziu a se interessarem pela experiência vivida pelos pacientes. Conceitos como temporalidade, espacialidade, corporificação e autoexperiência levaram também Laing e Basaglia a questionarem a terapêutica e colocarem as relações éticas e políticas interpessoais e interinstitucionais no centro da cena da discussão psiquiátrica. Por fim, Frantz Fanon introduz a dimensão do colonialismo, da psiquê e da psiquiatria colonizadas.

Percorrendo a trajetória desses autores, Zahavi e Loidolt desenvolvem seu argumento central de que a fenomenologia é um instrumento crítico potente. A mim, interessa acompanhá-los neste texto em homenagem a Jurandir Freire Costa para embasar meu argumento de que não precisamos de uma nova psiquiatria, muito pelo contrário, precisamos retornar à psiquiatria. A meu ver, os escritos de Jurandir sobre a psiquiatria também apontam nessa direção e é por isso que sua obra nesse campo (e em tantos outros contíguos e complementares) faz uma enorme diferença.

Conceitos como estrutura temporal, experiência espacial, demarcação entre eu e não eu, unidade e identidade do eu, experiência do próprio corpo são tão caros à psiquiatria quanto à

fenomenologia, e o psiquiatra que desejar se aproximar da experiência do seu paciente terá na fenomenologia uma grande aliada.

O primeiro autor citado por Zahavi e Loidolt é Karl Jaspers, que, em seu livro *Psicopatologia geral* (primeira edição em 1913), defende um pluralismo metodológico em psiquiatria que leve em conta genética, epidemiologia, neurobiologia, neuropsicologia, ciências sociais e humanas, em particular a filosofia. Parece evidente que o psiquiatra nunca terá o cérebro em suas mãos para examiná-lo (mesmo com todo o avanço nas tecnologias de imagem, isso ainda permanece verdadeiro) e a experiência anômala e/ou de sofrimento sempre será mediada pela consciência. “Afinal, a única razão pela qual os estados cerebrais assumem a importância que têm é por meio de sua relação com episódios mentais identificados em bases experienciais” (Zahavi & Loidolt, 2022, p. 58, tradução nossa).

Eugen Minkowski, por sua vez, advoga que os sintomas floridos que o psiquiatra percebe em seu paciente esquizofrênico são expressões de uma alteração muito mais profunda: a perda do contato vital com a realidade. Para Minkowski, “qualquer episódio mental anômalo deve ser visto como uma expressão consensada de uma alteração existencial mais básica” (Zahavi & Loidolt, 2022, p. 59, tradução nossa), e a fenomenologia é o instrumento que possibilita a descoberta e a análise dessa estrutura alterada. Um de seus principais livros chama-se justamente *O tempo vivido: estudos fenomenológicos e psicopatológicos*.

Jaspers e Minkowski colocavam-se contra a ideia de que doença mental e doença cerebral são sinônimos. Mesmo que haja alteração no funcionamento cerebral, alterações neurobiológicas não explicam os aspectos intencionais, fenomênicos e normativos da mente. Isso sem levar em conta os aspectos éticos da relação com os pacientes que sofrem e para quem seus sintomas têm uma história, um sentido, e que desejam e precisam compartilhar isso com

seus terapeutas, incluindo o psiquiatra. Isso traduz o enorme e profundo debate sobre mente e corpo/mente e cérebro, que sempre intrigou a humanidade e desde o século XX tem sido amplamente discutido por filósofos e cientistas da mente, neurofisiologistas, neurobiólogos, geneticistas, espiritualistas etc., no qual não adentraremos, pois fugiria ao escopo deste texto.¹

Seguindo a trilha de Zahavi e Loidolt, caminhamos para outros dois grandes baluartes da psiquiatria – Ronald Laing e Franco Basaglia. Nesses dois autores encontramos uma crítica profunda às estruturas institucionais e sociais, com ênfase na marginalização dos doentes mentais, possibilitada, em grande parte, pela fidelidade ao pensamento fenomenológico. O primeiro livro de Laing, *O eu dividido*, traz uma dupla vertente fenomenológica – social e existencial. O principal aqui é apontar para a necessidade de situarmos a experiência do paciente esquizofrênico não apenas a partir de suas próprias vivências, mas também no seu estar no mundo. Como diz Laing: “coisas loucas ditas e feitas pelo esquizofrênico permanecerão essencialmente como um livro fechado se nós não entendermos o seu contexto existencial” (Zahavi & Loidolt, 2022, p. 61, tradução nossa).

O ser humano não existe fora de suas relações e interações entre si e com o mundo. Sem negar a existência de pessoas esquizofrênicas e da própria esquizofrenia, o que Laing enfatiza é o quanto a psiquiatria que separa o indivíduo da sua própria experiência, do seu meio, e o objetiva, reduzindo-o a uma categoria diagnóstica

1 Autores como António Damásio, V. S. Ramachandran, Lawrence Shapiro, Donald Davidson, David Chalmers, Daniel Dennet, Paul e Patricia Churchland, J. McDowell, J. Rouse, S. Todes, Keneth Kendler, Thomas Nagel, entre outros, contribuem para as várias vertentes e visões presentes nesse debate. Um artigo de Kendler, “A psychiatric dialog on the mind-body problem” (*Am. J. Psychiatry*, 158, 989-1000, 2001), apresenta uma excelente introdução ao tema para aqueles interessados e praticantes da psiquiatria.

e a uma doença mental, pode ser mortífera. Todo rótulo é um fato social e todo fato social é um evento político. Ora, o local destinado às pessoas ditas doentes mentais em nossa sociedade é um lugar de desempoderamento, de invalidação, de tutela pela psiquiatria e pelo Estado. Ouvir uma pessoa buscando nela sinais e sintomas de uma doença ou simplesmente ouvi-la são movimentos muito distintos. “No contexto da terapia, a fenomenologia existencial é a tentativa de reconstruir o modo de ser do paciente em seu mundo, e para que isso aconteça o psiquiatra deve ter a plasticidade de se transpor para uma visão estranha e estrangeira do mundo. Só assim pode-se chegar a uma compreensão da posição existencial do paciente” (Laing, citado por Zahavi & Loidolt, 2022, p. 63, tradução nossa).

Reverenciado e possivelmente mais conhecido no Brasil, por ser fonte de inspiração para o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, Franco Basaglia, como vimos anteriormente na conferência de Jurandir, tinha uma formação sólida em filosofia fenomenológica e se colocava como um psiquiatra fenomenológico. Foi a fenomenologia que lhe permitiu o deslocamento de uma psiquiatria centrada na doença, na busca por diagnósticos, para uma psiquiatria cujo centro é o indivíduo – nos dizeres de Jurandir: o descolamento da doença mental para o sofrimento. Mas é muito importante não confundir esse deslocamento com uma negação da existência da doença mental. Em sua célebre visita ao Brasil em 1979, Basaglia afirmou contundentemente em uma de suas conferências² – “aqueles que dizem que a doença mental não existe... são imbecis” (Zahavi & Loidolt, 2022, p. 66, tradução nossa).

2 As conferências proferidas por Basaglia no Brasil deram origem ao livro *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática* (Brasil Debates, 1979).

Em consonância com Minkowski, Basaglia acreditava que era possível entender a situação experiencial e existencial do paciente e referia-se especificamente à epoché de Husserl ao descrever como se deveria se envolver com os pacientes. Em vez de vê-los por meio de categorias diagnósticas, como esquizofrênicos ou depressivos, os psiquiatras devem procurar se relacionar e atender aos pacientes como indivíduos únicos. Para tanto, foi necessário um colchete dos rótulos diagnósticos, uma suspensão do quadro teórico da psiquiatria. Só fazendo uma espécie de epoché sobre a própria noção de doença mental, só suspendendo todos os preconceitos e as concepções e as expectativas estereotipadas que se possa ter em relação ao doente mental, seria possível obter algum tipo de compreensão do ser no mundo do paciente. (Zahavi & Loidolt, 2022, p. 66, tradução nossa)

Inevitavelmente, a consequência desse deslocamento da doença para o sofrimento leva o psiquiatra a se interrogar sobre as condições de tratamento dos seus pacientes nos grandes asilos e manicômios, nos quais ao sofrimento experienciado pelo sujeito é acrescido um sofrimento inominável pela condição de abandono que uma instituição total gera (Goffman, 2019). Assim, Basaglia inicia sua trajetória revolucionária de transformação do espaço de tratamento psiquiátrico, inicialmente em Gorizia (1961-1969) e posteriormente em Trieste (1971-1979), com o fechamento dos grandes asilos, a criação de uma rede substitutiva ao manicômio e, mais do que isso, a mudança de um paradigma e uma verdadeira revolução social e cultural em torno da loucura e de todas as suas consequências, que culminou com a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia ou lei da reforma psiquiátrica italiana, que determinou a extinção progressiva de todos os manicômios no território italiano.

No Brasil, como vimos, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira é herdeiro direto das ideias e das ações de Franco Basaglia, e também aqui nosso processo culminou na Lei nº 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para um modelo territorial e comunitário.

Por fim, Zahavi e Loidolt (2022) trazem a figura de Frantz Fanon, psiquiatra francês nascido em Martinica e que teve na Argélia seu principal loco de trabalho e militância. A novidade em Fanon é a introdução da opressão colonial como fonte geradora de patologia e solapamento de identidade do indivíduo (Fanon, 2020; Santos, 1983/2021) – a experiência de sujeitos racializados em sociedades coloniais gera consequências psicopatológicas. Tendo como fontes de inspiração Jaspers, Sartre, Merleau-Ponty, Lacan e a psicologia da Gestalt, Fanon incorpora uma orientação histórica e política às suas análises fenomenológicas. Para além de uma filogênese e uma ontogênese das doenças mentais, há também uma sociogênese. Não temos como separar nossos pacientes de sua existência situada em um campo social e político. E, portanto, a colonização e o racismo têm um peso enorme na gênese e na configuração de seu sofrimento. Aprofundando essa reflexão, Fanon é levado a cada vez mais caminhar em direção a uma descolonização da sua prática psiquiátrica e da própria psiquiatria.

Zahavi e Loidolt (2022) citam em seu artigo a carta de demissão que Fanon escreveu em 1956 ao prefeito francês da Argélia, Robert Lacoste:

Durante quase três anos, coloquei-me inteiramente ao serviço deste país e seus habitantes. Não poupei esforços, nem entusiasmo. Todas as minhas ações tinham como horizonte a emergência unanimemente desejada de uma sociedade digna. Mas de que adianta o

entusiasmo e o cuidado com o humano se a realidade é fiada de mentiras, covardia e desprezo pelo humano no dia a dia? De que valem as intenções se sua encarnação é impossibilitada pela indigência do coração, pela esterilidade da mente e pelo ódio pelos nativos deste país? A loucura é um dos meios pelos quais o homem pode perder sua liberdade. E eu posso dizer que, da encruzilhada onde estou, medi com horror a magnitude da alienação dos habitantes deste país. Se a psiquiatria é a técnica médica que se propõe a ajudar o homem a não mais ser um estranho ao seu ambiente, só posso confirmar que o árabe – permanentemente alienado dentro de seu próprio país – vive em um estado de despersonalização absoluta. (Zahavi & Loidolt, 2022, p. 70)

Creio que com a citação da carta de Fanon, bem como o exposto em relação ao pensamento e a prática de Jaspers, Minkowski, Laing e Basaglia, podemos dizer que a psiquiatria proposta por Jurandir Freire Costa advém dessa tradição. Expõe em um de seus trabalhos iniciais (Costa, 1976/2007) os riscos de que uma psiquiatria descolada de uma reflexão crítica e da própria fenomenologia, uma psiquiatria que parte de pressupostos mais ideológicos do que científicos, que se separa da escuta do sofrimento das pessoas que nos procuram e de seu contexto, que não se coloca permanentemente em questão, possa se tornar um instrumento de poder extremamente perigoso e, por que não dizer, malévolo. Por outro lado, uma psiquiatria que toma a liberdade como parâmetro, que se centra no encontro verdadeiro entre sujeitos mergulhados em um contexto sociocultural, econômico e histórico, essa pode realmente nos trazer uma linda primavera. Que o digam os inúmeros partícipes do que chamamos de reforma psiquiátrica brasileira,

da qual, sem dúvida nenhuma, Jurandir foi um mentor dos mais importantes e influentes.

Obrigada, Jurandir.

Referências

- Birman, J., & Costa, J. F. (1976). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. *Relatório e Resumos do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil*. APPIA.
- Costa, J. F. (1996). Apresentação. In J. Goldberg, *Clínica da psicose: um projeto na rede pública* (pp. 9-17). Te Corá, Instituto Franco Basaglia.
- Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Garamond. (Trabalho original publicado em 1976).
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. Ubu. (Trabalho original publicado em 1952).
- Goffman, E. (2019). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva.
- Laing, R. (1978). *O eu dividido*. Vozes.
- Santos, N. S. (2021). *Tornar-se negro, ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1983).
- Zahavi, D., & Loidolt, S. (2022). Critical phenomenology and psychiatry. *Continental Philosophy Review*, 55, 55-75.



Este livro é uma homenagem ao psicanalista Jurandir Freire Costa, um dos principais responsáveis por produzir no Brasil um pensamento original, implicar profundamente a psicanálise com a crítica cultural e construir uma análise profunda e atenta aos processos sociais e seus impactos subjetivos. As contribuições a este volume provêm de psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, antropólogos e filósofos que dialogam com a obra de Jurandir e destacam sua importância seminal nos campos da reforma psiquiátrica, da saúde mental, da psicanálise, da filosofia e da crítica cultural. Temas como a formação da subjetividade, a violência e o racismo são centrais aos debates psicanalíticos, políticos e culturais contemporâneos.

série

PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coord. **Flávio Ferraz**

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-2377-1

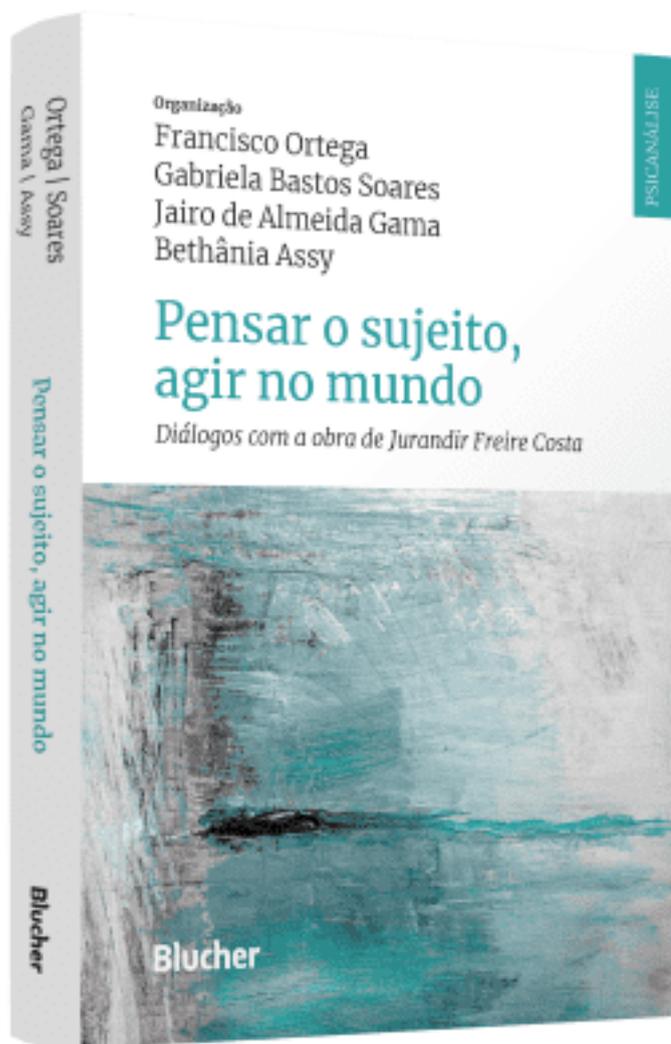


9 788521 223771



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

Pensar o sujeito, agir no mundo

Diálogos com a obra de Jurandir Freire Costa

Francisco Ortega, Gabriela Bastos Soares, Jairo Gama, Bethânia Assy

ISBN: 9788521223771

Páginas: 676

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2024
