



**“JÁ VISTE COMO CHORA
UMA CEREJEIRA?”**

**PASSOS PARA UMA
ANTROPOLOGIA DA
ESQUIZOFRENIA**

ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ



SÉRIE SAÚDE COLETIVA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

SÉRIE SAÚDE COLETIVA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

“JÁ VISTE COMO CHORA UMA CEREJEIRA?”

PASSOS PARA UMA
ANTROPOLOGIA DA
ESQUIZOFRENIA

ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ

Porto Alegre, 2020.

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial**Editor-Chefe:** Alcindo Antônio Ferla**Editores Associados:** Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.**Conselho Editorial:****Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Alexandre Ramos de Souza Florêncio** – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua;**Àngel Martínez-Hernáez** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;**Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália;**Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália;**Berta Paz Lorigo** – Universitat de les Illes Balears, Espanha;**Celia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América;**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;**Erica Rosalba Mallmann Duarte** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;**Héider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;**Juleimar Soares Coelho de Amorim** - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil;**Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil;**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra;**Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;**Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil;**Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;**Marcio Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil;**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;**Mariana Bertol Leal** – Ministério da Saúde, Brasil;**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil;**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;**Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;**Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil;**Sueli Terezinha Goi Barrios** – Ministério da Saúde, Brasil;**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil;**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;**Vera Lucia Kodjaoglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil;**Vera Maria Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.**Comissão Executiva Editorial**

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Diagramação

Editora Rede Unida

Arte da Capa

Márcio Mariath Belloc

Projeto Gráfico, Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Título Original: “¿Has visto cómo llora un cerezo?” Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia.

© Ángel Martínez Hernáez, 1998.

© Universitat de Barcelona, 1998.

Tradução: Márcio Mariath Belloc

Copyright © 2020 Ángel Martínez-Hernáez.

Todos os direitos desta edição estão reservados para a Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252

www.redeunida.org.br

FICHA CATALOGRÁFICA



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

M385j **Martínez-Hernández, Ángel.**

Já viste como chora uma cerejeira?: Passos para uma antropologia da esquizofrenia / Ángel Martínez-Hernández; Tradutor: Márcio Mariath Belloc. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020. 140 p. (Coleção Saúde Coletiva e Cooperação Internacional).
E-book: PDF

ISBN 978-65-87180-05-2

DOI 10.18310/978-65-87180-05-2

1. Antropologia Médica. 2. Determinantes Sociais. 3. Esquizofrenia. 4. Saúde Mental. I. Título. II. Assunto. III. Martínez-Hernández, Ángel.

CDD 616.89

20-30180005

CDU 616.89

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Psiquiatria: desordens mentais, psicoterapias, terapias mentais, esquizofrenias.
2. Medicina: Psiquiatria.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Ángel. Já viste como chora uma cerejeira?: Passos para uma antropologia da esquizofrenia. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde Coletiva e Cooperação Internacional). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-05-2.

Aos meus informantes

SUMÁRIO

DE CEREJAS, DESAPARECIMENTOS E MEMORIAIS DA VIDA	08
FUTURO IMPERFEITO: APRESENTAÇÃO PARA A VERSÃO EM PORTUGUÊS	12
APRESENTAÇÃO	16
A ENFERMIDADE	20
A INDEFINIÇÃO	20
NATUREZA	21
CULTURA	31
SOCIEDADE	38
A CIDADE	42
O CENTRO	42
DADOS	47
VIDAS CRUZADAS	54
O CONFINAMENTO	61
MOVIMENTO E RECLUSÃO	61
SENSO (COMUM) E SEM SENTIDO (COMUM)	66
COMUNIDADE E SOCIEDADE	77
A LINGUAGEM	83
O DELÍRIO	83
ESTRUTURA	88
SENTIDOS	96
BIBLIOGRAFIA	105
SOBRE O AUTOR	112

DE CEREJAS, DESAPARECIMENTOS E MEMORIAIS DA VIDA

Quantas distâncias existem entre o sofrimento, sua interpretação e consequentes respostas clínicas e sociais? O que faz nossa sociedade – e anteriores – justificar cientificamente com as ferramentas e a técnica de sua época a construção de modelos ou remodelações de abordagens à experiência da loucura, que precisem transformar a pessoa em uma espécie de segunda categoria? Que semânticas são necessárias para uma leitura ou aproximação à singularidade da experiência do enlouquecimento, que não sejam as da solidão profunda de um subjetivismo niilista ou as da dissolução na multidão amorfa? E mais, quem poderia imaginar encontrar estas e muitas outras questões com menor ou maior complexidade disparadas no encontro com a poética de um questionamento como *já viste como chora uma cerejeira?*

Tal pergunta me chegou às mãos, em versão espanhola, nos primeiros anos de experiência profissional e militante nesse campo em aberto que conhecemos como saúde mental coletiva. Campo que envolve a gestão, a atenção, a educação e, especialmente, a participação de todos os atores na construção, planejamento, execução e avaliação das ações. E como efeito dessa diversidade de vetores, ações, por sua vez, articuladas em suas dimensões éticas, estéticas e políticas. Não obstante, mas talvez justamente pela abertura à crítica que essas dimensões acabam provocando, o que o verso poético antevia teve um efeito avassalador. A inicial e direta resposta a essa primeira camada poética, sem sequer abrir a capa ou mesmo ler a linha seguinte, que descrevia em subtítulo o que tratava o volume, foi de uma simplicidade quase ingênua. Cerejas: uma cerejeira deve chorar cerejas. Poderia divagar com vagar em elocubrações sobre por que não suas flores, tão lindas que são, ou suas folhas mortas de uma dramaticidade inerente, mas a verdade é que tal resposta foi – sem pretender ser – de uma precisão também ética, estética e política, que escondida por trás do gracejo

linguageiro, talvez só tenha me dado conta quando, uns bons anos depois (estes nos quais escrevo), tenho a honra e a alegria de traduzir o livro para o português.

O que não quer dizer, por alegria, que o labor não tenha tido seus desafios. O maior, sem dúvida, foi justamente buscar honrar a beleza dos originais, em forma e conteúdo, e escapar do impulso à literalidade da tradução. Certamente seria uma dupla traição, também em forma e conteúdo, pois não somente feriria o estilo do autor, como também a própria proposição dessa pesquisa etnográfica sobre a loucura, que se constituiu no encaixe dos modelos explicativos sobre a experiência e, sendo assim, de uma fidelidade generosa aos distintos narradores e narrativas desse tipo de padecimento na Barcelona da década de 1990. Espero ter, assim, seguido os ensinamentos de meu amigo Ernani Chaves, quando conversávamos sobre sua brilhante tradução de *Das Unheimliche* de Sigmund Freud: O Infamiliar (publicado pela Autêntica Editora em 2019). Dizia ele, com palavras certamente muito melhores do que essas mal-traçadas linhas, da arte de produzir um encontro do espírito do tempo, do espaço e da estética do texto com essas mesmas dimensões de estética, local e tempo da tradução, tudo isso sem implodir os originais. E nesse sentido, não tendo a arte e a destreza de meu amigo e mestre, tive o enorme privilégio, que ele – por motivos óbvios – não teve, de contar com a amizade e a interlocução direta e colaboração paciente do autor.

Assim, a tradução requereu, além da transmissão fiel do conteúdo, a adaptação e respeito às expressões idiomáticas, ao ritmo da escrita e até mesmo às gírias barcelonesas dos anos noventa, muito presentes nas falas dos informantes, que especialmente geraram boas trocas de mensagens com o autor e um certo trabalho criativo. E se pensarmos bem, uma certa tradução é um exercício bastante presente no processo etnográfico. Não deixa de haver tradução na forma dialógica da produção de entendimento da experiência, suas perspectivas *emic* e *etic*, de desvelar os saberes profanos, de considerar os distintos modelos explicativos etc. E justamente nessa construção da versão em português que a cada capítulo, a cada parágrafo,

pulsava a minha ingênua resposta das cerejas como lágrimas e o porquê de seus sabores tão avassaladores.

Acontece que as provei como amargor há época de minha primeiras leituras do texto. De ser trabalhador militante da saúde mental coletiva e, apesar de sempre tratar de contar com os usuários na construção das ações, ao mesmo tempo não conseguir ultrapassar o entendimento de seu padecimento além do saber e das concepções científicas de minha especialidade. É dizer que me relacionava com companheiros de bandeiras e de lutas por meio dos óculos das concepções de sujeito e padecimento da teoria que fundamentava na época minha prática profissional. Em poucas palavras, as pessoas que formavam fileiras comigo não deixavam para mim de ser usuárias. Uma categoria muito presente na reforma sanitária brasileira, de suma importância na constituição das políticas públicas de saúde, do próprio Sistema Único de Saúde, a partir dos dispositivos de controle social, mas que pode guardar nessa forma totalizante, em certa medida, um desaparecimento.

Falo do desaparecimento político que está contido nas questões que abrem este prefácio. Tratar uma pessoa como humano-menos-humano, reificada como um diagnóstico e produção de sintomas, tão presente e há muito identificado nas práticas manicomiais, é ceifar sua cidadania, é produzir seu desaparecimento como ser político. É preciso observar que as reatualizações do modelo manicomial no gesto cotidiano, na micropolítica, podem ter também um efeito mortificador. Nesse sentido, não é somente nos porões das ditaduras e nos voos da morte de suas versões latino-americanas que o terror de estado produz desaparecimentos. Estes podem ser ativados na micropolítica do cuidado em saúde. Não é o mesmíssimo terror da mortificação institucional manicomial propriamente dita, mas se presentifica na sutileza do gesto cotidiano, numa espécie de instituição total a conta-gotas (parafrazeando a expressão de Eugênio Zaffaroni). E assim, se nosso companheiro usuário é entendido somente como usuário, e o que ele produz somente pelas lentes da especialidade, seja qual for, estamos produzindo desaparecimento político.

Entender isso nos ajuda a compreender os desafios que temos diante de nós na constituição do cuidado, nas respostas clínicas e sociais em relação à experiência da loucura. Neste sentido, falar do choro de uma cerejeira, dar um caráter humano a uma árvore, como metáfora, diz também de como encontramos o *anthropos* onde havia reificação pela razão científica e pelo senso comum. Assim, as cerejas contidas nos passos para uma antropologia da esquizofrenia de Ángel Martínez-Hernández, antes de lágrimas-frutas, são uma produção inequívoca de ser-sejas. E não se trata de uma ontologia ou metafísica da pessoa com dito diagnóstico, senão do encontro com os saberes produzidos pela própria experiência de padecimento, colocados em pé de igualdade aos saberes científicos sobre as abordagens biomédicas, sociológicas, psicológicas, políticas e até econômicas relativas à esquizofrenia.

Talvez a atualidade desse belíssimo trabalho etnográfico esteja justamente em nos convocar a essa dimensão do ser-seja. No *ser*, naquilo que a pessoa é, e que nos convoca a um olhar atento à singularidade da experiência para além de nossas abordagens especialistas, e no *seja* que não a reduz sequer a esta leitura ou tradução da singularidade, pois nos remete sempre a apontar para uma possibilidade futura que por ventura seja construída. É, assim, exercitar em ato a liberdade e radicalmente dissolver as mortificações para produzir memoriais da vida.

Márcio Mariath Belloc
Belém, 16 de maio de 2020.

FUTURO IMPERFEITO: APRESENTAÇÃO PARA A VERSÃO EM PORTUGUÊS

É uma grande satisfação para mim escrever esta apresentação da versão em português de *¿Has visto cómo llora un cerezo?*, um livro que veio à luz em espanhol há mais de vinte anos e onde apresento algumas reflexões e análises derivadas do meu trabalho de campo na rede de saúde mental de Barcelona nos anos 90. É evidente que passado este tempo algumas coisas mudaram, especialmente alguns dados estatísticos de Barcelona, os critérios diagnósticos DSM que passaram da versão IV para a V, o surgimento dos chamados movimentos sociais “em primeira pessoa” que antes eram praticamente inexistentes e algumas políticas da saúde mental; algumas, não todas.

Atualmente, também as instituições e as políticas da saúde mental continuam sendo afetadas por inércias manicomiais e por uma imprecisão dos modelos comunitários que, na prática, são mais serviços *na* comunidade que *com* a comunidade. Os paradoxos associados ao estigma e ao confinamento social da loucura continuam na ordem do dia, do mesmo jeito que os locais de passagem na cidade continuam sendo espaços habitáveis para os naufragos que viram suas vidas desvalidas após a psicose. A esquizofrenia como desordem, doença, forma de sofrimento psíquico, aflição ou o que quisermos chamar, ainda hoje está ligada à indefinição. Penso que na história da civilização ocidental existem poucos estados de sofrimento tão difíceis de definir e, ao mesmo tempo, objeto de tanta violência desnecessária.

A loucura nos coloca no espelho da nossa própria ignorância. Talvez seja por isso que às vezes respondemos ante ela com certezas hipertrofiadas. Alguns veem na loucura cérebros mórbidos. Outros, uma estrutura do sujeito derivada da forclusão do nome do pai. Alguns veem problemas cognitivos; outros dinâmicas familiares e vínculos duplos. Na minha perspectiva, tudo isso é tão válido quanto errado. Válido se serve

como uma hipótese que abre caminhos e tem consciência de sua natureza provisória. Errado quando a teoria prende o sujeito e sua vida e os subsume em um diagnóstico, em um julgamento e a partir daí não vemos mais nada, apenas nossas próprias teorias e certezas, apenas nós mesmos. Não há surpresa ou aprendizado nessa perspectiva e, como disse Aristóteles, sem surpresa não há conhecimento.

Quando escrevi este livro, eu era um jovem antropólogo com formação adicional em psicanálise e psiquiatria social. Naquela época, na Catalunha e na Espanha, como na maioria dos países que tinham desenvolvido a reforma psiquiátrica, o paradigma dominante era o da reabilitação psicossocial. Esperava-se que um dia as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos severos fossem reabilitadas e com esse objetivo se criaram as chamadas estruturas de "meio caminho": apartamentos assistidos, oficinas de reabilitação psicossocial, centro de dia, clubes sociais, trabalho protegido, como recursos criadores de autonomia. Isso foi na teoria, pois na prática a reabilitação desejada nem sempre aconteceu. Os centros de dia e as oficinas estavam frequentados por corpos que estavam parkinsonizados pela medicação e que se esforçavam para realizar as tarefas, geralmente simples e alienantes. Esta era a época dos neurolépticos típicos e seus efeitos adversos. Os mais velhos tinham experiência do manicômio e o *revolving door* (a porta giratória de internações, saídas e novas internações) era uma vivência compartilhada pela maioria. As pessoas afetadas raramente eram convidadas a fóruns como congressos e workshops e, quando sim, havia um certo desconforto entre os profissionais quando o usuário desafiava o senso comum. Era frequente apelar ao risco de descompensação ou ao discurso delirante para não incluir os afetados nesses espaços, especialmente se não representavam o rol do paciente obediente. Tudo para o paciente sem o paciente, poderia ter sido o slogan do momento. Nesse "pretérito imperfeito" havia algo de renúncia inconsciente a uma reabilitação psicossocial possível.

Com o tempo, o modelo de reabilitação psicossocial mostrou sinais claros de esgotamento. Os componentes da equação começaram a ser invertidos: a autonomia não deve ser um horizonte que nunca se alcança,

deve ser exercida no dia-a-dia, comentava-se em alguns fóruns. De repente, os neurolépticos atípicos baniram a maioria dos tratamentos com antipsicóticos típicos e transformaram os corpos dos usuários: antes parkinsonizados, agora obesos e com síndrome metabólica. Os movimentos sociais dos usuários começaram a ser mais relevantes, em parte devido à influência da cultura do *recovery* ou recuperação que começava a rivalizar com o modelo de reabilitação psicossocial. Também a essas mudanças contribuía o trabalho mais sensível de alguns profissionais e famílias. Pela sua parte, experiências dialógicas, como o *Open Dialogue* finlandês, começaram a ser conhecidas na Espanha.

Atualmente os usuários são convidados com mais assiduidade para fóruns e congressos profissionais e a dignidade e os direitos humanos do paciente são temas mais centrais que no passado. Também há tentativas de democratizar as práticas que vislumbram um horizonte com menos coerção, como a Gestão Colaborativa da Medicação (Gestão Autônoma da Medicação em Canada e no Brasil), entre outras. Porém, alguns nós não foram desatados ainda e são tarefas urgentes para um futuro que, provavelmente, será também imperfeito.

Alguns desses nós ou desafios estão desenvolvidos com mais precisão neste livro. Vou mencionar aqui apenas dois deles. O primeiro é o das certezas no reino da incerteza, à qual nós podemos opor à lógica da surpresa: mais surpresa e menos certeza, poderíamos dizer para lembrarmos do pouco que sabemos e quantas vezes fracassamos por colocar-nos na posição do saber. A segunda é a desumanização que se baseia na des-subjetivação do paciente e que frequentemente vem a justificar a coerção com seus paternalismos, suas antecipações e outras prisões do ser. Em um grupo de trabalho recente, um dos usuários e representante de um dos movimentos “em primeira pessoa” de Barcelona expressou este desafio muito adequadamente. "Desenvolvemos uma estratégia de sobrevivência", ele comentou, "quando entramos no consultório percebemos imediatamente se o profissional vê uma doença ou vê uma pessoa". Todos sabemos que é muito diferente a relação entre dos sujeitos (paciente-clínico) que entre um sujeito (clínico) e uma coisa (doença). A primeira relação possibilita um

vínculo e, portanto, um mundo intersubjetivo; a segunda não. Aqui estou me referindo à palavra vínculo não como obediência ao tratamento e ao terapeuta, mas como uma relação de reconhecimento mútuo que se baseia na interdependência e que inspira uma comunidade de afetos. Esta é precisamente uma das demandas das pessoas portadoras de sofrimento psíquico: uma mudança em nós mesmos que promova outras respostas, que não abandone eles à deriva da “encruzilhada infinita”, como diria Foucault.

Eu quero que minhas últimas palavras nesta apresentação sejam de agradecimento. Primeiramente, aos meus informantes, que me presentearam seus momentos e suas experiências. A eles já dediquei o livro na versão em espanhol. Eu estarei sempre agradecido. Também ao meu amigo Márcio Mariath Belloc pela iniciativa de traduzir o texto ao português, capturando e melhorando a versão original. Muito obrigado, Márcio. Aos amigos da Rede Unida por acolher esta publicação. Finalmente, a todos os colegas e amigos do Brasil com os quais tive a oportunidade de viver momentos muito agradáveis no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Amazonas, Acre e tantos lugares. Obrigado, no Brasil eu me sinto em casa.

Barcelona, 9 de maio de 2020.

APRESENTAÇÃO

O título e o subtítulo deste livro respondem a dois âmbitos diferentes do trabalho antropológico: a etnografia e a teoria. O título, “*Já viste como chora uma cerejeira?*”, é uma pergunta que me foi feita por um de meus informantes durante uma tarde de primavera de 1990. Tal pergunta me fez pensar durante muito tempo na estruturação da linguagem na esquizofrenia e, mais concretamente, no papel das metáforas e pseudometáforas neste tipo de discursividade. Por sua parte, o subtítulo, *Passos para uma antropologia da esquizofrenia*, pode ser entendido como uma apropriação não dissimulada do título do conhecido texto de Gregory Bateson, *Passos para uma ecologia da mente* (1976), onde de forma precoce se propõe uma teoria antropológica da esquizofrenia, baseada nos sistemas de condutas e intercondutas dentro da estrutura familiar. A proposição de Bateson me permitiu confiar, desde o primeiro momento, na possibilidade de uma aproximação antropológica à esquizofrenia. Esse projeto foi sendo percebido como uma tarefa mais viável a partir do descobrimento da profusão de literatura antropológica que existia sobre esta problemática. Não obstante, sempre tive a sensação de que dificilmente exploraria esse tema sem a leitura prévia de *Passos para uma ecologia da mente*. Imagino que isso tenha a ver com o talento entusiasta e permanentemente reflexivo de Gregory Bateson.

Da combinação nem sempre homogênea de etnografia e teoria surge precisamente este livro, que está estruturado em quatro capítulos: “A enfermidade”, “A cidade”, “O confinamento” e “A linguagem”. O primeiro, “A enfermidade”, constitui-se entre o *state of art* e o comentário crítico, e nele se discutem alguns problemas da aplicação do determinismo biológico e do determinismo cultural para o estudo da esquizofrenia. Trata-se também de

um capítulo introdutório para aqueles que desconhecem a literatura básica sobre este transtorno. Contudo, é importante salientar que foram limitados enormemente as referências bibliográficas em benefício de uma exposição mais reflexiva.

O segundo capítulo, “A cidade”, explora um problema que pelo menos desde a década de trinta tem gerado forte polêmica na psiquiatria social e na sociologia e antropologia da saúde mental. Refiro-me ao fenômeno da maior concentração de esquizofrenia nos centros das grandes cidades e à especulação subsequente sobre as razões dessa recorrência. Para discutir esta problemática, foram utilizados aqui dados quantitativos e qualitativos sobre a concentração de esquizofrenia na cidade de Barcelona. O argumento final remete ao papel dos centros das cidades como lugar de confinamento.

O terceiro capítulo, “O confinamento”, retoma a questão da marginalização a partir de uma figura institucionalizada no século XV, a *stultifera navis*, ou nau dos loucos. Contudo, não se trata de um capítulo histórico, senão que da discussão de três paradoxos associados de forma diferente e desigual ao fenômeno da loucura: a tensão entre movimento e reclusão, a oposição entre senso comum e desrealização e, finalmente, o problema da inserção dos afetados em contextos de comunidade (*Gemeinschaft*) ou de sociedade (*Gesellschaft*).

O último capítulo, “A linguagem”, investiga o discurso na esquizofrenia e suas inflexões sempre flutuantes entre a estrutura do delírio e a possibilidade de criação de sentidos compartilhados. Esta temática serve também para refletir sobre as complementaridades da teoria estruturalista e do modelo hermenêutico no estudo destas narrativas do padecimento.

Com exceção do primeiro, o resto dos capítulos podem ser entendidos com uma graduação desde fatores mais globais, ou macro, que afetam na esquizofrenia (a vida urbana, a pobreza, a economia política), até às dimensões mais locais, ou micro (a instituição, as experiências subjetivas, as discursividades). No entanto, isso é assim somente desde uma visão geral, pois em alguns momentos se combina informação global com casos individuais para estabelecer relações entre estes níveis analíticos da realidade. O Capítulo 2 apresenta uma especial combinação destes dois tipos de informação.

Os dados etnográficos utilizados para a elaboração deste livro provém do meu trabalho de campo em diferentes instituições psiquiátricas de Barcelona ao longo de três anos (1990-1993): *Hospital Clínico de Barcelona* (4 meses), *Institut Frenopàtic* (6 meses), *Area de Rehabilitación Integral* (ARI) (7 meses) e *Centre de Assistència Primària en Salut Mental de Gràcia y ARAPDIS* (9 meses). Para salvaguardar a intimidade dos informantes, não nomearei as instituições no texto.

Devo expressar meu agradecimento tanto aos informantes, aos que está dedicado este livro, como às instituições por sua atenção e paciência durante o tempo que passamos juntos. Também expresso meu agradecimento a Xavier Roigé, coordenador da coleção *estudios d'Antropologia Soaical i Cultural*, onde se inscreve este texto, por oferecer a possibilidade de publicar estas páginas. Adicionalmente quero apontar que, sem o ânimo dos meus companheiros dos departamentos de Antropologia da Universitat de Barcelona e da Universitat Rovira i Virgili, teria sido mais trabalhoso redatar este texto. A eles agradeço sua ajuda e colaboração.

Uma parte do material do Capítulo 2 foi utilizado para um capítulo de um livro, ainda no prelo, coordenado por Rafael Pérez Taylor do Instituto de

Investigaciones Antropológicas da UNAM. O livro tem o título provisório de “*Antropologia, ecologia e meio ambiente. O crescimento das grandes cidades*”; e meu capítulo de “Enfermidade e entorno urbano”. Por outro lado, uma versão do segundo apartado (“Estruturas”) do Capítulo 4 foi apresentado como comunicação no *V Congreso de Antropología Social del Estado Español*, Granada 1990; concretamente no simpósio dirigido por José Luis García y Honorio Velasco entitulado *Discurso y Cultura*. Em ambos os casos expresse meu sincero agradecimento pelos comentários e pelo apoio demonstrado.

Não quero acabar os agradecimentos sem citar minha mulher, Montse, e minha filha, Irene, que deu seus primeiros passos durante a redação deste texto. A elas corresponde este último lugar que é sempre o primeiro.

A ENFERMIDADE

A INDEFINIÇÃO

Meu problema é de ordem social e de ordem particular. É um problema físico e social (Zaro, um de meus informantes)

No discurso científico de nosso tempo, a esquizofrenia parece estar unida a uma especial indefinição. Por um lado se suspeita que este transtorno responde a uma disfunção biológico-cerebral, Os esforços da investigação biomédica das últimas décadas se orientam nesta direção, ainda que sem chegar a um consenso sobre se as razões desta enfermidade são do tipo neuroquímico, genético, lesional, hormonal ou viral. Por outro lado, ainda é crível afirmar que a esquizofrenia é o resultado de problemas existenciais e morais, de razões psicopatológicas e subjetivas, de pressões sociais e inclusive de estratégias de mistificação do sistema capitalista. Provavelmente existem poucas enfermidades que apresentam hoje em dia tal grau de ambiguidade e indefinição. Acontece que, seja porque ainda não se haja descoberto os processos que a produzem, seja porque seu nome está sobrecarregado de história, de estigma e de metáforas, o fato é que a esquizofrenia aparece hoje associada à incerteza.

Se bem que nosso propósito neste capítulo não seja resolver essa indefinição, pois claramente nos ultrapassa por sua complexidade, vamos tratar de aprofundar o debate desde uma perspectiva antropológica em algumas problemáticas que lhe são inerentes. Um esquema que nos pode guiar neste projeto é a trilogia de conceitos que se utilizam há um bom tempo na literatura internacional em antropologia médica. Refiro-me aos termos de *disease*, *illness* e *sickness*; três palavras que, se bem são sinônimos no inglês usual, no terreno antropológico servem para falar respectivamente das dimensões biológicas e psicopatológicas (*disease*), culturais (*illness*) e sociais (*sickness*) da enfermidade (Young, 1982; Scheper-Hughes y Lock, 1987; Good, 1994). Apliquemos, assim, estas três noções de natureza, cultura e sociedade ao exemplo da esquizofrenia.

NATUREZA

Desde a psiquiatria mais tendenciosa às explicações biológicas, percebe-se que a esquizofrenia como um problema que, cedo ou tarde, se resolverá com o incremento da investigação básica em genética e em neurociências. Da mesma maneira que um dia Bayle visualizou as lesões encefálicas que produzia a paralisia geral progressiva sífilítica (PGP), ou paresia; ou de igual forma que se conheceram (ao menos em parte) os processos fisiopatológicos de demências como o Alzheimer; ou de transtornos como a epilepsia; argumenta-se que algum dia se chegará a descobrir a raiz natural da esquizofrenia.

O princípio que define esta posição é, no fundo, muito velho, pois tem seu referente histórico nas doutrinas de Kraepelin (1856-1926) sobre a origem somática da esquizofrenia; uma enfermidade que naquele momento ele denominava *dementia praecox* (Kraepelin, 1905:325), mas que referia ao mesmo tipo de realidade psicopatológica. Também se pode perceber sob estas orientações contemporâneas o famoso aforismo de Griesinger, que o próprio Kraepelin fez uso (1992:513), de que toda enfermidade mental é, no fundo, uma enfermidade cerebral. Mas sejam umas ou outras suas origens mais destacadas, o resultado é que, sob esta orientação biologicista, aquelas

argumentações que situavam a origem desta síndrome na dimensão subjetiva, experiencial ou social foram relegadas a um segundo plano, ou consideradas simplesmente errôneas.

Já poucos psiquiatras creem que a esquizofrenia possa ser o resultado de mensagens contraditórias na família, como propunha Bateson na década de setenta (1976), ou a consequência da sociedade burguesa, como propunham Laing y Schatzman (1983). Tampouco se consideram acertadas as terapias como a psicanálise, ainda que poucas vezes se reconheça desde esta posição organicista, que o próprio Freud foi cético a respeito da eficácia de seu singular tratamento para o caso dos transtornos psicóticos. Contrariamente, desde essa orientação somática, que é atualmente a hegemônica, indica-se abertamente que se há um caminho, este deve ser o do conhecimento das bases biológicas que produzem a esquizofrenia, e que se há um tratamento eficaz, este deve ser o da atuação sobre estas bases.

Atualmente dispomos de um arsenal de hipóteses biológicas sobre a esquizofrenia, entre as que cabe destacar a chamada teoria dopaminérgica, a estrutural-lesionar, a viral e a genética. A primeira parece ser a de mais êxito e se embasa na evidência de que existe uma hiperativação das vias dopaminérgicas cerebrais, que é a responsável por experiências como o delírio e as alucinações. Em benefício desta hipótese se aponta que os neurolépticos, ou antipsicóticos, que são os fármacos por excelência para o tratamento da esquizofrenia, mostram-se eficazes na redução do delírio e das alucinações, também chamados sintomas positivos, porque operam bloqueando os receptores cerebrais do neurotransmissor conhecido como dopamina. De fato, os neurolépticos mostraram ter um efeito contrário ao das anfetaminas, que liberam dopamina e exacerbam os sintomas positivos da esquizofrenia (Deakin, 1988; Andreasen y Carpenter, 1993).

A segunda hipótese se limita a pontar que existe alguns casos de esquizofrenia, sobretudo aqueles mais deteriorados que enfrentam os chamados sintomas negativos (anedonia, apatia, embotamento afetivo etc.), que vêm associados a atrofia cortical central e a hipofrontalidade. O desenvolvimento de tecnologias de visualização cerebral, como a tomografia por emissão de pósitrons permitiu mostrar por comparação de indivíduos

controle (não casos), a existência de uma atividade metabólica diferente nos cérebros das pessoas com esquizofrenia. Também se indicam outro tipo de anormalidades, como a expansão do sistema ventricular, a diminuição de tamanho do lóbulo temporal e do hipocampo, o aumento dos gânglios basais, a presença de fluxos sanguíneos anormais, ou a alteração da glucose no córtex pré-frontal cerebral (APÁ, 1995; Buchsbaum e Haier, 1987).

A teoria viral, por sua vez, é mais minoritária e defende que a esquizofrenia é o resultado de um vírus de ação lenta que produz modificações metabólicas cerebrais. As bases mais conhecidas desta hipótese são: a) a existência de enfermidades crônicas que são transmissíveis e que se produzem por um vírus de ação lenta, como o recentemente polêmico mal de Creutzfeld-Jakob; b) a evidência de que algumas encefalites virais produzem quadros ou manifestações similares à esquizofrenia; c) alguns achados de laboratório que, não obstante, são até o momento provisórios e inclusive, em alguns casos, contraditórios (Crow e Done, 1986; Butler e Stieglitz, 1993).

Em último lugar temos a teoria genética, que não poderia faltar num tempo como o nosso, em que se suspeita que tudo está nos genes, desde as doenças e suas predisposições, até os aspectos mais anedóticos da vida, como o gosto por um determinado tipo de roupa ou uma marca específica de cigarros. Neste caso, trata-se de uma hipótese que está aparentemente corroborada por dados como a alta concordância de gêmeos monozigóticos (e, portanto, com o mesmo código genético) que coincidem em sofrer de esquizofrenia. Os coeficientes de concordância em estudos dos gêmeos parecem chegar a 65%. Não obstante, e como destacaram Lewontin, Rose e Kamin em *No está en los genes: crítica del racismo biológico* (1996), a metodologia deste tipo de estudo é mais que questionável, assim como os preconceitos de muitos dos seus autores.

Por exemplo, Lewontin et al. explicam como Slater, um dos pesquisadores mais famosos dos anos cinquenta por sua contribuição ao estudo sobre esquizofrenia nos gêmeos, dedicou-se a rastrear o estado mental de um caso de irmãs gêmeas idênticas. Slater localizou um caso de

esquizofrenia, Eileen, que morreu no hospital em 1946 e, portanto, devia obter informação sobre sua gêmea idêntica, Fanny, que havia falecido em 1938 aos setenta e um anos. Ainda que Slater reconheça que os vizinhos não identificassem nada de estranho no seu comportamento e que não apresentava indícios de sintomas esquizofrênicos, acaba afirmando que Fanny é concordante com Eileen por suas:

...receios e reservas são semelhantes aos que normalmente se considera como sequelas de uma psicose esquizofrênica. Infelizmente, não é possível obter dados acerca de sua antiga doença mental, mas são muito grandes as probabilidades e que se tratasse de uma esquizofrenia... conseguiu uma recuperação bastante completa e permanente... ainda que, psicologicamente, sua reserva e sua falta de franqueza sugerem que a esquizofrenia não a deixou inteiramente sem sequelas permanentes. (Slater cit. em Lewontin et al. 1996:260-1)

Ainda que desse caso não se possa inferir uma falsificação de todo o edifício do argumento genético, não é preciso ser muito perspicaz para evidenciar que este tipo de explicações e de procedimentos introduzem suspeitas justificadas. Com isso não queremos negar que algum dia se encontre uma evidência genética da esquizofrenia. É provável que aquilo que o hoje se conhece como esquizofrenia responda a uma anomalia genética específica, a várias ou compartilhada com outros transtornos psicóticos. No entanto, também é possível que isto não seja assim, pois a teoria genética é no momento uma hipótese, e uma hipótese não é uma corroboração, assim como uma conjectura não é uma certeza.

Por outro lado, o parágrafo de Slater é uma magnífica ilustração da confusão e debilidade que rodeava a própria definição médica de esquizofrenia. Porque: o que era para Slater um esquizofrênico, um indivíduo retraído e que faltava com a franqueza, como ele disse que era Fanny? E se isto era um critério diagnóstico dependendo da exacerbação destes traços, qual era o umbral, então, para discriminar um caso de esquizofrenia e um não-caso?

Certamente, a apelação de Slater aos receios e às reservas de Fanny para deduzir a existência de uma esquizofrenia soterrada são chamativas para leitor profano, que percebem sem dificuldade não somente uma falta de

rigor descritivo e metodológico, senão também um discurso pseudocientífico que esconde indefinições e preconceitos morais. Indefinições que abram a porta aos preconceitos, preconceitos que retroalimentam a indefinição, de tal maneira que diante este tipo de posicionamento já não sabemos se a esquizofrenia é uma enfermidade cerebral, uma questão de caráter ou uma ficção psiquiátrica.

Atualmente, e ainda que já faça uns bons anos do estudo de Slater, ainda não dispomos de uma definição médica verdadeiramente precisa da esquizofrenia. Geralmente a indefinição não chega ao grau observável no parágrafo de Slater, mas continua existindo. A razão mais importante é que a maneira como atualmente se diagnostica um indivíduo de padecer uma esquizofrenia pouco tem a ver com os testes “irrefutáveis” da tecnologia médica, como as tomografias, os *scanners* ou os exames sanguíneos. Apesar das hipóteses biológicas que comentamos anteriormente, não existe nenhum teste ou algo parecido que permita dizer que estamos diante de um caso de esquizofrenia. Inclusive os psiquiatras mais biologicistas reconhecem que no momento a esquizofrenia se diagnóstica a partir de suas manifestações e expressões. Isto é, e como indica um autor como Vallejo, as classificações psiquiátricas atuais são clínicas (centradas nos signos e sintomas) e/ou patocrônicas (baseadas no transcurso), mas não etiopatogênicas (causais) ou anatomopatológicas (de localização do transtorno) (Vallejo, 1991:155). Em outras palavras, o que articula o conhecimento sobre a esquizofrenia não é a evidência de processos fisiopatológicos claros e distintos, senão que o terreno mais ambíguo das manifestações externas destes supostos processos: seus signos e sintomas.

Os critérios diagnósticos que se utilizam atualmente em psiquiatria são a *Classificação Internacional de Doenças* da OMS, versão número 10, também conhecida como CID-10 (OMS, 1992), e o *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1995). Ambas classificações são muito similares entre si. Trata-se, como poder-se-á deduzir do parágrafo anterior, de taxonomias que se baseiam, ao menos quando fazem referência aos transtornos mentais de

etiologia desconhecida como a esquizofrenia, na descrição dos signos e sintomas da doença e não em processos mórbidos subjacentes.

Por exemplo, no DSM-IV se estipula um conjunto de critérios para poder diagnosticar a esquizofrenia, entre os que vale a pena destacar três grandes eixos: 1) o A que faz referência aos sintomas característicos; 2) o B que informa o grau de disfunção social e laboral do sujeito; e 3) o C que especifica a duração ou prognóstico do transtorno. Nenhum desses critérios pode tomar como base uma evidência biológica sem controvérsia, senão que aspectos fenomenológicos do transtorno. Mas analisemos mais detidamente cada uma dessas séries.

1) No conjunto de critérios A indica-se que para diagnosticar uma esquizofrenia o paciente deve demonstrar dois ou mais dos seguintes sintomas durante o período de 1 mês (ou menos se foi tratado com êxito); ideias delirantes, alucinações, linguagem desorganizada, comportamento catatônico ou gravemente desorganizado e sintomas negativos.

Em benefício destes critérios pôde-se apontar que se trata de manifestações que em determinadas ocasiões podem ser discerníveis sem muitos problemas. Desta maneira, um afetado pode pensar que tem microchips implantados em sua dentadura para ser controlado pela central de inteligência de um país inimigo, quando, obviamente, estas ideias não parecem se confirmar a partir da análise contextual e de situação. É fácil que estas ideias se apresentem, ademais, como irredutíveis, e que, diante de qualquer comentário ou dúvida de seus interlocutores, continue prevalecendo na mente do afetado a particular história de espionagem. É que o delírio demonstra geralmente como um código subjetivo e persistente que não só não faz sentido no seu contexto social e cultural de referência, senão que faz sobrevir esse contexto como instrumento de interpretação e de compreensão de sentidos.

Contudo, o papel descontextualizados do delírio é insuficiente para descartar toda a interpretação da discursividade do afetado. A exegese é um exercício básico para evitar *misreadings* e confusões entre possíveis concepções culturais e supostas ideias delirantes. Ademais, o delírio mostra em ocasiões um caráter confuso, o que torna difícil estabelecer uma

diferença nítida entre uma ideia persistente que pode responder a uma forma especial de *ver* e de *ser-no-mundo* e uma ideia delirante. Por exemplo, se alguém acredita de forma reiterada que os vizinhos sobem o volume do televisor simplesmente para lhe molestar, estamos diante de uma situação certamente difusa na que uma interpretação de contexto pode permitir discriminar mais finamente entre o normal e o patológico. Outra coisa é que o afetado acredite que é o protagonista de todas as notícias que escuta no televisor, pois aqui o delírio pode se converter, inclusive para o desconstrucionista e relativista mais radical, numa evidência inequívoca.

A conduta catatônica na forma conhecida como imobilidade cérea ou estupor, a hiperatividade ou o que se define psiquiatricamente como linguagem desorganizado, também podem se apresentar de forma tão explícita que não permita nenhuma dúvida. Outro assunto é que sua raiz seja inteiramente biológica, que se possa pensar na importância das dimensões cognitivas e emocionais ou que não se considere os tratamentos atuais sejam os mais adequados – pense-se como exemplo que os pacientes com estupor catatônico são candidatos claros a receber eletroconvulsoterapia (ECT).

Mais difusos são os chamados sintomas negativos, que no caso da esquizofrenia aludem principalmente ao embotamento afetivo, a alogia e a abulia. O primeiro não é outra coisa que a indiferença afetiva que mostram os afetados e que até certo ponto é aparente, pois é sabido da vulnerabilidade das pessoas com esquizofrenia diante de qualquer acontecimento negativo ou inclusive diante de uma simples mostra de hostilidade por parte de seus familiares ou companheiros. Por sua vez, e segundo o DSM-IV, a alogia tem a ver com o uso pobre da linguagem e com a falta de fluidez. Finalmente, a abulia responde, outra vez em palavras do DSM-IV, à “incapacidade para iniciar e persistir em atividades dirigidas a um fim”. Como se trata de manifestações que se destacam põe serem negativas, isto é, pela falta mais que pela presença de um traço distintivo, sua discriminação clínica é mais complicada, como assim reconhecem os próprios redatores do DSM-IV.

Apesar de sua ubiquidade na esquizofrenia, os sintomas negativos põem ser difíceis de avaliar porque ocorrem em continuidade com a normalidade, são inespecífico e podem ser devidos a vários outros fatores (por ex., ser consequência dos sintomas positivos, efeitos secundários da medicação, um transtorno do estado de ânimo, hipostimulação ambiental ou desmoralização). (APA, 1995:283)

Ainda que este tipo de sintomas se caracteriza por a inespecificidade, não por isso são menos importantes, pois estão intimamente associados ao curso e ao prognóstico deste transtorno. Em uma série considerável de estudos clínicos e comparativos se observa que os casos com predomínio de sintomas negativos têm um prognóstico pior que aqueles com sintomas positivos como o delírio e as alucinações (Andreasen, 1985:380; APÁ 1995: 283 e ss.). É mais: os sintomas negativos, apesar de serem os menos estigmatizados em alguns contextos culturais como os ocidentais, constituem o problema socio-sanitário mais grave em relação à esquizofrenia, já que são dificilmente paliados com os tratamentos psicofarmacológicos existentes.

2) Se os critérios A propõem problemas de especificidade, os da série B, que fazem referência à chamada disfunção social/laboral, levam a inespecificidade até a confusão. No DSM-IV propõe-se que:

Durante uma parte significativa do tempo desde o início da alteração, uma ou mais áreas importantes de atividade, como são o trabalho, as relações interpessoais ou o cuidado de si mesmo, estão claramente abaixo do nível prévio ao início do tratamento. (APA, 1995:291)

Em princípio, este critério não supõe nenhum tipo de incoerência teórica se se parte de uma leitura social, criticável, mas possível, da esquizofrenia como alteração da capacidade adaptativa do indivíduo ao seu entorno. Dizemos “criticável” porque toda definição social dos transtornos mentais pode conduzir facilmente a uma interpretação moral, na que “inadaptado” e “louco” podem ser convertidos em sinônimos. É algo parecido a quando se define a saúde mental como a capacidade para viver satisfatoriamente no meio social no qual nos coube viver, como se um escravo inadaptado a uma sociedade escravocrata fora não somente um inadaptado, senão também um doente mental; ou um dissidente político na clandestinidade fora não só um dissidente como também um esquizofrênico. Certamente, a definição social da esquizofrenia pode resultar tão perversa se

se aplica essa lógica que anula toda a relatividade cultural e histórica e nos propõe um modelo moral e social que faça as vezes de padrão ouro da saúde e da doença mental. Provavelmente por isso na introdução do DSM-IV se indica: “Nem o comportamento desviado (por ex., político, religioso, sexual) nem os conflitos entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a não ser que a desviação e o conflito sejam sintomas de uma disfunção.” (APA, 1995:xxi)

Em termos gerais essa proposição não parece ser problemática. Não obstante, a frase final desse parágrafo introduz um grau importante de ambiguidade, já que diante da ausência de um conhecimento etiológico do transtorno é difícil saber se a desviação social é o sintoma, a causa, a consequência ou o problema em si. Ademais, diz-se que o social não é um critério, e parece lógico que não deveria ser pelas razões que antes apontamos, mas finalmente se converte num critério, sob a forma de “disfunção social/laboral”, para diagnosticar a alguém como esquizofrênico e, portanto, expô-lo a uma espiral de tratamentos e rotinas “terapêuticas” que não se caracterizam precisamente por sua inocuidade. O corolário final sobre esse ponto é muito breve e já o apontamos em outro lugar (1998): dificuldade da psiquiatria contemporânea para aplicar o ideal biomédico da associalidade à definição prática de alguns transtornos mentais como a esquizofrenia.

3) Em último lugar vale a pena comentar o critério da evolução da doença. No DSM-IV diz-se que para estabelecer um diagnóstico de esquizofrenia se requer que a alteração dure no mínimo por seis meses, incluindo o primeiro mês que já se apontava nos critérios A. De todas as formas, indica-se que não é necessário que durante meio ano o afetado mostre sintomas exacerbados de seu transtorno, pois é possível que o que permaneça durante este tempo sejam os sintomas negativos ou residuais. Neste último caso se incluem as chamadas “crenças raras” ou as “experiências perceptivas não habituais” que vêm a ser a mitigação do delírio e das alucinações, sejam estas últimas auditivas, visuais, olfativas ou táteis (APA, 1995:291).

O critério do curso e evolução tem já uma longa tradição na história da conceitualização da esquizofrenia. Por exemplo, Kraepelin considerou que diante da falta de um conhecimento corroborado sobre as causas orgânicas deste transtorno, o curso da enfermidade podia servir como elemento básico para construir o edifício nosográfico (1992:518). Uma proposição que o DSM-IV faz sua de forma evidente ao converter a duração da doença em critério diagnóstico. O único problema é que não está claro qual é o prognóstico da esquizofrenia. Segundo a própria literatura psiquiátrica, há alguns casos de remissão momentânea e flutuante como as pontas de um diagrama de frequências, outros que remitem totalmente e um terceiro grupo que se cronifica totalmente. É o que se conhece como a teoria dos três terços, ainda que em termos proporcionais a maior parte coincida com a cronificação (Talbot, 1994:5). Uma situação alarmante se levamos em consideração que a primeira crise da esquizofrenia costuma aparecer ao redor dos 18-20 anos no caso dos homens e dos 23-25 para as mulheres.

As implicações do fator sexo/gênero no prognóstico deste transtorno também são notáveis, pois afeta a aparição da primeira crise, assim como a evolução do transtorno. Desta maneira, no DSM-IV diz-se que o retrato falado do afetado com pior prognóstico é de um sujeito masculino que teve um início insidioso da enfermidade e, portanto, não agudo, caracterizado por sintomas negativos e que terá grandes dificuldades em seu “ajuste” ou adaptação social. É muito provável que este homem demonstre, além disso, anormalidades cerebrais do tipo estrutural e um deterioro cognitivo (APA, 1995:288).

Contrariamente, o afetado de bom prognóstico é uma mulher com início abrupto da enfermidade, na que apareçam fatores precipitantes do tipo biográfico e pessoal, com sintomas positivos de curta duração, com uma idade mais avançada no início da doença e que não apresenta anormalidades estruturais perceptíveis mediante técnicas de imagem cerebral (APA, 1995:288).

Até que ponto estas diferenças se devem a diferenças biológicas (sexo) ou a diferenças de papéis sociais e/ou padrões culturais (gênero), é uma das múltiplas incógnitas ainda por descobrir. Não obstante, e apesar de

que as condições biológicas tenham um peso determinante nesse caso, parece acertado dizer que a dimensão social ou de gênero deve ter relevância mediante o jogo das expectativas sociais e a possibilidade de adequação a elas.

Em definitivo, temos diante de nós uma enfermidade que continua sendo um enigma, apesar dos esforços cada vez maiores da investigação em biomedicina e em neurociência. Trata-se de um transtorno em que os critérios diagnósticos são, ademais, débeis, fundamentalmente por se basear na dimensão fenomenológica e por não poder se subtrair a uma leitura social e moral de fundo. Ainda assim, resulta temerário afirmar que a esquizofrenia é simplesmente uma metáfora científica ou uma mistificação social, ainda que em ocasiões possa atuar como uma metáfora e inclusive como uma mistificação. Que a psiquiatria crie representações débeis devido a uma hiperbiologização de seus postulados, não nega a existência de uma dimensão biológica da esquizofrenia. É que apesar dos excessos interpretativos do determinismo biológico, a esquizofrenia parece estar aí com suas próprias persistências.

CULTURA

Uma interpretação antitética à que acabamos de esboçar é a do chamado determinismo cultural. Trata-se do polo oposto ao biologicismo e é geralmente conhecida como culturalismo e/ou relativismo. Neste caso, o argumento é que a loucura, e portanto a esquizofrenia, é uma mera construção social própria de uma cultura e de uma época. A maneira em que se pode defender este posicionamento é diversa e oscila entre a análise histórica e/ou genealógica e o enfoque relativista sincrônico. Para o primeiro podemos lembrar os trabalhos de Foucault e para o segundo os estudos empíricos e as reflexões da escola de Cultura e Personalidade. No entanto, em ambos os casos o resultado costuma mostrar a loucura como um artifício de determinados modelos culturais de exclusão e confinamento. Quiçá a melhor maneira de resumir esta aproximação seja a famosa frase de Foucault de que *“La folie n’existe que dans une société”* (1961:22).

É evidente que em algum grau essa afirmação está certa. No entanto, é preciso definir este grau. Uma interpretação é que a loucura existe só em uma sociedade porque ontologicamente é uma representação e construção social diferente às formigas e aos furacões. Isto é, como sugere Foucault na *História da loucura* (1985), a loucura seria uma representação criada sobre a ilusão retroativa, mas falsa, de que já existia na natureza. Isto significa afirmar que a esquizofrenia e os outros tipos de psicose são dependentes de nossas exegeses culturais e não independentes delas. A natureza da loucura seria, então, cultural, como as instituições de parentesco, os mitos e o direito consuetudinário.

Uma segunda interpretação poderia ser mais matizada. Neste sentido, poderíamos partir da evidência de que tudo é social e cultural porque é irremediavelmente atravessado pela linguagem e por nossos hábitos culturais de conhecimento. Desta maneira poderíamos dizer que a esquizofrenia é cultural da mesma forma que os terremotos. Porque também podemos dizer que os terremotos só existem em uma sociedade, aquele que os percebe e/ou os representa. Contudo, neste caso estaríamos pondo a esquizofrenia em um plano diferente aos mitos e ao direito consuetudinário, e por sua vez em um nível muito mais próximo ao daqueles fenômenos à margem de nossas interpretações culturais como a chuva, o cólera ou os próprios terremotos.

Se poderia objetar que desde uma ótica culturalismo extrema para o que existe, somente existe na linguagem, ambas opções se convertem na mesma coisa. E é certo. Não obstante, isto não é assim desde uma ótica menos maximalista. Creio que neste ponto uma imagem roubada a Jacques Lacan – e lembre-se que Lacan não se caracterizava precisamente por seu materialismo – pode ser útil para defender uma aproximação culturalista matizada. A saber: a linguagem, ou o simbólico si utilizamos a terminologia de Lacan, pode ser entendida como um véu que impede todo o contato com o real, entendendo o real como anterior a linguagem (e que poderíamos distinguir da realidade ou construção cultural do real)¹, mas isto não evita

¹ Entendendo o real como o define Lacan: o real como anterior à simbolização; o real também como o impossível (1988:30)

que as formas do real, como os terremotos ou os furacões, também sacudam e deformem o véu da linguagem. Estamos encerrados em um mundo simbólico que impede qualquer volta atrás, porém a relação do simbólico com o real não é unívoca, mas dialética. Esta dialética é a que permite que o simbólico também possa se materializar numa realidade objetiva a partir da imbricação do social e do natural.

Pois bem, podemos dizer que o fenômeno da loucura não escapa tampouco ao real. A loucura pode chegar a ser uma grosseira ficção política para recluir os dissidentes. Pode ser uma construção social e um símbolo das próprias contradições sociais. Inclusive pode ser um lugar privilegiado para criticar as desrazões da razão, pois desde *Encomio de la moría* de Erasmo, até *El Quijote*, a loucura se constituiu como um lugar a partir do qual desvelar o encoberto socialmente, as estruturas de poder ou as vaidades humanas. Mas apesar de tudo isso, a loucura é também uma forma de sofrimento que incapacita uma parte importante da população mundial e que, da mesma maneira que os terremotos e furacões, sacode o véu do simbólico. E isto no seu caso em duplo sentido, porque vem como realidade que está aí, à margem das catalogações, simbolizações e representações que se possam gerar dela, e porque afeta a própria produção do simbólico mediante o delírio e a deformação do discurso. Ainda que no Capítulo IV tratemos de dar conta disso com maior amplitude e profundidade, antecipamos que a loucura impões também sua própria lógica. O delírio, a apatia e o retraimento são partes desta lógica.

Em certa medida, o problema da esquizofrenia é o problema da definição ontológica de qualquer enfermidade. Sabemos, como bem apontado por Susan Sontag (1991), que as enfermidades podem atuar como metáforas da ordem social e do *ethos* de um determinado tempo. Sabemos também que as metáforas não só existem na cultura popular, como também na biomedicina e no conhecimento científico em geral (Stein, 1990). A esquizofrenia tampouco pode ser reduzida ao nível da interpretação e da equivocação.

Quando se analisa atualmente a dimensão cultural da esquizofrenia, poucas vezes se adota uma posição maximalista que a reduza a uma

simples representação. Desaparecidas, ao mesmo em grande medida, as orientações antipsiquiátricas que sacudiram o clima intelectual dos anos sessenta e setenta, sobretudo na Califórnia, Inglaterra e Itália, os estudos culturalistas de hoje partem de pressupostos menos ambiciosos e, geralmente, também mais técnicos. De fato, existem duas temáticas que parecem monopolizar hoje os estudos culturais sobre a esquizofrenia: 1) a expressão da enfermidade y 2) o prognóstico.

1) Com respeito à expressão da enfermidade se proposto desde instâncias bastante diversas que a esquizofrenia mostra uma importante variabilidade transcultural. Os trabalhos que consolidaram esta percepção foram tanto as pesquisas etnográficas como os estudos epidemiológicos transculturais da OMS. Refiro-me neste último caso ao *Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia* (EPIE) (WHO, 1973, 1979; OMS, 1976) e ao *Determinat of Outcome of Several Mental Disorders* (DOSMD) (Sartorius et al., 1986; Jablensky et al. 1992).

Por exemplo, na relação do EPIE, um estudo que abarca nove países e se baseia em uma mostra de 1202 pacientes, indica-se que há uma maior frequência de sintomas de desrealização nos Estados Unidos que na Índia, uma maior presença de mania na Dinamarca e uma alta taxa de esquizofrenia catatônica e do subtipo não específico na Índia (OMS, 1976:164; WHO, 1979:1-5).

Por sua vez, o DOSMD, que abarca dez países e uma mostra de 1379 indivíduos, salienta-se que os casos de esquizofrenia do tipo agudo são o dobro (40%) nas sociedades não industrializadas (em diante SNI), frente às sociedades industrializadas (em diante SI). Adicionalmente demonstra-se que enquanto os casos de esquizofrenia catatônica nas SI são praticamente inexistentes, nas SNI alcançam 10%. Sobre o subtipo hebefrênico se afirma que se diagnosticaram 13% nas SI, enquanto somente 4% nas SNI. Também se afirma que há uma maior frequência de sintomas afetivos, ideias delirantes e delírios de inserção do pensamento nos pacientes das SI. Inversamente, os afetados das SNI mostram uma maior frequência de “vozes que falam ao sujeito” e de “alucinações visuais” (Sartorius et al., 1986:919-20; Jablensky et al. 1992:35).

Em outros trabalhos, como o sub-estudo do DOSMD levado a cabo por Katz et al. (1988:131-55), os resultados são similares. Nessa pesquisa foram comparadas as expressões sintomatológicas de dois grupos: um de Agra (Índia) com uma amostra de 93 indivíduos, e outro de Ibadán (Nigéria) com uma mostra de 135. As entrevistas não se efetuáramos com os pacientes, senão que com os familiares, pelo que este estudo analisa de forma inovadora as descrições dos familiares sobre os afetados. Como conclusões se indica que, enquanto os pacientes indianos exibem um tom mais afetivo e ensimesmados, os nigerianos apresentam uma maior quantidade de sintomas paranoides.

As investigações etnográficas e antropológicas amplificaram ainda mais estas evidências. A razão é que estudos como o EPIE e o DOSMD se desenvolveram a partir de protocolos e instrumentos de entrevista estandardizados, onde a possibilidade de dar conta das diversidades fenomenológicas é muito limitada (Kleinman, 1988:19). Além disso, é um lugar comum da antropologia médica que o fator cultural é o que dá forma à manifestação da enfermidade, mediante formas consuetudinárias e expressões pautadas de mal-estar (Good, 1977, 1994; Lock y Scheper-Hughes, 1987; Kleinman, 1988a). No caso das enfermidades mentais isto se apresenta especialmente evidente na existência dos chamados *culture-bound syndromes* ou transtornos dependentes da cultura como o *amok*, o *koro*, o *wiitiko* ou a anorexia nervosa. E se uma cultura pode criar seus próprios males, como não vai poder afetar a expressividade de um transtorno como a esquizofrenia.

2) Os mesmos estudos epidemiológicos que nos oferecem informação sobre a diversidade expressiva nos mostram outro resultado certamente curioso. Referimo-nos à evidência várias vezes replicada de que a esquizofrenia tem um melhor prognóstico nas SNI em sua comparação com as SI. Este é um dado presente no EPIE e no DOSMD, assim como em algumas investigações etnográficas (Waxler 1974, 1977).

O problema deste resultado é que até o momento as causas das diferenças de prognósticos são enigmáticas. Fala-se na possibilidade de viés, como o fato de que a maior taxa de mortalidade nas SNI poder estar

afetando com maior intensidade os casos com uma esquizofrenia potencialmente mais crônica. Também Alex Cohen (1992), curiosamente um antropólogo, se perguntou: não será que enquanto todo o indivíduo com esquizofrenia é hospitalizado nas SI, e nas SNI somente são assistidos os casos mais agudos e, portanto, de melhor prognóstico? Uma interessante pergunta que, entretanto, chega tarde a seu destino, já que o desenho de investigações como o DOSMD permite controlar este possível viés.²

De fato, as hipóteses que atualmente se embaralham nos remetem menos às dimensões biológicas da enfermidade e mais aos níveis culturais e sociais, como o papel das crenças e conhecimentos locais, os processos de estigmatização ou as expectativas de cura por parte dos familiares e da comunidade. Por exemplo, em um par de artigos já clássicos sobre a esquizofrenia no Ceilão (atual Sri Lanka), Waxler remete a variabilidade do prognóstico a respostas sociais diferentes, pois observa que o comportamento das unidades domésticas cingalesas diante de um caso de esquizofrenia apresenta traços característicos (Waxler, 1974, 1979). Os familiares não aceitam nem um diagnóstico de incurabilidade para o afetado nem a possibilidade de uma cronificação, senão que negociam com o profissional, seja um psiquiatra ou um curandeiro local, o diagnóstico e o prognóstico. O motivo é que os cingaleses não entendem que o indivíduo seja responsável por sua enfermidade, senão que seu corpo ou seu espírito está possuído. Com isso, nos indica Waxler, descarrega-se o potencial estigmatizador e se eliminam as dificuldades para que o afetado possa posteriormente trocar o seu papel de doente por outro integrado no contexto social. Contrariamente, argumenta a antropóloga britânica, nas SI encontramos-nos com um processo oposto, marcado por uma carga ideológica de estigmatização e por umas expectativas de longa duração da enfermidade.

² Com o propósito de evitar o viés apontado por Cohen, no DOSMD criam-se em cada centro dois grupos de seguimento, um com casos de início abrupto ou agudo e outro com casos de início insidioso. Os resultados seguem indicando um maior cronificação nas SI em comparação com as SNI. Concretamente, as cifras são de 40% de mal prognóstico nas SI versus 22% nas SNI (Sartorius, 1993:148)

A hipótese de Waxler é coerente com outros dados sobre o prognóstico. Por exemplo, desde os anos sessenta, tem-se estudado o papel da hostilidade familiar nas recaídas dos esquizofrênicos. Trata-se de uma variável que, possivelmente de forma um tanto confusa, recebeu o nome de “emoção expressada”, EE na literatura internacional, e que além de ser um conceito, remete a uma técnica para medir as atitudes emocionais dos familiares em relação aos pacientes a partir de critérios como os comentários críticos, o grau de hostilidade e o sobre-envolvimento familiar (superproteção, intrusão). A alta EE apareceu associada ao pior prognóstico da esquizofrenia, menor “inserção psicossocial”, maior número de sintomas e maior taxa de rehospitalização (Bebbington y Kuipers, 1994; Schulze et al., 1997). É por esta razão que foi utilizada para analisar a variabilidade transcultural do prognóstico.

Por exemplo, Karno et al. (1987) mostraram diferenças de EE entre as famílias mexicano-americanas e anglo-americanas e o menor número de recaídas nos pacientes das primeiras. Em um subestudo do DOSMD, Leff et al. (1990) apresentaram também uma associação entre menor EE (especialmente menos respostas críticas e afetivas da família) numa coorte da Índia em comparação com uma outra da Dinamarca, e demonstraram suas implicações no curso da esquizofrenia. De fato, a EE parece se constituir como um preditor do curso da esquizofrenia. Uma variável que, por outro lado, é perfeitamente compatível com a hipótese de Waxler sobre o papel das expectativas da enfermidade no prognóstico da esquizofrenia, já que, por fim, o que há detrás de ambas é uma mesma coisa: a estigmatização.

Afirmar que a estigmatização é uma variável de importância no prognóstico da esquizofrenia é, por sua vez, coerente com os dados empíricos sobre outras enfermidades, já que inclusive desde o paradigma biomédico se reconhece que há um efeito negativo na saúde geral, induzido pelos processos sociais de *labeling* ou etiquetamento. Por exemplo, Bloom e Monterrossa nos indicam, a partir da elaboração de um seguimento de mais de setenta indivíduos que haviam sido catalogados erroneamente como hipertensos, como o simples etiquetamento supôs uma degradação do nível

geral de saúde e a aparição de sintomas depressivos (1981:1228). De fato, o impacto do etiquetamento e de sua modalidade em forma de estigmatização na saúde geral é um dado replicado em numerosos estudos de saúde pública e epidemiologia social, além de uma evidência de como os fatores culturais e sociais podem afetar as dimensões biológicas da enfermidade, via, por exemplo, a emocionalidade.

SOCIEDADE

Ainda que seja sumamente complicado, senão impossível, estabelecer uma fronteira precisa entre a dimensão cultural e a dimensão social de qualquer enfermidade, para efeitos analíticos a antropologia médica tem mantido esta distinção. As razões são mais de índole teórica e metodológica que fenomenológica, pois no fundo se trata de opor à visão mais centrada no ideológico que caracteriza o culturalismo, uma posição mais orientada ao estudo das relações sociais (funcionalismo e estrutural-funcionalismo) e das estruturas econômico-políticas (marxismo) que são inerentes a qualquer enfermidade. Dito com um exemplo, uma coisa é estudar as percepções dos mexicanos nos Estados Unidos sobre a tuberculose e outra dar conta da estrutura social e das condições sociais e econômicas que produzem a maior morbidade e mortalidade por tuberculose entre esta minoria étnica. Mas qual a importância destes fatores na esquizofrenia?

Se se realiza uma análise retrospectiva, observa-se que a sociologia das enfermidades mentais estabeleceu uma associação bastante frequente entre psicose e classe social ou, dependendo do tipo de estudo, posição socioeconômica. Por exemplo, no estudo clássico de New-Haven, Hollingshead y Redlich (1958) observam que a enfermidade mental é muito mais frequente entre classe desfavorecidas, concretamente entre os trabalhadores semiqualeificados e não qualificados. Segundo estes autores, a esquizofrenia é o exemplo mais paradigmático desta relação entre enfermidade mental e classe social baixa, pois entrando os setores acomodados sua prevalência³ é 111 por 100.000 habitantes, na classe mais

³ O conceito de prevalência alude em epidemiologia à frequência de casos de uma enfermidade em um período de tempo. A incidência refere o número de novos casos.

desprotegida é 895. Os valores que fazem referência às classes intermediárias são de 168 e 300, desenhando, assim, uma progressão clara e evidente da associação entre prevalência e desigualdade social.

Geralmente se invoca que o problema do estudo de Hollingshead e Redlich, como o de muitos trabalhos com resultados similares da década de cinquenta⁴, é falta de validade e fiabilidade dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. Pense-se que uns anos mais tarde, colocou-se em evidência um estudo comparativo dos diagnósticos que desenvolviam os psiquiatras ingleses e norte-americanos que, enquanto os primeiros tendiam a diagnosticar psicose maníaco-depressiva, os segundos viam nos mesmos pacientes transtorno esquizofrênico (Leff, 1988:31-3). Um dado que fala sobre o perigo da indefinição que, como vimos anteriormente, não desapareceu totalmente do panorama psiquiátrico.

Por outro lado, os resultados mais contemporâneos sobre prevalência e classe social são contraditórios e não necessariamente concordantes com os apontados no trabalho de New-Haven. Este é o caso do *Epidemiological Catchment Área*, um dos estudos epidemiológicos mais importantes realizados nos Estados Unidos, cujos resultados indicam que a posição socioeconômica não tem por que ser entendida como um fator de risco da esquizofrenia (Kleinman, 1986:159). Ademais, ainda que a relação entre classe social e esquizofrenia seria estável, nos encontramos com um segundo problema, o da interpretação desta associação.

Uma leitura com bastante aceitação entre os defensores do determinismo biológico é a hipótese da mobilidade descendente intrageracional e intergeracional. Segundo esta teoria, aqueles indivíduos mais vulneráveis a uma esquizofrenia mostrariam um descenso na estrutura social como consequência, e não como causa, de sua enfermidade. Isto se explicaria pelo fato de que em muitos casos existem sintomas prodrômicos, uma espécie de sintomas negativos não específicos anteriores à primeira crise, que estão encistados no afetado desde sua infância. A versão

⁴ Por razões de espaço não vamos citar aqui toda a série de estudos de psiquiatria social e sociologia e antropologia das enfermidades mentais desta época. Aqueles interessados podem consultar o trabalho de Bastide (1988).

intergeracional propõe o mesmo processo de mobilidade descendente, mas materializado em várias gerações de uma família predisposta a esquizofrenia.

No outro lado do espectro, contamos com argumentos mais sociológicos para os que a associação se explicaria pela condição etiológica, ou como mínimo precipitante, do fator socioeconômico. Este é o caso do trabalho de Link et al. (1986:242) que aponta que os esquizofrênicos têm estado mais expostos a condições sociais e laborais típicas dos *bule-collar workes* (trabalhadores de mais baixa hierarquia numa empresa), como humidade, ruídos, calores, fumaças etc., que o resto da população e que os afetados por outros transtornos mentais (depressão, ansiedade etc.).

Também é certo que se pode fazer uma leitura sincrético das duas posições, pois a efeitos práticos tanto o fenómeno da mobilidade descendente como o impacto das pobres condições sociais e laborais podem ser adicionadas na realidade cotidiana da esquizofrenia. Não obstante, vale a pena destacar que os fatores socioeconômicos aparecem em estudos com o de Link et al. como elementos fundamentais na precipitação da esquizofrenia, assim como em outra dimensão que antes apontamos: o prognóstico.

A existência de um pior prognóstico nas sociedades industrializadas tem sido associado com fatores sociais tão diversos como o tamanho e densidade das redes sociais, o tipo de recursos institucionais e os ciclos económicos. Wagner (1983, 1985), que é um antropólogo que trabalhou na última destas linhas, demonstrou, mediante uma análise das internações hospitalares nos Estados Unidos durante os últimos cem anos, como nos momentos de recessão económica e alta taxa de desemprego se produzem mais internações e reinternações por esquizofrenia e vice-versa. De fato, o que nos está dizendo Warner é que a permeabilidade ou impermeabilidade do mercado de trabalho parece ter um efeito muito importante nas recaídas e estas, por sua vez, no prognóstico deste transtorno. Esta proposição parece congruente com outros dados como:

a) O curso mais benéfico da esquizofrenia nas mulheres, que foi relacionado não somente com a existência de um início mais tardio da

enfermidade, mas também com a menor pressão social para que desenvolva um papel produtivo fora da esfera doméstica (Goldstein y Kreisman 1988:861; Riecher et al., 1989:210; Folnegovic et al., 1990:365)

- b) A relação entre o baixo status socioeconômico e mal prognóstico, que ainda que se possa interpretar casualmente em suas duas direções, poderia constituir um índice de referência de como a precarização no emprego atua no curso da esquizofrenia (Link et al., 1986:242; Maylath et al., 1989:650)
- c) A forte associação entre indigência e esquizofrenia (Susser et al., 1989:845; Susser e Struening, 1990:133).

Em definitivo, tanto os estudos sobre desigualdades sociais e prevalência, como as pesquisas sobre o prognóstico, nos indicam que os fatores sociais, e igualmente os culturais, não são epifenomênicos no caso da esquizofrenia. Ao lado da hiperativação das vias dopaminérgicas, as atrofia cortical ou as hipóteses genéticas, devemos dispor, então, a estrutura de classes, os processos de estigmatização e os padrões culturais sobre a enfermidade.

A CIDADE

O CENTRO

Existe um fenômeno recorrente em determinados núcleos urbanos da Europa e América do Norte: em seu centro, não necessariamente geográfico, mas sim histórico, simbólico, tradicional, festivo, político etc., concentra-se um maior número de indivíduos afetados pela esquizofrenia. Trata-se de uma regularidade que aparece associada ao empobrecimento das áreas centrais de algumas cidades e que, em ocasiões, se superpõe a outros padrões de distribuição da morbidade como o da tuberculose e da AIDS.

A evidência da centralidade urbana da esquizofrenia tem importantes precedentes na história da psiquiatria social e da sociologia das enfermidades mentais. Já nos anos trinta, dois sociólogos de Chicago, Faris e Dunham, escreverem um trabalho intitulado *Mental Disorders In Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychosis* (1960), em que demonstram a existência de uma maior prevalência de esquizofrenia na área central da cidade de Chicago. E mais, Faris e Dunham indicaram como, na medida que nos distanciávamos do centro, as porcentagens iam diminuindo até adquirir um valor muito mais reduzido nas áreas dos

subúrbios, que eram também as mais acomodadas. Partindo do centro, o número de casos para 100.000 habitantes era de 362, 337, 175, 115, 88, 84, 71 se se dirigissem para o sul, e 362, 117, 95, 71, 66, 55 se a direção fosse a noroeste (1969:56).

Faris e Durham obtiveram seus dados dos registros dos hospitais psiquiátrico públicos e privados da cidade e os sistematizaram a partir do modelo de áreas urbanas concêntricas, que previamente havia desenvolvido Burgess. Este modelo estruturava a cidade em cinco zonas: 1) a do comércio ou área central, 2) a de transição, 3) a de residências modestas, 4) a de residências da classe alta e 5) os subúrbios (1969:161). O padrão de centralidade e concentricidade se definia para a esquizofrenia, a paralisia geral e a arteriosclerose. Contudo, o modelo não parecia aplicável às neuroses, à psicose maníaco-depressiva, às psicoses senis e às psicoses alcoólicas.

No capítulo das conclusões, os autores propõem algumas interpretações dos resultados, como a existência de um erro estatístico, a possibilidade que os dados se deveriam ao acaso ou a hipótese de que a enfermidade mental induzisse um processo de seleção e de mobilidade descendente na estrutura social, que conduzisse à maior concentração de esquizofrenia nas zonas centrais e mais desfavorecidas da cidade. Nas palavras de Faris e Dunham: “Uma interpretação [...] é que os indivíduos que têm alguma anormalidade mental fracassam economicamente e, conseqüentemente, se orientam para os bairros pobres porque não podem competir satisfatoriamente com os seus co-cidadãos” (1969:163).

Não obstante, e como esse raciocínio não explicava porque os casos de psicose maníaco-depressiva ou de outros transtornos mentais não mostravam o mesmo padrão de centralidade, os dois sociólogos optaram por uma argumentação diferente: a “alta mobilidade” (no sentido de trânsito) e a “desorganização social” seriam as chaves para explicar a maior concentração da esquizofrenia no centro da cidade. Em um artigo publicado no *Annual Review of Sociology*, Faris era mais explícito a este respeito:

Os distritos com pensões e apartamentos são também áreas de alta mobilidade e vida anônima. Não há vizinhanças e focos nem

controle social informal. Ninguém se preocupa pelo que possam pensar os vizinhos, já que as pessoas quase nem prestam atenção umas às outras [...]. Estas são áreas onde não há famílias, e a sexualidade normal das relações matrimoniais é substituída pelo vício comercializado, os recônditos salões de baile, a promiscuidade sexual informal e a perversão. (1938:205)

O argumento de Faris é surpreendente em certo grau, pois parece mais um panfleto moralista que uma simples descrição do centro e da zona de transição de Chicago. Ao se observar uma concepção do urbano que tem suas raízes nas noções de outros sociólogos de Chicago, como Park e o já citado Burgess, percebe-se também uma teoria causal da loucura que descansa no caráter etiológico da suposta “desorganização social” induzida pelo rápido crescimento populacional, o desenvolvimento industrial e por extensão a vida urbana moderna⁵. De fato, a ideia de que a loucura é o preço que se há de pagar pelo “progresso” industrial e urbano estava presente em profusão na literatura britânica e norte-americana do final do século XIX (Rosen, 1974:223). Razões mais que suficientes poderíamos pensar para desconfiar de interpretações como as de Faris e Dunham. Não obstante, e à margem destas considerações, a relação entre centro urbano e esquizofrenia continua sendo na atualidade um tema de discussão no âmbito da sociologia, da epidemiologia psiquiátrica, e também da geografia, da antropologia e do planejamento de recursos assistenciais. E isto, obviamente, não é devido a leitura desenvolvida por Faris, senão à recorrência em outras cidades e em outros momentos históricos dos mesmos resultados.

Trinta anos depois da pesquisa de Faris e Dunham, Levy e Rowitz (1973) voltam a realizar uma investigação sobre prevalência de esquizofrenia

⁵ Uma de las deficiências da proposição de Faris, mas também das teorias sociológicas clássicas, é pensar a “desorganização social” em termos patológicos (Cf. Mowrer 1939:486). Um exemplo representativo disso é o conceito de patologia social. De fato, esta noção foi utilizada tão difusa pelos sociólogos norte-americanos que permitiu incluir fatores bastante diversos como o divórcio, a pobreza, a delinquência juvenil, os transtornos mentais ou a criminalidade. Não trataremos aqui de elaborar aqui uma crítica desta aproximação, entre outras coisas porque Wrigth Mills já elaborou uma bastante contundente (1949), mas sim é preciso lembrar que até algumas décadas foi uma noção de importante prestígio nas ciências sociais. Veja-se como exemplo o trabalho de Galle et al. (1972:24), publicado nada menos que em *Science* e no qual a delinquência juvenil, a *ratio* (razão) de utilização do sistema público de assistência nos Estados Unidos ou a excessiva fertilidade são englobados sem nenhum tipo de argumentação na categoria de “patologia social”.

na cidade de Chicago. Se bem que seus dados não são uma réplica exata dos de seus antecessores, pois a graduação concêntrica apontada por Faris e Dunham não se reitera, estes autores observam uma maior agrupação de pessoas com esquizofrenia nas áreas centrais, sobretudo naquelas economicamente mais deprimidas.

Maylath et al. (1989) revalidaram também a associação entre esquizofrenia e centro urbano para a cidade de Mannheim. Ao reduzir os 23 distritos desta cidade em cinco zonas, estes autores observam que, com exceção da neurose depressiva e das psicoses afetivas, o resto dos transtornos mentais aparecem concentrados nas áreas centrais. Estas áreas correspondem também com as zonas de maior densidade populacional, piores condições de moradia, menos status socioeconômico e maior proporção de população imigrante. Um fator, este último, que não explica o padrão de agrupação de transtornos psiquiátricos, já que enquanto os imigrantes da zona central têm uma incidência de esquizofrenia de 1,08 por 1000, frente a 0,98 nas zonas externas, no caso da população autóctone (alemães) as diferenças são de 1,68 versus 0,78. Dito em outros termos, são os não-imigrantes os que mostram uma maior concentração de esquizofrenia no centro urbano.

O padrão da centralidade também aparece em algumas cidades britânicas com Salford, Camberwell e Nottingham. Por exemplo, em Salford, um núcleo industrial próximo a Manchester, Freeman e Alpert (1986) encontram uma prevalência de 5 por 1000 para a população geral da área central, enquanto que nas zonas externas, que são mais endinheiradas, se produz uma diminuição notável deste tipo de morbidade. O fator econômico aparece também como uma variável relevante no estudo de Camberwell (South London) (Castle et al., 1993), no qual se aponta que as pessoas com esquizofrenia costumam provir de famílias de ocupações manuais e de áreas residenciais deprimidas. Finalmente, os dados sobre Nottingham (Dauncey et al., 1993) nos indicam que a incidência anual nas áreas pobres dos distritos centrais é de 0,18 por 1000, enquanto pode chegar a ser três vezes menor nas zonas acomodadas.

Os trabalhos realizados na Suécia nos oferecem uma informação similar e, em alguns casos, complementar à obtida nas cidades britânicas, norte-americanas e alemãs. Assim, Widerlöv et al. (1989) encontra no condado de Estocolmo que a prevalência de psicose em geral está de acordo com a variável de urbanização, de tal maneira que nas zonas rurais é de 3,4, nas suburbanas de 5,6 e nas urbanas de 6,6 por 1000 habitantes.

Adicionalmente, na Suécia é onde se desenvolveu um dos poucos estudos de seguimento de uma coorte da população geral para observar seu desenvolvimento no tempo em relação à incidência de esquizofrenia. Este é o caso do trabalho de Lewis et al. (1992) no que se estabelece uma análise de uma coorte de 49.191 homens dos que um 21% cresceram em algum dos três centros urbanos mais importantes da Suécia. A partir de 14 anos de seguimento, indica-se uma maior incidência de diagnósticos de neuroses, transtornos da personalidade, alcoolismo e “sentimento de nervosismo” entre os procedentes das cidades. A incidência de esquizofrenia entre este grupo é também 1,65 vezes maior que os indivíduos que procedem de um ambiente rural.

Em definitivo, tanto nos Estados Unidos como na Alemanha, Grã-Bretanha e Suécia parece existir uma associação entre esquizofrenia e urbanização, assim como uma maior concentração deste transtorno no centro das cidades e nas zonas mais deprimidas. Então, a que se deve este padrão de centralidade? Têm relação os fatores sociais e econômicos na concentração da esquizofrenia nas áreas centrais destas cidades? O certo é que a resposta a estas perguntas não está isenta de controvérsias.

Em primeiro lugar, temos a hipótese apontada por Faris e Dunham da desorganização social e da alta mobilidade. Nesta perspectiva, indica-se que as mudanças globais na estrutura das relações sociais, fundamentalmente o desenvolvimento de relações baseadas na impessoalidade e no anonimato que acompanham a urbanização e a industrialização, se converte em fatores de desequilíbrio psíquico individual. Contrariamente, a estrutura mais próxima ao tipo *Gemeinschaft* (comunidade) dos bairros se caracteriza, nas palavras de Faris, por um maior controle social informal, a fofoca e um maior protagonismo das relações familiares e das redes de parentesco. Um tipo de

relação social que desde a perspectiva dos sociólogos de Chicago, tinha um efeito protetor no caso da esquizofrenia.

Em segundo lugar, encontramos-nos com um argumento interpretativo praticamente contrário, e que já assinalava o próprio Burgess no prólogo ao texto de Faris e Dunham. O centro não criaria a psicose, nos dizia Burgess, senão que as pessoas com esquizofrenia tendem a migrar para o centro como consequência de seu descenso na escala social e da busca de um clima social mais permissivo para suas condutas bizarras.

Na atualidade, as hipóteses parecem se articular também em torno a estes dois polos. Por um lado se afirma que o centro urbano produz mais esquizofrenia, seja por fatores ambientais desconhecidos que estão tendo um impacto na morbidade ou por processos como a pobreza e a desorganização social; é o que se conhece na literatura anglo-saxônica como a “*breeder hypotesis*” ou hipótese da produção (Dunham, 1965). Por outro lado, mantém-se que as pessoas com esquizofrenia tendem a habitar o centro urbano como resultado de sua mobilidade descendente intrageracional e intergeracional dentro da estrutura social, ou devido a que nestas áreas podem pôr em prática mais facilmente sua tendência ao retraimento; é o que se conhece como a hipótese da orientação ou “*drift hypotesis*” (Goldberg e Morrison, 1923; Freeman e Alpert, 1986; Freeman, 1994). Como poder-se-á observar, novamente estamos diante de uma dessas situações circulares que fazem da esquizofrenia um fenômeno enigmático. Vejamo-lo a partir do estudo de um caso específico: o de Barcelona.

DADOS

Barcelona é uma cidade industrial e de serviços que se inclui perfeitamente nesse modelo de economia intermédia que se veio a chamar de via mediterrânea de desenvolvimento. É uma cidade que tem mostrado um decréscimo populacional nos últimos anos como consequência da baixa natalidade e, em menor medida, a emigração para as zonas periurbanas e municípios contíguos. Os dados são bastante ilustrativos neste sentido, pois

enquanto em 1981 a população era de 1.752.627, no censo de 1996 é de 1.508.805 (Ajuntament de Barcelona, 1997). A taxa de natalidade, por sua vez, caiu de 10,9 por 100 habitantes de 1981 para 7,9 em 1996.

A estrutura geográfica da cidade pouco tem a ver com aquela estrutura ecológica urbana que desenharam os sociólogos de Chicago, tomando como paradigma as cidades norte-americanas e a própria Chicago. Barcelona parece mais se estruturar a partir de um centro histórico limítrofe com a zona comercial e de negócios, ao redor dos quais se distribuem tanto bairros de trabalhadores como de setores acomodados.

Barcelona está estruturada em dez distritos que englobam bairros históricos e de criação recente. O centro urbano o constitui o distrito 1, *Ciutat Vella*, que está formado por quatro bairros históricos (*Barceloneta*, *Parc*, *Gòtic* e *Raval*) e tem uma população de 83.829 habitantes, segundo o censo de 1996. Trata-se do distrito que tem sofrido o decréscimo populacional mais alto nos últimos tempos (-10,5% para o período 1981-1991), que apresenta a porcentagem mais baixa de população ativa (38,23%), uma densidade populacional intermediária em comparação com outros distritos (23.757 Hab./Km²) e um dos níveis de instrução (educacional) mais baixos da cidade. Pense-se que em torno de 50% da população dessa zona tem uma instrução inferior aos estudos primários (Ajuntament de Barcelona, 1997).

Ciutat Vella é também a zona com piores condições de moradia de toda a cidade, maior morbidade e mortalidade por tuberculose e AIDS, assim com mortalidade geral relacionada a “deficientes condições de vida” (Área de Salud Pública, 1993:17). De fato, dos quatro bairros de Barcelona com maior mortalidade por deficientes condições de vida, os três primeiros pertencem à Ciutat Vella.

Neste contexto, é de se esperar que a incidência e a prevalência de esquizofrenia tenham também uma sintonia com os resultados mostrados no estudo de outras cidades. De fato, a única pesquisa sobre esta temática realizada em Barcelona, o estudo de prevalência de Martí-Tusquets e Murcia Grau (1988:212), assim o atesta em termos gerais. Também se orienta nesta direção a investigação que realizamos sobre a prevalência tratada nos

Centros de Assistência Primária em Saúde Mental da cidade de Barcelona (centros públicos).

Tabela 1

Prevalência de esquizofrenia tratada em Barcelona por 1.000 hab. nos Centros de Assistência Primária em Saúde Mental

	1987	1988	1989	1990	Média
Ciutat Vella	1,6	1,5	1,8	1,7	1,7
Les Corts-Sarrià-SG.	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Sants-Montjuic	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Nou Barris	0,4	0,6	0,5	0,5	0,6
St. Andreu	1,0	0,9	0,8	0,9	0,9
L'Eixample	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
St. Martí	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5
Gràcia	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5
Horta-Guinardó	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3

Nota: ainda que Les Corts e Sarrià-Sant Gervasi são distritos diferentes, somente existia um Centro de Assistência Primária em Saúde Mental para os dois distritos.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Serviço de Psiquiatria e as estatísticas de população de Barcelona.

Na Tabela 1 pode se observar a prevalência da esquizofrenia tratada por 1000 habitantes em relação aos diferentes distritos nos anos de 1987, 1988, 1989 e 1990. Nela pode-se apreciar como, enquanto a média da prevalência anual oscila nos diferentes distritos entre 0,2 e 0,9, a prevalência média para a Ciutat Vella é de 1,7. Estes dados devem ser tomados com muita cautela, já que se trata de dados parciais, pois falta a informação sobre as consultas privadas, assim como outros dispositivos assistenciais da rede pública em saúde mental, como são os centros de longa estância (manicômios), as unidades de psiquiatria em hospitais gerais, os hospitais-dia e os centros de dia. Não obstante, é significativo o fato de que, enquanto a porcentagem da população por distrito é usuária dos serviços públicos é aproximadamente a mesma (entre 1,05 e 0,7), as diferenças de prevalência são extraordinariamente díspares para o caso da esquizofrenia. Além disso,

este padrão de centralidade não se produz no caso de outros transtornos mentais. Assim, a taxa dos transtornos afetivos maiores e de transtornos afetivos específicos é maior nos distritos de Nou Barris e de Sant Andreu respectivamente. A ansiedade, por sua vez, é muito mais alta no distrito de Nou Barris. De fato, o padrão de centralidade só é válido para a esquizofrenia, os transtornos paranoides, os transtornos psicóticos e, em menor medida, para os transtornos por uso de substâncias. É dizer, principalmente para as psicoses, tal como se indica também em outras investigações, como a de Manheim, Plymouth ou Chicago.

Se tratamos de correlacionar a distribuição geográfica da esquizofrenia com a do resto de transtornos principalmente tratados, também se observa uma forte associação entre esquizofrenia e diferentes tipos de psicose. A Tabela 2 nos oferece informação sobre esse ponto. Do grupo de transtornos mentais, as duas únicas correlações estatísticas significativas são as que se estabelecem com psicose (0.937, $p=0.002$) e com transtorno paranoide (0.862, $p=0.02$). Em seguida temos os transtornos por uso de substâncias, que, contudo, apresentam um valor de p não significativo ($p=0.085$). No extremo aparece, ademais, o transtorno por ansiedade que tem uma correlação inversa, ainda que o valor de p invalida claramente a possibilidade de deduzir um padrão de concentração oposto ao da esquizofrenia. Finalmente, apreciamos como o padrão distributivo é válido para a incidência de enfermidades físicas como a tuberculose (0.927, $p=0.006$) e a AIDS (0.906, $p=0.015$), que se associa também com a existência de deficientes condições de vida. Chegados a este ponto, cabe perguntar: confirma-se, então, o padrão de centralidade de prevalência de esquizofrenia para o caso de Barcelona? E se é assim, que fatores sociológicos são aqui relevantes?

A resposta à primeira pergunta somente pode ser tentativa e provisória, já que estamos falando de prevalência tratada nos centros de atenção primária em saúde mental ou CAPs em SM. Desta maneira, poderia existir uma clara parcialidade devido que em outros distritos os recursos utilizados pelas pessoas com esquizofrenia e seus familiares foram do tipo privado. Isto parece factível sobretudo para os distritos aqui fusionados de Les Corts

e Sarrià-Sant Gervasi que constituem a zona residencial mais acomodada. Não obstante, é menos crível para distritos de classe trabalhadora como os de Nou Barris, Sant Martí e Sant Andreu, que fazem uso dos CAPs em SM proporcionalmente similar a Ciutat Vella e que mostram uma prevalência singularmente mais alta para transtornos de ansiedade e de tipo afetivo que o distrito central.

Tabela 2

Tabela de correlações entre o padrão geográfico de prevalência da esquizofrenia e o de outros transtornos mentais e doenças físicas.

	Correlação	Valos de p
Esquizofrenia e transtorno por uso de substâncias	0.850	0.085
Esquizofrenia e transtorno paranoide	0.862	0.020*
Esquizofrenia e transtorno afetivo maior	0.463	0.165
Esquizofrenia e transtorno por ansiedad	-0.157	0.357
Esquizofrenia e transtorno psicótico	0.937	0.002*
Esquizofrenia e transtorno da infância	0.415	0.272
Esquizofrenia e demência senil	0.696	0.081
Esquizofrenia e transtorno afetivo específico	0.462	0.200
Esquizofrenia e tuberculose	0.927	0.006*
Esquizofrenia e AIDS	0.906	0.017*

Nota: os valores com asterisco têm significância estatística.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Serviço de Psiquiatria, estatísticas populacionais e Instituto Municipal da Saúde.

Mas se a primeira resposta é tentativa, ainda mais será aclarar o enigma da relação entre esquizofrenia e centro urbano de Barcelona. Para isso seria necessário um seguimento prospectivo de coortes na população geral para observar a relação entre fatores biológicos, condições sociais e emergência da esquizofrenia nas suas primeiras crises. Tratar-se-ia de um tipo de trabalho similar ao desenvolvido na Suécia por Lewis et al., ainda que tendo em conta uma maior quantidade de variáveis socioeconômicas, assim como uma análise da mobilidade intergeracional. Um tipo de investigação que, como é previsível, nunca foi desenvolvido no nosso entorno. Contudo,

diante desta ausência cabem outras possibilidades muito mais modestas. Por exemplo, o estabelecimento de uma comparação entre distritos desde uma ótica sincrônica, macroestatística e descritiva.

Tabela 3

Tabela de regressões entre padrão geográfico de prevalência de esquizofrenia e variáveis específicas

	Valor R	Valor r2
Densidade de população	0.212	0.045
População Ativa	-0.864	-0.746*
Decrescimento populacional	-0.828	-0.703*
Condições de moradia 1:		
Ausência de banheiros	0.978	0.956*
Condições de moradia 2:		
Ausência de dormitórios	0.904	0.818
Nível de instrução:		
(analfabetismo)	0.555	0.308
Esperança de vida	-0.908	-0.807*
Taxa APVP	0.974	0.949*

Nota: os valores com asterisco guardam significância estatística.

Fonte: Elaboração própria a partir de informação do Serviço de Psiquiatria, estatísticas populacionais e estatísticas do Instituto Municipal da Saúde. As regressões estatisticamente significativas estão marcadas com asterisco.

Na Tabela 3 mostram-se os resultados da comparação entre prevalência e uma série de variáveis como densidade de população, proporção de população ativa, decrescimento populacional, esperança de vida, condições de moradia nos diferentes distritos e Taxa ASPVP ou anos potenciais de vida perdidos por 100.000 habitantes de 1 a 70 anos. Enquanto a densidade ou o nível de instrução não parecem explicar a distribuição de prevalência deste transtorno, outras variáveis parecem ter associação com o padrão de centralidade.

A variável crescimento populacional revela uma associação inversa com a distribuição de prevalência, pois aparece muito mais próxima dos distritos com porcentagem baixa de esquizofrenia. Um dado que em princípio se contradiz com algumas hipóteses sobre o papel do rápido crescimento da população e da alta

densidade no aumento dos transtornos mentais. Recordemos que um dos argumentos de fundo das proposições de Faris e Dunham sobre o impacto da mobilidade geográfica e a desorganização social no desenvolvimento da esquizofrenia era a existência de um crescimento populacional que desbordava continuamente as estruturas da sociedade norte-americana tradicional. Não obstante, e contrariamente ao Chicago dos anos trinta, na Barcelona do final dos oitenta e princípios dos noventa se observa uma associação entre decrescimento populacional e esquizofrenia. Esta contradição pode ser explicada a partir de um terceiro critério, que provavelmente está atuando aqui como fator de confusão: tanto o crescimento populacional que sofriram as áreas urbanas centrais na Chicago dos anos trinta, como decrescimento atual da Ciutat Vella em Barcelona, aparecem associados ao fenômeno da pobreza. No caso de Barcelona isto parece evidente, pois em grande parte o decrescimento populacional da Ciutat Vella produzido durante os últimos anos é devido à migração para áreas urbanas ou peri-urbanas, que apresentam melhores taxas de mortalidade e melhores condições materiais de vida.

Há um critério bastante revelador das condições de vida das moradias: a ausência de banheiros dentro dos lares. Pôde-se duvidar até que ponto é uma variável acertada ou estratégica, mas não parece discutível que seja um indicador de nível econômico de um setor importante da população deste distrito. Ademais, o resultado chama a atenção pela forte associação com o padrão de centralidade da esquizofrenia em Barcelona ($r=0.978$, $r^2=0.956$). Uma associação que nos indica que não somente este critério resulta válido para explicar a alta prevalência no distrito 1, como também para dar conta das variáveis de frequência entre os demais distritos da cidade: a prevalência do distrito 5 (0.9), por exemplo), frente a dos distritos 2 e 9 (0.2 e 0.3 respectivamente).

Outro indicador das condições de vida é a ausência de dormitórios nas moradias. Esse é um critério que reflete a aglomeração nas residências do centro da cidade. Assim, e curiosamente, enquanto a densidade de população não aparecia associada à distribuição da esquizofrenia, é possível se pensar que a aglomeração nas moradias pode ser um fator que esteja atuando no desenvolvimento desse transtorno, senão em termos etiológicos, ao menos no prognósticos desta síndrome, pois a cronificação tem um efeito evidente no aumento da prevalência desta enfermidade.

É importante destacar que os dados aportados não validam nenhuma hipótese sobre a relação entre a esquizofrenia e o centro urbano, senão que opera em nível unicamente descritivo e também especulativo. Em síntese, o que se percebe é uma forte associação entre centro urbano, condições deficitárias de moradia, menor expectativa de vida e maior prevalência de esquizofrenia. Um tipo de “coincidências” que, como vimos nas primeiras páginas deste capítulo, foram observadas em outras cidades europeias e que, para o caso de Barcelona, também são aplicáveis à patologias como a tuberculose e a AIDS. De fato, o papel da pobreza como variável explicativa no desenvolvimento da esquizofrenia é congruente com outros dados, como a maior prevalência deste transtorno nas cidades dormitório das zonas periféricas de alguns núcleos urbanos como Copenhague (Klahn e Haastrup, 1990:148). Não obstante, estes dados não permitem ainda desfazer o enigma da relação da esquizofrenia e centro urbano, pois a pobreza pode estar atuando tanto pela via da produção como da migração. Um dilema que, se bem não podemos resolver aqui, podemos tentar enriquecer de uma forma qualitativa.

VIDAS CRUZADAS

Um dos problemas da percepção exclusivamente macro-quantitativa dos fenômenos é a perda de informação específica, assim como a facilidade com a qual se pode cair em polarizações das diferentes hipóteses explicativas. De aquilo que foi exposto até agora parece se derivar entre ou bem as pessoas com esquizofrenia vão para o centro, ou bem o centro cria esquizofrenia. Não obstante, as duas situações podem ser produzidas simultaneamente, inclusive em um mesmo sujeito. Vejamos um caso concreto.

Caso J: Jaume é um informante que nasceu na Ciutat Vella e que posteriormente mudou de residência devido ao traslado de sua família ao distrito de Sant Andreu. Ainda que os familiares comentem que Jaume nunca foi um “cara normal”, somente depois de alguns anos dessa mudança de residência que se produz o primeiro surto esquizofrênico e a cadeia subsequente de tratamentos e hospitalizações. Posteriormente, e devido a uma série de conflitos familiares, Jaume foi embora dessa residência para viver novamente na Ciutat Vella. Não fica muito claro (pois seu relato é nesse ponto contraditório ou deliberadamente contraditório) se vai morar numa pensão ou na rua. Sim está mais claro em seu

próprio relato que na Ciutat Vella Jaume encontra possibilidades de atividades informais remuneradas, que não lhe são oferecidas com a mesma facilidade no distrito de Sant Andreu, como os recados a alguns vendedores de haxixe e cigarros de contrabando, a limpeza de pára-brisas de automóveis em semáforos, pedir esmola ou pequenos furtos.

A pergunta previsível é: que modelo explicativo permite dar conta deste caso, a hipótese do centro como produtor de morbidade ou a do centro como polo de atração?

Em princípio, poderíamos dizer que Jaume se encaixa na teoria do centro como causa da esquizofrenia, pois ainda que a primeira crise se produza em Sant Andreu, é possível que já estivera afetado anteriormente; é preciso lembrar que a família relata que nunca foi um “cara normal”. Por esta razão podemos pensar que estamos diante de uma esquizofrenia latente que se “destampa” ao final da adolescência. Alguns fatores ligados ao centro urbano, como a poluição, as condições de vida deficitárias, as aglomerações ou a alta mobilidade e a “desorganização social”, aspectos que apresentados por Faris y Dunham, poderiam ter favorecido neste caso o desenvolvimento da enfermidade.

Por outro lado, Jaume apresenta também, e paradoxalmente, a hipótese da migração para o centro. Inclusive podemos dizer que ele está buscando nas relações de anonimato do centro urbano uma mitigação da pressão social da família e do bairro, assim como o desenvolvimento de formas de trabalho informais. No entanto, devemos destacar duas características que limitam a capacidade explicativa da teoria da orientação para o centro neste caso. A primeira é que Jaume não é um verdadeiro migrante, já que se socorre na casa familiar em casos de apuro econômico, agravamento do estado de saúde ou para solucionar necessidades básicas. A segunda é que o informante em questão não está registrado nas estatísticas assistenciais da Ciutat Vella, senão que nas de Sant Andreu. Uma situação que não é excepcional, pois a maioria dos afetados que migram para as áreas centrais o fazem para escapar a uma pressão normativa, representada fundamentalmente por familiares e profissionais de saúde. Diante destas motivações é infrequente, para não dizer raro, que

façam uso dos centros psiquiátricos da sua nova área de residência e que, portanto, estejam registrados nas estatísticas assistenciais deste distrito. Em resumo, Jaume não forma parte desse 1.7 por 1000 de prevalência que mostra o distrito Ciutat Vella.

Sem chegar à complexidade do caso de Jaume, que encarna em sua biografia a possibilidade explicativa das duas hipóteses, ou de nenhuma delas, segundo se olhe, quando estudamos os itinerários de alguns afetados nos encontros também com a existência tanto de casos de orientação para o centro como possível produção das zonas centrais. Vejamos dois casos concretos.

Caso M: Manuel nasceu no final dos anos sessenta em uma rua do Bairro do Raval, na Ciutat Vella. Segundo explica, até os nove anos poucas vezes saiu fora do apartamento de uma só peça de 18m², em que vivia com sua mãe e seus irmãos. A mãe se dedicava à prostituição e quando ia trabalhar deixava seus filhos trancados no apartamento. Durante esse tempo, e sempre segundo seu relato, Manuel cuidava dos seus irmãos pequenos e brincava imaginando formas e cores com as estampas do papel de parede e das cortinas.

A partir dos nove anos, Manuel começa a frequentar a escola do bairro. Não está muito claro se foi por iniciativa da mãe, ou por pressão dos serviços sociais que naquele momento negociava com ela algum tipo de ajuda econômica. Curiosamente, a experiência da escola é evocada de uma forma um tanto anódina, sem sobressaltos importantes. Manuel sempre diz que foi do seu jeito (“na minha”) e que se relacionou pouco com os colegas de classe.

Quando tinha catorze anos começou a trabalhar como ajudante de um pintor do bairro. O emprego durou pouco tempo. Ele mesmo explica que ficava obcecado com as cores e que as vozes que ouvia em seu interior não lhe deixavam trabalhar. Um ano mais tarde foi internado em um manicômio da cidade de Barcelona, aonde viveu até o momento da entrevista.

Caso H: Hilário provém de um bairro periférico de classe trabalhadora. Sua família emigrou da Andaluzia nos anos sessenta e nenhum deles tinha antecedentes psiquiátricos ou recorda tê-los entre seus parentes. O prontuário médico diz que teve a primeira crise aos vinte anos de pois de consumir maconha.

Posteriormente a esta primeira hospitalização, esteve alguns meses na residência familiar para em seguida se mudar solitariamente para a Ciutat Vella, onde

atualmente reside em uma pensão. Desenvolveu trabalhos esporádicos de limpador de para-brisas nos semáforos, de entregador de publicidade, assim outras atividades informais como venda de cigarros de contrabando nas Ramblas. Apesar de manter um grau importante de autonomia, frequenta de forma esporádica um centro de atenção psicossocial do distrito de Gràcia para jogar ludo e cartas com alguns antigos conhecidos de suas hospitalizações anteriores.

Como no caso de Jaume que imos anteriormente, nenhum destes informantes parece refletido nas estatísticas assistenciais da Ciutat Vella. Manuel porque não reside ali, senão em um manicômio em outro distrito. Hilario porque, da mesma forma que Jaume, se mudou para o centro da cidade precisamente para evitar a pressão da família e terapeutas e, portanto, não utiliza os recursos psiquiátricos deste distrito. Ambos informantes têm em comum o centro da cidade, e trata-se de dois autênticas vidas cruzadas.

Manuel provém d uma situação evidente de miséria econômica. De fato, se reside em um manicômio apesar de sua juventude, não é porque tenha perdido totalmente esse conjunto de capacidades que assistentes sociais e psicólogos chamam “habilidades sociais”, como fazer compras, tomar um ônibus ou assear-se pelas manhãs, senão sua dependência econômica das instituições assistenciais. Desta maneira, e ainda imaginando que a pobreza não tenha tido impacto direto na produção de sua enfermidade, é difícil pensar que não tenha contribuído na evolução do seu transtorno, bem como a esse território tão indissolúvel de qualquer enfermidade que é a própria biografia. Contudo, o caso de Manuel é ilustrativo das dificuldades com as quais nos encontramos ao apostar pela hipótese do centro urbano como produtor de morbidade, pois este modelo não nos oferece informação dos processos intermediários que conduzem à aparição da esquizofrenia. Nesse sentido, como puderam atuar a “desorganização social”, a pobreza ou a aglomeração no desenvolvimento do transtorno de Manuel? Certamente podemos apontar algumas conclusões gerais mais ou menos pertinentes, como que a precariedade econômica, o aglomeramento e as condições materiais deficitárias se materializaram com toda probabilidade em formas de instabilidade subjetiva e psicológica. No

entanto, diante da falta de um conhecimento dos mecanismos que atuam na produção da esquizofrenia, não podemos mais que criar argumentos especulativos, já que este tipo de instabilidade, que deduzimos do caso de Manuel, pode resultar decisiva para seu transtorno esquizofrênico, ou simplesmente secundária. Expressado em outras palavras, sabemos que a pobreza tem um impacto direto na aparição de enfermidades como o cólera e a tuberculose, ou no aumento das taxas de mortalidade infantil, e podemos de forma mais ou menos preciso recompor o papel desta variável na cadeia causal destes fenômenos. Entretanto, devido à falta de um conhecimento sobre os processos específicos que geram a esquizofrenia, unicamente podemos estabelecer associações bastante gerais entre este transtorno e alguns fatores como as condições de moradia, a pobreza e as relações de trânsito. Está é, atualmente, a maior debilidade da hipótese do centro urbano como produtor de morbidade.

Por outro lado, temos o caso de Hilário, que ilustra a hipótese da migração para o centro. Da exposição esquemática podemos inferir que, neste espaço, Hilário pôde optar por uma maior independência e autonomia. Morar na Ciutat Vella significa para ele a possibilidade de um alojamento acessível, o desenvolvimento de atividades e trabalhos informais bastante diversos e o maior predomínio das relações de anonimato. Morar no centro urbano supõe também habitar um espaço onde se faz mais patente a caracterização do urbano que Richard Sennet definiu como “neutralidade”, e que neste caso não é outra coisa que um maior relaxamento das respostas frente a comportamentos reconhecidos socialmente como extravagantes, como assear-se em fontes públicas ou andar sem camisa em pleno inverno, dois comportamentos que são característicos de Hilário. Tanto o centro das cidades, como este tipo de espaços de solidão e anonimato que Augé (1993) chamou de não-lugares (estações de trem e ônibus, grandes supermercados, vias de comunicação etc.) cumprem com um papel de neutralidade, ou se optamos por outro tipo de matiz, de indiferença, em seu sentido de ampliação dos espaços de aceitação das diversas formas de se mostrar em público. Não é uma casualidade que quando foram desenvolvidas campanhas massivas de desospitalização das populações

manicomiais, como no famoso caso italiano que alentou a escola de Basaglia, os “ex-reclusos” acabaram habitando esse tipo de espaço.

No entanto, as razões pelas quais Hilário buscava o anonimato dos lugares de passagem não são claras, nem pensamos que sejam atribuíveis exclusivamente a esta espécie de “caixa preta” tão utilizada pela psiquiatria biológica da predisposição genética ao retraimento e isolamento social, ou a essa outra “caixa preta” que é a mobilidade descendente intergeracional. Com efeito, comportamento de Hilário parece responder a uma complexa dialética que oscila do individual ao social, mas também do social ao individual.

Desde o primeiro trajeto desta dialética, o alienamento de Hilário pode ser atribuído ao que, desde correntes como a psiquiatria fenomenológica europeia (Binswanger, 1988; Tellenbach, 1979) ou a antropologia médica de corte existencialista (Corin, 1991), se definiu como a dificuldade de “ser” em um mundo social compartilhado e de sentir e de vivenciar esse mundo. Está dificuldade explicaria o retraimento social que vem unido à esquizofrenia, assim como o papel que têm as situações de grande envolvimento familiar, sobretudo em contextos sociais de forte estigmatização, nos quais a família se converte em agente de uma normatividade moral, que precipita o afetado a um mundo social que não pode se fazer seu inteiramente e que, como consequência, evita. Este conflito existencial entre um dentro subjetivo e um fora social explicaria, por sua vez, por que os afetados como Hilário se dirigem para os lugares de anonimato como as praças e ruas do centro urbano, as estações ou os grandes centros comerciais. Nesses cenários se amortece o conflito entre estar dentro do social e ao mesmo tempo fora, entre o estabelecimento de relações sociais e o retraimento, entre habitar e compartilhar um mundo externo e recriar um mundo interno. Os espaços de anonimato poderiam ser entendidos, assim, como a medida e o reflexo dos conflitos experienciais e subjetivos dos afetados.

Contudo, é arriscado atribuir o itinerário migratório de Hilário a uma lógica exclusivamente individual e existencial. Inclusive Jacques Lacan (1988a:11) observou, desde uma ótica psicanalítica, que o eu é um outro, no sentido que o eu é um conjunto de atribuições de um outro que aqui

poderíamos entender como social por extensão. As extravagantes ideias de Hilário, seu comportamento desafiante das mais simples convenções sociais, sua forma de se apresentar em público, seus monólogos aos gritos, seu particular colar de latas de alimentos em conserva que por vezes usa, não são mensagens em uma garrafa perdidas no oceano, ainda que possam ser tratados assim por alguns investigadores. Com efeito, estamos diante de sinais, expressões, símbolos e comportamentos que são lidos e interpretados num contexto social que pode criar, recriar, fomentar, sancionar, reprimir, retroalimentar e estigmatizar, mediante o jogo de expectativas sociais, este tipo de manifestações. E evidentemente não somente isso, pois o que é esse curioso vínculo de Hilário e os lugares de passagem, senão o resultado também de uma resposta social baseada na exclusão? A que causalidade se deve, se não é assim, que esses mesmos lugares sejam também os habitats mais frequentados por outros excluídos sociais, cujo inventário o leitor terá facilmente em mente? Certamente o fenômeno da migração para o centro pode ser interpretado desde uma ótica diferente à simples vontade ou predisposição individuais, pois acaso o fato de que Hilário habite o centro urbano não é também resultado de uma certa pragmática pública? Em outras palavras, a questão não é só que Hilário vá ao centro urbano, mas também que nesse espaço ele é confinado. Nesse espaço social Hilário não apenas amortece seu conflito existencial entre seu mundo íntimo e subjetivo e o mundo social que o rodeia, senão que também se converte em um eterno passageiro marginalizado de toda identidade social que não seja a de estar em um perene trânsito. Desta maneira, Hilário é recluso nessa espécie de *fora dentro do adentro* social que constituem os lugares de passagem. Um tipo de estratégia social que, longe de ser nova, constitui, tal como poderemos ver na continuação, uma forma antiga e sofisticada de confinamento.

O CONFINAMENTO

MOVIMENTO E RECLUSÃO

Na história da Europa, a loucura veio unida a condições ou atributos: o trânsito e o confinamento. O primeiro adquire uma de suas melhores representações em Dom Quixote, no qual, como é sabido, o insensato se vê mergulhado em um errar contínuo, pois aquilo que trata de alcançar é tão próximo e ao mesmo tempo tão distante como a própria fantasia. O segundo inclui, entre outras fórmulas, a imagem do manicômio como lugar de reclusão de não se sabe bem verdadeiramente o quê – a desrazão, a falta de sentido comum, o caos, a desordem, o medo, a dissidência, a diferença? –, mas que persiste durante séculos como uma forma de controle da sociedade. Ainda que movimento e reclusão constituam dois atributos que podem parecer contraditórios entre si, e que aparentemente se acomodam a duas ordens diferentes, a ficção no primeiro e à realidade social no segundo, em algumas ocasiões demonstraram uma especial combinação, como nesse fenômeno conhecido como “A nau dos loucos” ou *stultifera navis*.

Como nos indica Foucault na sua *História da loucura* (1985), a nau dos loucos emerge como uma representação literária e pictórica no final do

século XV, mas também como uma trágica realidade social. Em busca de uma suposta razão perdida os insensatos são embarcados em navios e obrigados a descer os rios da Renânia em direção à Bélgica, ou a subir o Reno até Jura e Besançon. Ainda que as razões para essa prática sejam bastantes obscuras, Foucault destaca algumas delas, como o caráter simbólico da água a que são confiados os insensatos: a água é ao mesmo tempo elemento purificador e representação da instabilidade e da incerteza quem vêm unidas à estultícia. Além disso, esta prática responde a um certo pragmatismo público, pois a Nau dos Loucos é uma deportação massiva dos insensatos para fora das margens da cidade, assim como uma forma sofisticada de confinamento que situa o afetado na posição perpétua do passageiro. As palavras de Foucault são eloquentes neste ponto: “Encerrado no navio de onde não se pode escapar, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. Está prisioneiro em meio à mais livre e aberta das rotas: está solidamente acorrentado à encruzilhada infinita” (1985:26)

Está documentado desde o século XIV que os loucos que produziam distúrbios públicos ou incomodavam a cena cidadã, e ainda mais se o alienado fosse estrangeiro, eram primeiro reclusos nas casas de loucos, que muitos municípios haviam criado para tal ocasião, ou nos hospitais gerais existentes. A Dolhaus do Geoghospital de Elbing, criada em 1326, ou a Tollkiste de Hamburgo, da mesma época, são exemplos de casas de loucos criadas *ex profeso*. O Hôtel-Dieu de Paris ou o Holy Trinity em Salisbury (Inglaterra) são exemplos de hospitais gerais que contam com alienados entre seus pacientes desde o século XIV. A partir destes recintos, os loucos eram liberados, reclusos nas prisões ou entregues à sorte da navegação (Rosen, 1974:19)

Em algumas ocasiões, as autoridades municipais os confiavam individualmente a marinheiros e mercadores que eram remunerados por sua função de transportador. As insólitas mercadorias eram abandonadas em lugares de passagem e de comércio, onde podiam deambular com certa liberdade até que se iniciava um novo processo de reclusão e deportação. Também era possível que, seguindo o modelo de exclusão da lepra existente

durante a Idade Média, fossem despachados aos campos exteriores às muralhas, ou que simplesmente fossem detidos nos lugares de passagem, como nas portas das cidades, retornando-os ao espaço de trânsito e ao não lugar.

É uma evidência histórica que, em algum momento do desenvolvimento da cidade e do Estado moderno, não foi suficiente a gestão clássica da loucura, e foi requerida uma regulação da mesma muito mais intervencionista, que supôs colocar limites a este trânsito contínuo (Rosen, 1974:180 e ss.). Até que ponto esta nova ordem se deveu ao desenvolvimento incipiente do capitalismo, ao espírito desta estrutura político-econômica chamada mercantilismo (cameralismo na Alemanha), ao aumento dos fluxos comerciais e, portanto, de mercadorias que ocuparam os exteriores semiabandonados das vilas ou cidades, ou a emergência de uma lógica estatizante, derivada do mercantilismo, que não poderia permitir a existência de Naus de Loucos à deriva, sem ordem nem concerto, é uma incógnita ainda por desvendar⁶. No entanto, seja qual for o fator desencadeante na aparição do asilo, não se pode negar a persistência de alguma similitude com a *stultifera navis*.

O manicômio instaura um sistema de reclusão sedentário, mas igualmente aos barcos de loucos supõe a concentração dos insensatos em um espaço físico que é purificador e ao mesmo tempo incerto. O efeito purificador da água se supre no asilo com medidas como a chamada terapia moral que inaugura Pinel, ou com outros tratamentos idealizados para a “reabilitação” primeiro do espírito, e da mente mais tarde. A incerteza, por sua vez, deixou de ser representada agora com o que Foucault define como o rio de mil braços ou o mar de mil caminhos, mas não desapareceu do panorama social, pois o asilo virá intimamente unido no imaginário ao irracional, ao inesperado e também ao sinistro. Pois o que é o manicômio senão uma nau dos loucos ancorada no interior da própria cidade e despojada de sua rica simbologia aquática? E mais, tanto a *stultifera navis* como as casas dos loucos que proliferaram nos municípios europeus desde

⁶ Sobre o desenvolvimento da assistência psiquiátrica na Espanha, confira o excelente trabalho de Comelles intitulado *La razón y la sinrazón* (1988).

o século XIV podem ser entendidas como as condições de possibilidade do que Foucault chamou de grande internação.

Outra semelhança não pouco importante é que o modelo asilar, igual à *stultifera navis*, não resolve o problema errante da loucura, senão que simplesmente o contém. Nos cada vez menos frequentes manicômios que restam na atualidade, observa-se esta luta impossível entre controle e mobilidade. Instrumentos de imobilização como as correntes, a camisa de força ou os eletrochoques, de uma forma muito parcial permitem solucionar o problema errante da loucura. Quem esteve alguma vez em um manicômio, terá observado a evidência deste fenômeno. Os reclusos deambulam na instituição sem rumo fixo, sobem e dessem a mesma escadaria vinte ou trinta vezes ao dia, vão do dormitório ao refeitório, e do refeitório à sala, e da sala ao pátio, e do pátio ao refeitório, e do refeitório ao dormitório. Quando passeiam pelo pátio, caminham de um muro ao outro do recinto, cinco vezes, dez vezes, vinte vezes. Se não podem se mover fisicamente, suprem esta falta evadindo-se psicologicamente. É como se seu movimento físico e sua evasão mental substituíssem o vaivém da *stultifera navis*. Se a nau dos loucos assumia em si o movimento e assim em certa medida o neutralizava, a estaticidade do manicômio acaba estabelecendo um modelo de contenção claramente forçado que se reflete nos itinerários insistentes dos reclusos dentro da instituição.

O modelo mais recente de desospitalização, baseado numa estrutura de dispositivos diversos, que oscilam entre a unidade de psiquiatria de um hospital geral, onde os pacientes são internados somente pelo tempo da crise e as oficinas ocupacionais, onde desenvolvem tarefas várias com o objetivo de sua próxima e nunca conquistada “reinserção social”; passando pelos hospitais-dias, os centros de dia, os clubes, os apartamentos e as residências assistidas, entre outros recursos assistenciais, não puderam resolver tampouco o controle da mobilidade dos afetados. Ainda que desde os anos cinquenta observa-se uma maior sofisticação dos tratamentos, fundamentalmente com a entrada em cena dos neurolépticos, o problema do trânsito não foi solucionado, senão que inclusive foi incrementado. A camisa de força que impedia o movimento dos braços deu lugar ao que tem sido

chamado, creio que de forma acertada, “camisa de força química”. Tampouco, aparentemente, necessitam-se os muros físicos do asilo, pois os novos fármacos geram “muros”, desta feita neuroquímicos, que supostamente facilitam a contenção inibindo alguns dos chamados sintomas positivos, como o delírio e as alucinações. No entanto, esse tipo de tratamento somático, além de produzir efeitos secundários adversos, não permitiu sequer um controle básico da loucura. Os afetados continuam deambulando de um a outro lugar sem rumo fixo. Acumulam-se nas estações de trens e de ônibus, ou nos lugares de passagem dos centros das grandes cidades. Por outro lado, os especialistas tratam de encontrar uma solução a fenômenos como o chamado *revolving door* ou porta giratória, que não é outra coisa que o processo contínuo de internação e alta, internação e alta, internação e alta a que se veem submetidos os afetados. Como se se tratara de um desafio a qualquer orientação genealógica, foucaultiana e/ou relativista que tente entendê-la como resultado de um processo histórico particular irrepetível, a loucura parece estar indissolúvelmente ligada ao movimento e aos esforços sociais de sua contenção.

Até certo ponto, a dialética entre movimento e contenção guarda semelhança da lógica simples da liberdade e reclusão. Tanto a exclusão às zonas de passagem e a Nau dos Loucos, como o encerro ou como o modelo de desospitalização gerado nas últimas décadas, graças à psicofarmacologia, têm em comum que se levam a termo às custas da consciência e da vontade do afligido. Sob a desculpa da incapacidade mental dos afetados, esses três modelos se unificam em sua grande capacidade coercitiva. Por exemplo, nem sequer no sistema da desospitalização comunica-se ao afetado o diagnóstico de sua enfermidade. É verdadeiramente excepcional quando assim se procede. A presunção de que a loucura já vem unida de forma irresolúvel à confusão e ao erro gera uma relação de poder na qual, diga o que diga ou faça o que faça o afetado, seu comportamento sempre será tomado contra ele. Tanto a afirmação quanto a negação de sua loucura sempre responderão às expectativas do seu terapeuta. Uma vez incluído no catálogo dos loucos, o círculo estará fechado a todo e qualquer tipo de argumento.

SENTIDO (COMUM) E SEM-SENTIDO (COMUM)

Durante aproximadamente um ano entrevistei Babu dois dias por semana com o propósito de elaborar sua história de vida. Naquele momento, Babu estava internado em uma residência assistida para psicóticos crônicos de Barcelona, na qual convivia com outros vinte pacientes que também foram, ainda que em menor grau, meus informantes. É importante destacar que, dentro do repertório de recursos assistenciais para o tratamento dos afetados, as residências assistidas, junto aos chamados apartamentos assistidos, são entendidos como um dos níveis mais próximos à chamada “inserção” ou “reinserção” dentro da “comunidade”. Por esta razão, tanto Babu como seus companheiros dispunham de uma maior liberdade de movimentos que outros afetados que se encontram em um hospital psiquiátrico ou nas unidades de psiquiatria dos hospitais gerais.

A jornada de Babu transcorria entre a residência em que morava e umas horas de dedicação a uma oficina de reabilitação sob a gestão da mesma fundação que gerenciava a residência. Tratava-se de uma oficina que combinava diferentes atividades como a pintura, a encadernação e os pequenos trabalhos de montagem, e incluía também um quiosque/papelaria que abria suas portas ao público, onde se fazia o trabalho de fotocópia e encadernação. Babu estava geralmente a frente do caixa em contato direto com o público. De fato, parte importante das conversações que tivemos foram na papelaria, assim como no pequeno escritório habilitado para as entrevistas terapêuticas.

Devo confessar que para Babu, e às vezes também para mim, era complicação estabelecer uma distinção entre o que é uma entrevista etnográfica e o que supõe uma entrevista terapêutica. Considerando que não sou psiquiatra nem psicólogo, uma das coisas que tratava de esclarecer desde o princípio com meus informantes era minha condição de antropólogo ou etnógrafo, que simplesmente quer saber sobre eles, mas de modo algum estabelecer um tratamento psicoterapêutico. Meu ponto de vista é que, se se diferencia em algo a entrevista clínica de uma entrevista etnográfica, é precisamente em que na primeira o profissional é o que se posiciona no papel do saber (esta posição que Lacan chamou acertadamente de sujeito suposto saber), enquanto na segunda o investigador adota uma posição mais próxima do não-saber. No caso contrário seria difícil, senão impossível, chegar a um conhecimento da perspectiva nativa, ou

emic, pois o trabalho etnográfico se caracteriza por uma abertura ao conhecimento autóctone, e por este relativismo metodológico que envolve toda a tarefa de exegese que trate de encontrar um código não tanto dependente do investigador como do investigado. Se se prefere nas palavras de um autor como Geertz, o objetivo da antropologia “não é dar respostas as nossas perguntas mais profundas, mas sim dar acesso a respostas dadas por outros” (1987:40).

Não obstante, e apesar dos esclarecimentos feitos a Babu e a meus informantes sobre qual era o objetivo do meu trabalho, na prática era difícil para eles estabelecer uma diferença entre uma terapia, como pode ser a chamada psicoterapia psicanalítica (uma variante da psicanálise na qual o paciente é motivado a narrar seus conflitos emocionais e experienciais), e a entrevista etnográfica. Apesar de podermos pensar que existem claras diferenças entre as intervenções pontuais e escassas do terapeuta dirigindo o tratamento e as perguntas explícitas do etnógrafo, e mais encaminhadas à simples consecução da informação, o certo é que ao responder a minhas perguntas (etnográficas) os informantes se obrigavam, sem eu ser consciente, a um trabalho de revisão autobiográfica onde não faltava a autocrítica e a autorreflexão. Neste contexto não ausente de confusão foram levadas a cabo minhas entrevistas com Babu. Mas conheçamos um pouco a sua história.

Babu me explicou que era um konkani, que pertencia a esta minoria católica na Índia, resultado da influência colonial portuguesa nesse território, e que procedia de uma família de origens aristocráticos. Também me disse que havia tido uma infância marcada pela tortura, sofrida em função de seu pai alcoolista. A tortura consistia em disparar todas as noites sobre a cabeça do menino Babu com uma escopeta sem munição, além de castigos corporais que, depois pela manhã, eram obviados e omitidos por todo o grupo doméstico, como se nunca houvesse ocorrido. De forma semelhante a essa lógica, que Michael Taussig (1995:48) detalhou em seus escritos a partir do papel do silêncio e negação da tortura na amplificação e gestão do terror, Babu e sua família viviam sob a imprevisibilidade da tortura e também sob a tortura da imprevisibilidade.

Também me contou que foi um menino aplicado na escola até a idade dos quinze anos, quando adoeceu de tifo, que teve dificuldades para se relacionar com as mulheres devido a sua timidez e que, quando pôde, emigrou a Londres com o propósito de estudar uma carreira universitária, concretamente, uma engenharia. Em Londres conheceu a atual esposa, e por ela veio a residir e trabalhar numa

cidade do cinturão metropolitano de Barcelona. Trabalhava como executivo de uma multinacional norte-americana.

Pelo que me contou, seu transtorno emergiu de forma abrupta em Barcelona. De pronto começou a ter dificuldades para se concentrar no trabalho. A esta dificuldade se seguiu um sentimento intenso de “depressão” e uma “necessidade de ficar em casa”, distante de todo o contato social e rememorando as torturas de sua infância. O processo que se seguiu fica melhor explicado em suas próprias palavras:

“Lembrava das noites de tortura com meu pai. Uma vez que ele bateu com um chicote no meu irmão, no pênis, e os disparos na cabeça, sempre esperando que me mantesse de uma vez por todas e não me matava. Pensei que como eu havia sofrido tanto, eu era Jesus Cristo. As vezes tinha fantasias quando era menino, como se eu fosse um grande futebolista, ou um tenista, e as pessoas me aclamavam. Que era um grande cientista e tinha feito um grande descobrimento, ou que eu era sueco e que havia sido adotado por uns suíços indianos. Agora pensava também que eu era muito importante. No trabalho ia mal. Ficava muito nervoso e tinha paralisia cerebral, não podia trabalhar e tinha que ficar mais tempo que os demais. Sabia que queriam me demitir no trabalho, mas eu fiquei mal dos nervos antes e consegui a licença.

Os últimos dias de trabalho pensava bobagens, como que os chefes norte-americanos vinham a Barcelona e me colocavam como diretor. Meu chefe, então, se colocava a meus pés e me pedia perdão. Todos me louvavam. E a verdade é que, quando passeava pelo escritório, me parecia ouvir vozes que diziam [aplaudindo]: ‘chefe, chefe’. Depois pensava que era o presidente de todas as multinacionais estrangeiras em Barcelona e que vinham me pedir trabalho e favores. Quando ia pela rua, acreditava que as mulheres que se vestiam de azul e branco queriam ser minhas amantes e os homens vestidos assim meus colaboradores. O presidente Bush havia deixado sua cadeira para me dar uma oportunidade, porque eu era mais inteligente. quando via a televisão estadunidense, por satélite, pensava que se referiam a mim porque haviam colocado um dispositivo eletrônico na minha casa para me proteger dos atentados. Mas ser presidente dos EUA não era suficiente, e então tinha que ser rei de todo mundo, e como eu havia sofrido tanto quando menino era como se houvesse sido crucificado por meu pai, porque eu nunca ouvi uma história como a minha em

nenhuma parte. Aquilo foi horrível, uma tortura contínua, Depois havia voltado a vida para a ajudar a todas as pessoas. Havia deixado de ser Babu para ser Jesus Cristo.” [Recopilação elaborada a partir de um conjunto de entrevistas]

A experiência de Babu, ainda que íntima e subjetiva, tinha um impacto importante em seu comportamento no escritório e na relação com seus companheiros de trabalho. Dificilmente alguém que está tão convencido de que é o presidente dos Estados Unidos e inclusive Jesus Cristo pode passar despercebido no desenvolvimento de uma ocupação que supõe estar uma média de oito horas diárias compartilhando o mesmo espaço e desenvolvendo funções de organização. Razão pela qual, em seguida, viu-se abocado à perplexidade de seus companheiros e, mais tarde, à mais absoluta marginalização, até sua licença por doença e seu posterior tratamento psiquiátrico.

De fato, em relatos como o de Babu se observa que um dos espaços de maior rechaço do delírio e das demais manifestações da loucura é, precisamente, o contexto laboral, núcleo duro do pragmatismo que não tolera tais irrupções. Diferentemente do que nos conta uma antropóloga como Waxler, que realizou um trabalho de campo em zonas do Sri Lanka sobre o papel da família e do trabalho na melhoria das pessoas com esquizofrenia, e que explica a flexibilidade da organização do trabalho frente a este tipo de irrupções, o mundo laboral mais industrializado, capitalista, ou como queiramos chamá-lo, livra-se rapidamente da loucura direcionando ao terreno assistencial. Evidentemente, isto não é novo. Acima vimos como na Europa do século XV os insensatos que molestavam o desenvolvimento da atividade cidadina eram reclusos ao fora, nas casas ou naus de loucos, ou nos lugares de trânsito. Mas por que se produz esta exclusão? É evidente que a experiência de Babu adota formas não aceitas socialmente, mas contra que atenta?

É um lugar comum localizar a loucura em oposição à razão, ou inclusive à racionalidade, entendendo a primeira como qualidade e a segunda como sistematização dessa qualidade. Frente a essa razão que permite uma valoração “correta” sobre as coisas e que geralmente é definida como uma espécie de entidade a-histórica, a-social e livre de valores, opor-

se-ia o defeito do juízo, a confusão da realidade interna com a externa, a falta de discernimento dos desejos subjetivos com o mundo social e físico das coisas. Contudo, o problema é que dificilmente podemos entender que algum contexto social, incluído o de Babu quando irrompeu seu delírio, possa ser a materialização dessa racionalidade absoluta e um tanto utópica de que estamos falando. Ao que parece se opor esse conjunto de fantasias que aparecem na discursividade de Babu, na forma excepcional de uma autorreflexão e autocrítica biográfica, é ao plano cotidiano do senso comum, entendendo este nos termos de Clifford Geertz utilizou em *“Common sense as a cultural system”* (1983:1994).

No mencionado artigo, o antropólogo de Princeton define o senso comum como um sistema cultural que se caracteriza pelos seguintes atributos ou quase-qualidades: naturalidade, praticidade, transparência, assistemática e acessibilidade. Vale a pena destacar, ainda que possa parecer óbvio, que se trata de atributos que não são das coisas, senão atribuições do senso comum às coisas. E é precisamente no jogo de atribuições, ou não atribuições, e de interpretações das presenças e ausências destas atribuições onde parece ser definida a construção social da loucura em casos como o de Babu. Mas vejamo-lo em maior profundidade.

Geertz destaca que a qualidade que mais define o senso comum é a que citamos primeiro, a naturalidade, entendendo esta no significado de elementaridade e obviedade. Como é de se esperar, esta ideia de naturalidade não se aplica ao terreno de todas as coisas e representações, senão que foca sua atenção em determinadas matérias que sob esta luz aparecerão como evidentes. Ainda que Geertz não o indique, não é preciso ser muito perspicaz para interpretar que no fundo a naturalidade é um atributo de qualquer sistema cultural, pois é o que permite a construção do que o mesmo autor em outro lugar (1987:92) definiu como a aura de factualidade dos fenômenos; essa condição pela qual as representações aparecem equivocadamente reais para os atores sociais. Provavelmente, uma maneira de definir tal condição é o princípio cultural de que as coisas são como são porque respondem a uma lógica preestabelecida (enquanto natural) que as legitima.

Pois bem, se analisamos o relato de Babu que introduzimos anteriormente, e que não é outra coisa que uma representação (ainda que como toda representação) inexata da sua própria experiência, observamos que aparecem dois partes mais ou menos diferenciadas. Uma primeira onde os acontecimentos se produzem com uma lógica similar à elementaridade do senso comum: se seu pai lhe tortura é normal que como consequência esteja afetado “dos nervos”, que tenha problemas para se concentrar e, inclusive, que fantasie que é um sueco ou um grande tenista ou futebolista. Afinal, este tipo de fantasias que Freud (1981:1361) chamou uma vez de “novela familiar (do neurótico)” (*Familienroman*), como pensar que se é filho de outros pais, que foi adotado e fabular a partir daqui todo um mundo de relações familiares, é provavelmente inerente à capacidade imaginativa e performática de todo ator social, na mesma medida que a neurose o era para Freud. Mas essa naturalidade ou elementaridade da história de Babu finalmente se rompe por uma segunda parte que começa no segundo parágrafo e na qual leitor (que também é ator do senso comum) já não pode seguir utilizando a mesma lógica interpretativa.

Quando adentramos a esse “Os últimos dias de trabalho pensava bobagens” que abre o segundo parágrafo, nossa percepção sobre Babu vai mudando. É que uma coisa é um menino que fantasia que é sueco e que seus pais são outros, outra muito distinta a carreira que leva desde os aplausos alucinados do “chefe, chefe!”, ao convencimento de ser o presidente de todas as multinacionais estrangeiras em Barcelona em primeiro lugar, a que Bush reconheça sua inteligência lhe cedendo a presidência dos Estados Unidos em segundo e, finalmente, a considerar-se Jesus Cristo. O que se conhece como delírio introduz o leitor em um terreno que se destaca por se opor à obviedade e à naturalidade do senso comum. O que alerta os familiares, afins e vizinhos de que um ator como Babu está transtornado é, muitas vezes, essa falta de elementaridade ou, se se preferir, essa ruptura com a aura da factualidade do sistema cultural que se produz pela aplicação de uma lógica exclusivamente subjetiva à interpretação da realidade social. Frente a determinadas circunstâncias, cabe dentro das inflexões do senso comum (ou dos sentidos comuns) ver

virgens e escutar a voz de Deus ou desmascarar o senso comum desde outros sentidos comuns, ou quase deveríamos dizer anti-sensos comuns, tal como se faz em alguns movimentos artísticos de vanguarda. Não obstante, se algo caracteriza o delírio é precisamente uma ruptura persistente com o contexto cultural, até torná-lo absolutamente inservível. Usando a gíria estruturalista, é como se a fala (*parole*) navegasse fora de toda língua (*langue*), de toda estrutura.

A especificidade da experiência de Babu também atenta claramente contra o resto dos atributos do senso comum. Seu mundo ficcional no qual se converte em chefe de todas as empresas multinacionais norte-americanas de Barcelona, e mais tarde em presidente dos Estados Unidos, dificilmente pode estar em sintonia com o princípio da praticidade. Menos ainda podemos aproximar a experiência subjetiva de Babu às especiais conotações de “astúcia” e de “capacidade para fazer prosperar os projetos” que, segundo Geertz, devem ser interpretados sob esses atributos. De fato, é tão evidente a impossibilidade prática da fabulação de Babu, que toda abusada de graus de astúcia ou de habilidade se converte em uma tentativa desnecessária. Acontece que, nesse caso, não estamos diante de uma simples confirmação do axioma de que a essência da fantasia é descolar-se de todo o pragmatismo, senão diante de uma fabulação construída a partir de uma transposição totalizadora dos desejos subjetivos ao mundo externo das coisas.

A confusão entre o desejo e a realidade é também a chave para entender a ausência no discurso e experiência de Babu de outros atributos do senso comum, como a transparência (*thinness* no original). Se como diz Geertz, a transparência pode ser definida com o verso de Butler “tudo é o que é, e não outra coisa” (“*everything is what is and not another thing*”), o relato de nosso informante bem pode ser resumido na ideia “tudo não é o que é, e outra coisa”. Uma regra que é aplicável a seu mundo subjetivo e sua certeza de que ele não é o que é (um executivo e engenheiro de uma multinacional), senão outra coisa (presidente dos Estados Unidos, Jesus Cristo), mas também sua interpretação da realidade social, posto que ali também o que é (simples transeuntes que vestem azul e branco), é

claramente outra coisa (suas amantes no caso das mulheres e seus colaboradores no caso dos homens).

Em penúltimo lugar temos o atributo da assistemática (*immethodicalness* no original) que remete, ainda que Geertz não o diga exatamente assim, à flexibilidade de toda asseveração e ideia sobre as coisas, a esta elasticidade. E isso sim que o diz Geertz, que se descobre em versos como os de Whitman: “Contradigo-me a mim mesmo, então eu me contradigo a mim mesmo. Eu contendo multidões” (*I contradict myself, so I contradict myself. I contain multitudes*, no original). Um princípio que é claramente antitético à experiência de Babu (ainda que não assim à reflexão que lhe leva a poder construir o relato dessa experiência), pois uma característica do delírio é a falta de maleabilidade e, portanto, a rigidez do sistema de crenças e convicções. Pois uma vez que a lógica do mundo subjetivo foi transposta de forma tão totalizadora ao mundo externo, toda a capacidade de aprendizagem fica anulada em benefício de uma contínua auto-confirmação dos próprios desejos.

Finalmente temos a qualidade da acessibilidade, que nos diria algo como o senso comum é propriedade geral de todos os atores sociais, ou ao menos a uma parte importante deles, pois como nos indica Geertz: “qualquer pessoa com suas faculdades razoavelmente intactas pode chegar a conclusões de senso comum” (1994:113). Não é gratuito que o próprio Geertz (ou seu senso comum) nos ofereça essa oposição entre senso comum e loucura, ainda que seja somente como uma anotação apressada e quase inconsciente. A experiência de Babu, por exemplo, está tão distanciada dos parâmetros do senso comum que até os contradiz. O atributo da acessibilidade é aqui ilustrativo, pois na comunidade dos juízos, Babu opõe uma idiosincrasia que, se bem que não é totalmente intransferível ao mundo social, envolve uma grande dose de inacessibilidade.

Em resumo, no caso de Babu observamos uma artificialidade narrativa e experimental que se opõe à naturalidade, uma fantasia totalizadora que se contrapõe à praticidade, uma codificação que se contradiz à ideia de literalidade dos fenômenos, uma rigidez que se contradiz à flexibilidade e assistemática necessária para organizar-se cotidianamente, bem como

uma idiosincrasia que limita todo o acesso a ela mesma por parte do resto dos atores sociais e ao senso comum por parte do próprio informante. Dito em outras palavras, a experiência de Babu rompe com as bases estruturais do senso comum e lhes expões, se me permite a expressão, um autêntico sem-sentido comum.

A modificação deste sem-sentido é o objetivo fundamental, ainda que tácito, da maioria dos dispositivos assistenciais encarregados do tratamento e reabilitação da esquizofrenia. Estes recursos atuam como autênticas escolas de senso comum, que tratam de recompor, na lógica do afetado, a aura da factualidade das ações e representações sociais para que se convertam em atores dignos de crédito. Não se trata que desenvolvam algum tipo de visão crítica ou reflexiva, senão que assumam e participem das convenções sociais mais estereotipadas e normativizadas sem questioná-las. Por isso que os terapeutas não consideram oportuno que seus pacientes leiam livros de esoterismo, que se adiram a grupos religiosos minoritários ou reflitam sobre problemáticas abstratas. Sobre esse tema, observei uma curiosa discussão entre o psiquiatra e seu paciente, devido a que o último, que havia sido diagnosticado de esquizofrenia, havia começado a cursar a faculdade de filosofia em uma universidade local. Enquanto o afetado explicava o seu interesse por algumas problemáticas propostas pela filosofia sobre o sentido da existência ou o ser das coisas, o profissional lhe exigia que abandonara este tipo de estudos por outros mais apegados à realidade prática. Desta maneira, o terapeuta reconduzia o afetado, não tanto ao terreno utópico da racionalidade, mas ao domínio mais “elementar”, “prático” e “acessível” do senso comum.

As conversações que geralmente se adotam nas sessões de terapia grupal também mostram uma preferência nada fortuita por temáticas consideradas práticas e elementares, como os transportes públicos, como conseguir um trabalho ou o preço das coisas no mercado. Um dos objetivos é recriar uma visão de senso comum que possa ser compartilhada pelos diferentes indivíduos que participam, a partir de dos diferentes fragmentos desse senso que possam aparecer ao longo da sessão e das orientações dos profissionais. Por exemplo, em uma sessão monográfica sobre os

transportes públicos que realizaram em uma instituição que eu analisava, um dos afetados (Emílio) afirmou que os ônibus de dois andares não eram seguros e capotavam continuamente, motivo pelo qual se negava a entrar neste tipo de veículo, ainda mais se tinha números ímpares, pois ele nasceu num dia, mês e ano ao que correspondia um número par; portanto “par” significava vida e “ímpar” significava morte. Na sessão o terapeuta buscou a resposta crítica no resto dos afetados, que coletivamente introduziram arruamentos como o de que os engenheiros já têm em conta os requisitos de segurança na hora de projetar os ônibus de dois andares, ou que nunca havia capotado um ônibus destas características. Mas como na discussão começaram a aparecer argumentos do tipo “o destino está escrito nos números” ou “quem pode assegurar que este ônibus não capotaram alguma vez”, o profissional começou a insistir que era preciso ser práticos e aceitar que as coisas são como são, ou seja, se os ônibus de dois andares circulam pela cidade é por algum motivo. Desta maneira, o terapeuta orientava Emílio a uma atitude de assunção à realidade social e, portanto, a aceitar a aura de factualidade das representações e artefatos culturais. De fato, os terapeutas utilizam dois mecanismos para recompor o senso comum dos afetados. O primeiro é o sistema explícito de negociação/coerção com o paciente mediante o uso de lógicas como a do castigo/recompensa. O segundo é a busca de uma identificação dos afetados com os juízos dos próprios terapeutas que, como é evidente, representa aqui a voz do senso comum. É preciso salientar que ambas as táticas são de êxito bastante limitado devido a tendência dos afetados à desrealização e à construção de sentidos que, mais que comuns, são idiossincráticos. Não obstante, essas táticas conformam, junto à psicofarmacologia, os únicos sistemas de controle e contenção dos comportamentos e ideias associadas à esquizofrenia.

Nas sessões grupais, a tática da identificação se leva a cabo mediante a motivação aos pacientes para que respondam e contradigam aquelas afirmações que não são consideradas práticas e do senso comum, como asseverar taxativamente que os ônibus de dois andares capotam ou, como apontava outro dos meus informantes, que existem barcos pagos pelo estado que estão encarregados de armazenar homossexuais e dissidentes

para depois abandoná-los em alto mar. Um simples olhar por parte do terapeuta àqueles pacientes aos que considera mais “recuperados”, e que em termos práticos são aqueles que costumam a produzir juízos mais aproximados ao senso comum, pode servir para que estes iniciem uma série de comentários críticos, aproximados às expectativas do terapeuta. Desta maneira, estabelece-se entre o conjunto de afetados uma hierarquia de proximidades ao terapeuta que busca obediências e mimetismos. Mas para que isso funcione o terapeuta tem que estabelecer previamente uma relação de transferência ou idealização que é absolutamente necessária para que os afetados se identifiquem com seus interesses – ou quiçá deveríamos dizer desejos? –, pois sem este vínculo não se pode utilizar o recurso do “profissional decepcionado” diante dos juízos e condutas bizarras dos pacientes.

Nas sessões individuais não se pode contar com a ajuda de outros pacientes que exerçam a voz vicária do terapeuta, mas sim com os fragmentos de senso comum do afetado, assim com a posição do terapeuta exercendo o lugar de sujeito e personificação deste senso.

Por outro lado, é indiscutível que toda a aceitação do sentido comum por parte dos afetados deve partir de uma crítica dos seus próprios delírios e fantasias. A constatação de melhora clínica ou a mais questionável “cura” da esquizofrenia passam pelo reconhecimento por parte do profissional de que assumem juízos do senso comum e que estes são levados a práticas cotidianas como tomar o ônibus, manter a higiene pessoal e propor-se metas alcançáveis. Além disso, constatar que o afetado superou sua tendência ao delírio e à “desrealização”, pois senão é assim, é obvio que continuará pensando, tal como fazia Babu em seus momentos mais álgidos, que lhe vão ceder a presidência dos Estados Unidos, ou que foi escolhido para ajudar toda a humanidade. De fato, os centros psiquiátricos se convertem em cenários de contínua luta entre desrealização e o senso comum. Uma desrealização que reafirma os profissionais no senso comum e um senso comum que demonstra a arbitrariedade de sua estrutura quando se opõe à desrealização. É daí que se origina, provavelmente, tanto os grandes mitos sobre a genialidade e sutileza crítica da loucura contra a ordem estabelecida,

como grande parte das críticas dos tratamentos psiquiátricos como sistemas coercitivos

COMUNIDADE E SOCIEDADE

Uma das consequências da tendência das pessoas com esquizofrenia à desrealização é sua rejeição a uma carreira de exclusão e isolamento. Tal como proposto por Goffman em *Internados* (1988), se entendemos os itinerários de nossos informantes na forma de carreiras morais articuladas em etapas de pré-paciente, paciente e pós-paciente, observaremos que uma constante nesse caso é a perda, durante esses trajetos, de grande parte da rede social prévia. Por meus dados, isto é válido fundamentalmente para os vínculos de amizade e companheirismo, e não assim para as relações familiares mais diretas, que inclusive podem se intensificar, pois os ascendentes dos afetados podem tomar a atitude de maior tutela, até o ponto de gerar essa situação que os psicólogos denominam sobreproteção. Todavia, o estigma que acompanha os comportamentos originados a partir de experiências como o delírio e as alucinações exerce um papel claramente limitador das relações extrafamiliares.

É importante destacar que o processo de perda de rede pode iniciar a partir da primeira internação hospitalar ou, pelo contrário, gerar-se de forma progressiva durante os meses e anos prévios à hospitalização. Esta última situação é típica daqueles casos de esquizofrenia que, previamente a seu diagnóstico, mostraram uma fenomenologia negativa e, portanto, uma tendência à apatia e retraimento que debilitou as redes de relações. Nesses casos o isolamento se inicia, assim, já na etapa de pré-paciente.

Tabela 4

Valores médios das redes sociais dos informantes (n=18)

	VF	VAE	VAR	D
Média	5.3	2.5	0.8	0.95

Nota: VF (vínculos familiares), VAE (vínculos de amizade evocados), VAR (vínculos de amizade reais), D (densidade da rede)

Fonte: Elaboração própria

Sem buscar uma amostra estatisticamente representativa de todo o universo de afetados por esquizofrenia em Barcelona, durante o meu trabalho de campo analisei a estrutura e funcionalidade das redes de dezoito de meus informantes. Alguns dos resultados estão presentes na Tabela 4, na qual se pode observar que a composição das redes sobre as relações de amizade mostra uma média de 2.5 vínculos, enquanto as relações familiares (parentes e afins) mantêm uma média mais elevada (5.3). Estes dados foram colhidos mediante entrevista direta com os próprios afetados, e é preciso destacar que no próprio processo de pergunta/resposta se apresentaram alguns fenômenos interessantes. Por exemplo, chamava a atenção que, se bem os informantes eram perguntados sobre o número de relações de amizade com que contavam no momento da entrevista, as respostas tendiam a evocar vínculos existentes no passado que já não existiam. Desta forma, os informantes contabilizavam, e imaginariamente reatualizavam, aquelas relações do passado, apesar de que se tratava de amigos que não viam há anos, ou com os quais fazia tempo que mantinham uma simples relação de saudação quando se encontravam pela rua ou em um transporte público. A manutenção imaginária dessas relações era facilmente discernível quando se perguntava pelo último encontro ou contato que haviam tido com estes ex-membros da sua rede. Não sei até que ponto se podia falar de um “romance relacional” da esquizofrenia similar ao “romance familiar do neurótico” de Freud que citamos antes, mas acredito que a fabulação sobre a persistência destas relações atua como um claro indicador do processo de exclusão a que foram jogados a maioria dos meus informantes, assim como dos afetados diante desse processo.

Se comparamos, tal como aparece na Tabela 4, o número de relações de amizade existentes e o número de relações evocadas, a diferença é evidente. Frente a uma média de 0.8 para as primeiras, temos uma média de 2.5 para as segundas. Geralmente aqueles atores que tendem a evocar mais relações mantêm também uma rede maior e vice-versa. Isso pode parecer contraditório se partirmos da ideia de que os indivíduos com menor rede deveriam ser os que desejassem um maior número de relações. Não obstante, parece lógico que os afetados que desejam estabelecer mais

vínculos sociais de amizade sejam também os que levem à prática tal atitude em suas interações cotidianas. Além disso, os atores com mais rede são também os que apresentam, desde um ponto de vista clínico, mais sintomas positivos, enquanto que, de forma esperada, aqueles que apresentam uma fenomenologia do tipo negativo evocam e mantêm um menor número de relações. Este último resultado é bastante óbvio, pois o próprio retraimento é entendido como um sintoma negativo da esquizofrenia.

Geralmente, o estabelecimento de relações de amizade fora das instituições psiquiátricas é bastante excepcional entre nossos informantes. Isto se deve à perda de rede que se produz na etapa de paciente ou de pré-paciente. Mas o importante aqui é que dificilmente esta rede pode ser recuperada ou recomposta com atores novos que não estejam vinculados às instituições psiquiátricas. De fato, o papel da instituição é, em grande medida, o de atuar de suporte social deste tipo de afetados.

O modelo do qual partem muitos centros assistenciais dedicados à reabilitação psicossocial, como os centros de dia, as oficinas protegidas ou residências assistidas, é o de criar, à margem da habilitação para desenvolver pequenos trabalhos, uma rede que gere apoio social para os afetados. Desde a manhã até a tarde os usuários destes dispositivos trabalham na oficina, tomam café juntos, assistem às sessões individuais ou grupais com os terapeutas, veem um filme ou jogam ludo. A perda da rede fica assim mitigada pela vida social da instituição, que oferece novos tipos de relações. Estes tipos não são homogêneos, pois oscilam entre a reciprocidade (relações com outros afetados) e um hierarquia de caráter redistributivo⁷ (relação com os terapeutas, monitores, técnicos administrativos etc.), mas em termos estruturais produzem um efeito similar em todas as instituições: a criação de uma rede baseada nas relações cara a cara e no modelo estrutural da alta densidade, entendendo por densidade ou intervinculação da rede a *ratio* ou razão resultante da divisão entre o número de relações existentes e o número de relações potenciais. Por exemplo, numa rede com vinte atores, na qual todos interagem entre si, a densidade

⁷ Como exemplo da aplicação dos conceitos de reciprocidade e redistribuição em antropologia médica, veja-se o excelente trabalho de Josep Canals sobre grupos de ajuda mútua (1996).

adquirirá seu valor máximo (1), enquanto que uma suposta rede onde somente a metade interage entre si, a densidade sair ade 0.5. Como estamos falando em contextos institucionais onde a maioria dos atores se conhecem e interatuam entre si, podemos afirmar que a densidade nestes casos tem uma clara tendência a seu máximo expoente⁸.

A estrutura de alta densidade recorda ao modelo de organização social que, em ciências sociais, pelo menos desde Tönnies, se conhece como “comunidade”. Em seu famoso texto intitulado *Gemeinschaft und Gesellschaft* (1982), e que foi traduzido como Comunidade e Sociedade, mas também por Comunidade e Associação, o sociólogo alemão distinguia entre estes dois tipos ideais. O primeiro, a comunidade, é a base de todas vida social, pois surge da vontade natural ou *Wesenville*. Associa-se às relações familiares onde parentesco, a vida da aldeia e o povoado, aos costumes, ao status adscrito e também à afetividade, ao direito consuetudinário e ao localismo. Contrariamente, a *Gesellschaft* ou sociedade deve ser entendida como um artefato, um agregado mecânico diz Tönnies (1982:35), já que sua origem é a da vontade racional ou *Kürwille* e seus atributos a vida urbana, a lógica do Estado, o comércio, a neutralidade afetiva, o direito estatutário, a convenção, o individualismo e também o universalismo.

Desde orientações psiquiátricas muito diversas entende-se que o modelo de comunidade é adequado para a reabilitação dos afetados por transtornos esquizofrênicos. Não se trata de uma reflexão que se faça explícita, senão que é uma premissa geralmente tácita que é colocada em prática mediante programas de reabilitação psicossocial baseados no fomento de redes de alta densidade e nas relações cara a cara. Ainda que nunca as haja visto explicitadas, existem algumas razões lógicas pra tal conjectura, como: as redes de alta densidade ou do tipo *Gemeinschaft* direcionam os atores à sociabilidade, porque limitam os espaços de retraimento e anonimato. Contrariamente, as redes de baixa densidade

⁸ Na Tabela 4 se indica que a densidade média das redes de meus informantes é de 0.95 e, portanto, muito próxima do valor máximo. De fato, nas análises individuais nunca descobri neste coletivo uma rede cuja densidade fosse inferior a 0.7.

baseadas, em maior medida, nas relações impessoais, ampliam os espaços de anonimato e estabelecem uma lógica de comportamento que favorece o individualismo e o isolamento. Além disso, dos resultados de alguns estudos transculturais da OMS, como o EPIE e o DOSMD (ver Capítulo 1), deduziu-se que a existência de um melhor prognóstico da esquizofrenia nas sociedades não industrializadas poderia estar associada ao predomínio destes contextos de modelos organizativos tipo *Gemeinschaft* que favoreceriam a reinserção social do afetado. Não obstante, tal conjectura parte da premissa universalista de que uma rede de alta densidade cumpre sempre uma função positiva, à margem de seu contexto social de referência: e isto, evidentemente, é um procedimento claramente errôneo.

Um estudo publicado no final dos anos oitenta, o chamado *University of British Columbia Markers and Predictors of Psychosis Study*, Erickson et al. demonstraram em uma coorte urbana do Canadá, como os pacientes que apresentavam redes densas e caracterizadas por maior envolvimento familiar têm um pior prognóstico, enquanto que aqueles cuja rede social é menos densa e está formada por menos familiares e mais amigos exibem um melhor prognóstico (Erickson et al. 1989:1456) Um estudo interessante que expressa, no contexto de uma sociedade urbana, como as redes sociais de alta densidade podem ter um efeito adverso no curso da esquizofrenia. De fato, as pessoas com esquizofrenia com redes muito densas em contextos urbanos não-industriais costumam ter um pior prognóstico. Contrariamente, nestes mesmos contextos, observa-se que as redes mais ricas e, por sua vez, densas se convertem em um indicador de bom prognóstico, sobretudo se estão compostas por relações de companheirismo e amizade ((Erickson et al. 1989).

No fundo, estes dados o que demonstram é que a pertinência de rede em relação ao seu contexto é o que está tendo implicações positivas no curso da esquizofrenia. Dito em outras palavras, os afetados que em uma estrutura tradicional e pré-industrial têm uma rede densa, estão representando o tipo generalizado de rede do seu contexto. Da mesma forma, os afetados com redes dispersas em áreas urbano-industriais também estão coincidindo com o protótipo de rede de seu entorno. É, portanto, lógico

que em ambos os casos se produza o melhor curso da enfermidade. Ainda que não saibamos o que foi primeiro; isto é: se o melhor prognóstico permitiu construir uma rede mais próxima à estrutura de relações estandardizadas, ou se a rede foi a causa do melhor prognóstico. Mas seja a rede causa ou consequência do prognóstico, o que está claro é que a potencialização das redes a partir de programas de reabilitação psicossocial deve levar em conta o contexto social particular no qual se insere o afetado. Não cabe criar redes de alta densidade aonde se requer uma rede mais dispersa e similar ao modelo da *Gesellschaft*, pois neste caso os afetados estabelecerão estruturas de interação inadequadas para sua reinserção e reabilitação psicossocial. O significado e função de uma rede, como os significados de um piscar de olhos ou de um gesto, não é um atributo universal, senão que um fenômeno claramente relativo a seu contexto local.

A LINGUAGEM

Em toda análise da relação intersubjetiva, o essencial não é o que está aí, o visto. O que é a estrutura, é o que não está aí.

Jacques Lacan

O DELÍRIO

Uma tarde de outubro de 1991, Silvio, um de meus informantes, me entregou um papel no qual estavam escritas, com letra clara e maiúscula, umas cartas que supostamente ele havia dirigido a uma série de destinatários. Tratava-se de quatro cartas de diferentes extensões, perfeitamente ordenadas e catalogadas com os cabeçalhos: CNP-300/A, CNP-300/B, CNP-300/C e CNP-300/D. Transcrevo a seguir, com pontuação e acentuação originais, estes textos.

“BARCELONA, 25 DE SETEMBRO 1991

CNP-300/A /A JOE LOMANGINO

APROXIMA-SE FINAIS MAIO IMINENTE, EM QUE TERA LUGAR A CURA DOS DOENTES, QUE COM FE, CURARAO SEGUNDO SE ANUNCIUO.

SUA OFERTA DE CEGUIR CEGO PARA O BEM DA HUMANIDADE, É LOUVAVEL, É MERITORIA, MAS COM OS DADOS QUE TENHO, DEMORA-SE ATE 98 OU 99, QUE AS PESSOAS COM A PROMESSA DO ANTICRISTO

VOLTARAM À CORRUPÇÃO ATUAL. ASSIM QUE É NECESSARIO DIANTE A PRESSA DOS ACONTECIMENTOS, SISMO DE SÃO DIEGO E SOBRETUDO O DE SANTA BARBARA, EVACUAR ESTA CIDADE, POIS, POUCOS DIAS OU HORAS, SEGUIRA O BIG-BANG, AFUNDANDO-SE, DEPOIS DE 30 MINUTOS, NO PACIFICO. SEUS SINAIS, ME PROPORCIONOU NOSSO COMUM AMIGO P. BENAC, QUE CONHEÇO FAZ TEMP. É O BIG BANG.

FINALIZO, ROGANDO-LHE PERSUADA A ALICE FAYE, E SOBRETUDO EVACUEM LOS ANGELES LORETTA YUONG AMIGA SUA; GLENN E PETER FORD. TAMBEM A DINAMARQUESA. OS SINAIS DESTES, OS PODE PROPORCIONAR O BISPO DESSA FRANCISCO GARMENDIA, O TELEFONE QUE TINHA, QUANDO LHE CHAMEI ERA 212-589-9867. OS SINAIS DE RAMON ANDREU ERAM 213-383-8206. AL LADO VERA MINHAS MISSIVAS A GARMENDIA E RAMON ANDREU. FINALIZO COM UM FORTE ABRAÇO.

P.S.: JUNTE NA SUA DE RESPOSTA OS SINAIS DE RAMON ANDREU E OS DE GARMENDIA. OBRIGADO

CNP-300/B /A SANCHEZ VENTURA.

QUERIDO AMIGO: EXISTE UM ASSINALADO NEXIALISMO, ENTRE AS PRESSAS QUE TIVERAM EM GUADALAJARA TEUS AMIGOS E TU MESMO, COM AS PRESSAS DE DEIXAR TUDO, QUE DEVEM TER TODOS, COM O SISMO DE SANTA BARBARA. UM ABRAÇO DE [Assinatura legível com seu nome]

CNP-300/C /A RAMON ANDREU. S.I.

QUERIDO AMIGO: PELAS PRECEDENTES CNP PONHO O TEL. DE GARMENDIA E O DE LOMANGINO 516-385 9022. RECORDO-LHE ME PRESENTE UM ESTAMPA DE SEU IRMÃO LUIS. DESDE O CEU, SUA MÃE RECEBERA COM AGRADO O SEU INTERESSE. [Assina com iniciais]

CNP-300/D /AO BISPO GARMENDIA

ROGO A SUA ILUSTRISSIMA SEU INTERESSE. É UM INFAMIA, QUE O 666 FIGURE COM LETRAS DE 20 METRO EM SEU TELHADO, SUPERANDO AS CRUZES DE TODA NEW YORK, DESDE ROCKEFELLER CENTRE ROGO SEU INTERESSE DE CONTATAR COM OS DESTINATARIOS DE 300/A, 300/B E 300/C.

FICA POUCO TEMPO E ENTRE OUTRAS COISAS, HÁ QUE AVISAR URGENTEMENTE LAUREN BACALL, JACINTA DE GARABANDAL E SEU ESPOSO MARINE-USA E A DÓRIS DAY. BEIJO SEU PASTORAL ANEL. [Assinatura legível com seu nome]”

Há várias coisas que chamam a atenção de tão surpreendente correspondência, como as pessoas as que alude (e entre as que contam nada menos que Doris Day, Lauren Bacall e Glenn Ford), a maneira em que se mesclam ficção cinematográfica (ou televisiva) e realidade, ou os cataclismas que se anunciam (sismo de Santa Bárbara, Big Bang etc.). Não obstante, a característica que parece definir para o leitor este encadeamento de cartas, mais além de seus chamativos personagens histórias de diabólicas conspirações, é sua inverossimilidade. Uma inverossimilidade, por certo, nada corriqueira, pois se distancia das formas convencionais de construção da realidade e também da ficção.

Em primeiro lugar, parece claro que a inverossimilidade que contêm essas cartas não responde a uma forma coletiva consensuada de produção cultural da fabulação e da fantasia. Refiro-me a essa inverossimilidade calculada que contêm algumas elaborações como os mitos e lendas, nos quais também podemos encontrar uma antologia de personagens, seres e acontecimentos que, poderíamos dizer parafraseando Lévi-Strauss, põem em marcha transformações inusitadas da estrutura. A diferença deste tipo de produções culturais que adquirem um status de realidade compartilhada, o texto de Sílvio mostra um grau importante de elaboração subjetiva. Se bem seja inegável que alguns elementos que compõem a história são claramente coletivos, a maneira em que se articulam estes elementos responde mais a uma lógica particular que a essa construção social da realidade que tão bem analisaram Berger e Luckman. Imagine-se que quando estes autores falavam do processo de institucionalização que caracterizava toda a vida social, tomavam como referência mínima a existência de uma relação *via-à-vis*, ou, na sua falta, a possibilidade de um indivíduo isolado, mas plenamente socializado, de tal maneira que ele mesmo representava, inclusive solitário, um arsenal apreendido de normas e convenções sociais

(1984:79). Contrariamente, as elaborações de Sílvio não são compartilhadas por ninguém mais, nem por seus companheiros, nem por seus parentes e afins, nem por seus vizinhos, nem pelo etnógrafo. Os números de telefone que aponta em suas cartas somente existem em sua imaginação, ainda que, obstinadamente, e diante da incredulidade de alguns de seus interlocutores, como o que isto escreve, ele afirma que seus proprietários falam como ele desde o outro lado do aparato. Por outro lado, personagens como Joe Lomangino ou o Bispo Garmendia, desde cuja casa se observa esse enorme e diabólico 666 que supera as cruzes de toda Nova York, são claramente fabulações subjetivas. É certo que alguns elementos de seu discurso são empírica e ideologicamente reais, entendendo a realidade como socialmente construída. Refiro-me a Rockfeller Center, a Nova York, à categoria Bispo em genérico ou inclusiva à moda anglo-americana de dispor os números de telefone, criando dois grupos de dígitos, um de três segundo de outro de quatro. O mesmo podemos dizer como elementos como San Diego, os sismos, o Anticristo, o triplo seis ou a ideia de que os mortos vão ao Céu. No entanto, a articulação que adquirem todos estes elementos no discurso de Sílvio não responde a nenhuma lógica compartilhada. Dito quiçá com mais precisão, é como se uma série de fragmentos tivessem sido articulados a partir de uma lógica claramente subjetiva.

Tampouco a inverossimilidade que se desprende destas cartas parece responder àquela que mostra algumas formas representativas, que no fundo são códigos ocultos ou metáforas ou simbolizações que falam de uma coisa, enquanto aparentemente falam de outra. Refiro-me a essa inverossimilidade calculada e, portanto, no fundo falsa, que se evapora uma vez que se transcende p sentido literal da linguagem, como quando se resolve um hieróglifo, uma mensagem em código ou quando um texto em principio absurdo ganha vida uma vez que se conhecem as chaves que o dotam de sentido. Por exemplo, imaginemos por um momento que quando Silvio diz que evacuem Los Angeles indivíduos como Loretta Young, Glenn e Peter Ford e a dinamarquesa, está referindo-se a uma série de ativistas políticos na clandestinidade de Barcelona, que devem abandonar a cidade para evitar sua captura pela polícia, que não é outra coisa que o sismo de Santa

Bárbara. Inclusive o sismo já anoitecido em San Diego pode significar que houve uma captura anterior. O Bispo Garmendia, por sua vez, poderia referir o organizador ao encaixe dessa suposta organização política, e os personagens aos que se deve avisar urgentemente (Lauren Bacall, Jacinta Garabandal, seu esposo marine-USA e Doris Day) pois “falta pouco tempo”, nomes em código de ativistas da mesma rede. Inclusive o elogio dirigido a Joe Lomangino que se desprende da frase “SUA OFERTA DE SEGUIR CEGO PARA O BEM DA HUMANIDADE, É LOUVAVEL, É MERITORIA” poderia ser interpretada nos seguintes termos: cego é no fundo mudo e o bem da humanidade a continuidade da organização.

Efetivamente, podemos estabelecer uma interpretação deste tipo do texto que temos diante de nós, uma interpretação que aliás eliminará a angústia de não saber que significam estas cartas, que no fundo não são cartas, pois nunca foram enviadas. Não obstante, há um problema de fundo que impossibilita, ou ao menos faz ser pouco promissora esta interpretação: nosso informante não é nenhum ativista político nem é perseguido pela polícia, nem está em contato com uma rede formada por indivíduos como pseudônimos como Joe Lomangino ou Bispo Garmendia. Dito brevemente: falta contexto. Inclusive o pós-moderno mais habituado a defender a abertura dos textos a um sem fim de leituras e exegeses possíveis reconhecerá sem muito esforço que a interpretação do código oculto é aqui pouco promissora.

Uma terceira opção, diferente à hipótese da inverossimilidade compartilhada e da mensagem em código, é que o texto de Silvio constitua uma simples elaboração narrativa. Sua história de mistério poderia ser algo tão simples como uma representação literária elaborada com um propósito lúdico e/ou estético. Inclusive as passagens mais incompreensíveis poderiam ser interpretadas como o resultado de algum artifício narrativo desenvolvido pelo autor, na mesma linha de obras literárias como *Finnegans Wake* que não somente destilam ficção e idiosincrasia, como também inacessibilidade. No entanto, também há elementos que estão contra a teoria da obra de ficção, já que falha um dos requisitos básicos para que esta hipótese possa prosperar. Silvio afirma que o texto responde a uma realidade experiencial e vivida por ele mesmo e não uma ficção narrativa. O anunciado fim do mundo,

as artimanhas do Anticristo de dispor de três seis de vinte metros de altura em Nova York, Alice Faye, Loretta Young e Glenn e Peter Ford que devem evacuar imediatamente Los Angeles, são acontecimentos e pessoas que formam parte de sua existência cotidiana. Ele confirma e insiste na autenticidade do que se diz nestas cartas e não lhe ocorre que possam ser objeto de uma interpretação que considere estes textos como alegorias, metáforas, mensagem em código ou histórias romanceadas. As cartas significam o que significam, sem elucubrações nem artifícios. Seis sentido literal é o adequado. E mais, ele defende de forma enfática a literalidade do que nelas se diz e se irrita e grita frente a qualquer gesto de incredulidade.

Temos assim uma produção que não responde às convenções sociais, ainda que esteja elaborada a partir de alguns de seus fragmentos, que tampouco é uma mensagem em código que fale de outra coisa sem nomeá-la e que não responde a uma simples manobra narrativa ou a uma forma subjetiva de construção da ficção, já que o autor defende com firmeza a literalidade textual e também vivencial do que ali se está dizendo. Em definitivo, estamos diante de um texto biográfico e, por mais paradójico que possa parecer, ao mesmo tempo inverossímil; e nessa confluência de experiência e inverossimilidade se advinha a estrutura de uma forma peculiar de discurso: o delírio.

ESTRUTURAS

Ao final do primeiro volume de seu *Seminário*, concretamente no subcapítulo dedicado à ordem simbólica, Jacques Lacan mostra uma inclinação por uma visão estruturalista da linguagem (1988:312-340). Diferentemente de algumas proposições condutistas baseadas no que ele chama de argumento evasivo sobre a parte, o psicanalista francês sugere a perspectiva inversa de que a estrutura é anterior à parte. Em outro de seus textos, “Da leitura de Freud”, chegou a dizer “É evidente que minha cachorra pode falar, e inclusive que ao fazê-lo se dirige a mim. Mas que, al faltar-lhe linguagem, muda tudo” (1984:15)

Se é possível entender a fala sem linguagem, certamente a cachorra de Lacan lhe falava, Mas fora de todo o efeito ou agilidade expressiva, o que refere Lacan é que a linguagem não é resultado de um avanço parcial do pensamento, como pode ser a substituição de um círculo pelo sol ou a palavra elefante por um elefante, senão consequência de uma estrutura prévia que não é outra coisa que a capacidade de simbolização. É absurdo, assim, entender que um símbolo possa existir isoladamente, pois o “símbolo só vale na medida em que se organiza em um mundo de símbolos” (1988:328)

Na visão estruturalista, a articulação desta estrutura, que podemos chamar simplesmente linguagem, é definida a partir da existência de dois planos: o plano sintagmático e o plano paradigmático. O primeiro é o nível de contiguidade e concatenação da linguagem, de alinhamento e de articulação sintática. O segundo é a dimensão que relaciona categorias com categorias ou unidades da linguagem a partir de uma lógica de substituição, de associação a partir de critérios de similitude/diferença e também de escolha e competência. Ambos planos atuam sempre de forma coordenada, pois, até certo ponto, podemos pensar que constituem respectivamente o tempo (contiguidade sintática) e o espaço (enciclopédia) da linguagem.

Estes planos, que também podem ser entendidos como operadores lógicos, foram associados por diversos autores estruturalistas com outras duplas de conceitos, como metonímia e metáfora por Jakobson (1981:134) e Lévi-Strauss (1984:300), signo e símbolo por Leach (1989:22), deslocamento e condensação por Lacan (1981:317) ou, de forma menos sistemática, acontecimento e estrutura por Lévi-Strauss (1986:46)⁹. O texto de Silvio, como todo texto, seria o resultado da combinação destes planos, ainda que neste caso algo resulta visivelmente peculiar, tanto no que respeita aos conteúdos, como a sua estruturação.

⁹ A relação conceitual que estabelece Lévi-Strauss entre plano sintagmático/acontecimento e plano paradigmático/estrutura é discutível, pois supõe dizer que a ordem de contiguidade e combinação (plano sintagmático) da linguagem não é anterior ao ato da fala, senão que se constitui no próprio “*parole*” (fala). Não obstante, a possibilidade de articulação da linguagem em cadeias significantes e significativas (a ordem sintagmática) é tão anterior ao acontecimento como o plano paradigmático. Inclusive poderíamos dizer que o tempo em potência da estrutura da mesma maneira que a ordem paradigmática é o espaço “incorpóreo” da linguagem.

Uma das características que se observa no discurso dos indivíduos afetados de uma esquizofrenia é uma tendência à introdução de diversas e surpreendentes associações e, inversamente, uma dificuldade para a articulação linear da linguagem. É como se o plano paradigmático estivesse hiperativado, inundando constantemente a fala com uma infinidade de sinônimos, neologismos e aliteraões inesperadas. Contrariamente, o plano sintagmático ou de concatenação da linguagem apareceria hipoativado, produzindo o que precocemente Cameron (1944:110) definiu como discurso assindético ou carente de vínculos de contiguidade, assim como uma presença recorrente de fugas, repetições e descarrilamentos.

Durante meu trabalho de campo, realizei entrevistas com diferentes informantes, cujos resultados permitem mostrar esta disfunção na estruturação da fala. A um deles, Domingo, perguntei pela tarefa que desenvolvia na oficina de reabilitação psicossocial na qual se encontrava e que consistia na montagem de canetas hidrográficas. Sua resposta dói a seguinte:

“Sim, canetas, canetas... canetas. Fazes assim [expressa com as mãos a ação de montar uma caneta introduzindo a carga no plástico], fazes assim e pap!, pap!, pap! Fazes assim e pap! Caneta pap!”

De fato, Domingo demonstrava uma necessidade de forte apoio gestual na explicação de processos lineares e temporais simples, como a montagem de canetas hidrográficas. Assim mesmo estabelecia em seu discurso grande quantidade de reiteraões, como também o fazia outro dos meus informantes, Javier, quando me comentada as qualidades e defeitos de uma raquete de ping-pong. Neste caso sua dificuldade se materializava à hora de expressar como as características deste objeto podiam ter uma incidência para um bom jogo. Dizia assim:

“Está é a mais rápida porque vê, tem, tem, te, relevo. É a melhor para, para, para, para uma partida, isso para uma partida rápida... mas vê, é difícil de gi... difícil de girar [representava mimicamente] para o pulso. É difícil girá-la, é difícil girá-la.”

Diante destes dois encontros se pode pensar que o discurso dos afetados vem ligado exclusivamente à reiteraão, o bloqueio e a pausa. No

entanto, isto não é sempre assim, senão principalmente quando se trata de expressar processo simples ou séries lineares de fatos e acontecimentos como os dois exemplos aqui apresentados. É mais, quando o discurso dos afetados adquire uma estrutura delirante, as pausas e os bloqueios podem dar passagem a uma veloz liberdade associativa e a esse processo que foi denominado sobreinclusão e que se refere à interpretação contínua de categorias e significados. Este é o caso de Ernesto, que frente a sua experiência alucinatória de vozes que lhe insultam responde da forma seguinte:

“Não me toque! Não me toque! São todos um bando de...! Quer que o diga claro e conciso? No outro dia bate uma mulher na minha porta: podes me dar algo que estou desempregada? Porque esses se deram um beijo no outro dia. Eu acreditava que isso da cultura tinha a ver com agricultura. Boa tarde”.

Nas palavras de Ernesto se observa um curioso fenômeno. Em princípio estamos diante de um processo de descarrilamento do discurso que atua fundamentalmente no domínio sintagmático e que se materializa no ritmo entrecortado. Não obstante, isto gera aqui um bloqueio contínuo ou uma série de pausas e reiteraões, tal como se observava no encontro com os outros informantes. Neste caso, o bloqueio é substituído com um plano associativo e paradigmático que está funcionando a um ritmo trepidante. Da increpação a uma série de interlocutores (entre os quais se conta o etnógrafo), o informante se translada à descrição do passado recente (“No outro dia bate uma mulher na minha porta”, “Porque esses se deram um beijo no outro dia”), para terminar com uma aliteração inesperada que situa num mesmo nível semântico a cultura e a agricultura. É como se o plano paradigmático passara a dominar totalmente a construção da discursividade e interrompera a sequência sintagmática com contínuas associações estabelecidas pela enciclopédia do informante; de tal maneira que enquanto as categorias empregadas são convencionais, pois aqui não aparecem neologismos, não o é sua estruturação.

É importante notar que a discursividade com bloqueios e a existência de uma fala com uma grande componente paradigmático ou associativo

podem conviver no mesmo sujeito e no mesmo discurso. Por exemplo, Domingo, o mesmo que explicava o processo de montagem das canetas hidrográficas, narrava nos seguintes termos a experiência de sua enfermidade.

“Isto é um vento, um vento. Tu me entendes. É um vento. Te vais encerrando em ti mesmo, encerrando em ti mesmo. Não vou ficar brabo contigo porque estás comendo um sanduíche. Não. É de meninos. Perco o interesse, perco o interesse em ver Tele 5. Um dia te vem um vento. Há duas vidas e eu estou na segunda.”

Aqui se combinam de forma visível a reiteração, que supõe um certo grau de bloqueio, e o desenvolvimento de uma liberdade associativa que substitui as pausas e permite superar as reiterações, ainda que ao preço de uma discursividade assindética onde Tele 5, os sanduíches, os ventos e a segunda vida são dispostos juntos.

Até certo ponto podemos pensar que a forma outra dessa conjunção não muito diferente de inflexões de estrutura, como aquelas que citava Foucault no prefácio de *As palavras e as coisas*. Por exemplo, ali se falava de uma certa enciclopédia chinesa que classificava animais em termos certamente exóticos: pertencentes ao Imperador, embalsamados, adestrados, leitões, sereias, cachorros soltos, desenhados comum pincel finíssimo de pelo de camelo, que acabam de quebrar um jarro e um longo etcetera. (Foucault, 1988:1) Um inventário de categorias que em aparência pode resultar parecido em sua arbitrariedade a Tele 5, o vento, o sanduíche e a segunda vida. No entanto, a enciclopédia chinesa que cita Foucault, e que certamente ele extrai de um conto de Borges, não se pode situar em um nível isomórfico à enciclopédia de Domingo, já que enquanto é certo que ambas são arbitrarias, a arbitrariedade desta última não é nem cultural nem ficcional, senão idiossincrática.

Um fenômeno que alimenta a possibilidade de construir uma arbitrariedade idiossincrática é a especial associação que se estabelece entre o mundo interno dos afetados e o mundo externo da realidade objetiva. Por exemplo, escutemos a outro de meus informantes, Ramón, que expressa nos seguintes termos o momento em que foi consciente da enfermidade.

“Um dia vendo o filme Fama eu escutava chorando e o cara do filme também chorava e começou a chover no filme e depois a chover em Barcelona, e chovia em toda Espanha, e quanto mais chorava mais chovia, e esse dia choveu mais que nunca em toda a Espanha, Então um pomba começou a voar [no filme] e eu pensei: Que Deus me ajude! Estou doente!”

Neste depoimento faz-se presente esse princípio de indiscriminação da experiência subjetiva com a realidade objetiva, da realidade com a ficção e do desejo com o mundo externo que já se vislumbrava nos textos de Silvio. No entanto, o que nos interessa neste ponto é a maneira em que se estabeleceu identificação entre o interior e o exterior, e o texto de Ramón é exemplar para este propósito. Em primeiro lugar se gera uma associação entre a realidade e a ficção televisiva a partir do mimetismo que desperta um ato como chorar: o afetado chora e o personagem da série também o faz. Como reforço desta associação é introduzida uma segunda associação, desta vez entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo: a da chuva com o chorar. Chove na ficção e chove em Barcelona, de tal maneira que quanto mais chora Ramón mais chove. E isto é levado até o ponto de que foi o dia mais chuvoso “de toda Espanha” e provavelmente também o dia mais triste de Ramón. O mundo interno e o mundo externo foram fundidos, ainda que com o governo do primeiro, graças a uma associação paradigmática que se baseia na similitude entre a chuva e as lágrimas.

Uma das deduções que poderia se desprender do que até agora expusemos é que estamos diante de um tipo de discursividade na qual predominam as metáforas, as alegorias e outros tipos. De fato, tem sido uma prática comum vincular o delírio com a poesia, a loucura com a arte ou a esquizofrenia com a capacidade criativa. A sensibilidade que oferece um mundo externo mimetizado com a própria subjetividade oferece provavelmente um enfoque diferenciado, e mais ainda se a isso adicionamos a ajuda de uma hiperativação do plano paradigmático ou associativo. Ora, o que é a metáfora, senão o terreno da substituição, a função criativa do plano paradigmático da linguagem e, portanto, a capacidade de sinonímia, de associação por similitude/diferença e também de competência? Certamente a metáfora se articula nesta dimensão levando-a a seu extrema mediante o

mecanismo, como bem indicou Eco, da mentira (1990:282), pois é sabido que uma mulher, por exemplo, não é um cisne, da mesma maneira poderíamos dizer que um homem não é um burro. Nestes termos, seria fácil deduzir uma vinculação entre a discursividade delirante e a habilidade para a metáfora e a linguagem figurada. Não obstante, esta ideia é mais que discutível. Fundamentalmente por duas razões.

A primeira é que enquanto a metáfora, como toda figura retórica, necessita da vontade de um autor, e isto não é assim no caso de nossos informantes que, mais que criar metáforas, parece que as metáforas se criam a custo de sua própria vontade, Prova disso é que costumam assumir e defender o sentido literal de suas associações de similitude, que atuam à margem de uma vontade criativa.

A segunda é que a metáfora necessita também de um apoio no plano sintagmático da linguagem, um apoio com o que nossos informantes muitas vezes não podem contar. Com isto não queremos dizer que os afetados sejam incapazes a todo momento de criar metáforas ou outros tropos como a metonímia ou a sinédoque, senão que muito do que parece figurativo em seu discurso no fundo não é. O mesmo informante, Javier, que nos explicava anteriormente as vantagens de uma boa raquete de ping-pong, nos oferece uma ilustração do que aqui estamos dizendo.

Em uma entrevista informal que tive com Javier, uma tarde de primavera de 1990, surpreendeu-me com uma pergunta: “que significa ‘as mulheres dão dor de cabeça?’” Tratava-se de uma expressão que seu pai utilizava com frequência e que ele se via incapaz de compreender, obstinado em estabelecer uma leitura totalmente literal. Quando lhe expliquei que faltava algo na frase em questão, mas que se subentendia – à margem da falsidade desta afirmação – como por exemplo: “as mulheres criam problemas e, portanto, dão dor de cabeça”, simplesmente continuou sem entender as chaves deste sentido tácito. Para ele existia um salto enorme entre “mulher” e “dor de cabeça” que não se devia, devemos sublinhar, à existência de uma atitude feminista, senão que sua incompreensão era anterior a qualquer possível interpretação e juízo. Algo faltava, assim, no

reconhecimento sintagmático e paradigmático das mensagens implícitas que impedia transcender uma leitura meramente literal. E não termina aqui.

Em outra entrevista realizada pouco tempo depois, Javier me surpreendeu com a seguinte afirmação:

“A natureza sente. Viste alguma vez como chora uma cerejeira? Nota-se quando está triste. Olha essa planta – assinala-me um arbusto –, esta planta está alegre – toma suas folhas – porque está tomando ar. Está triste quando lhe corta um pedaço como este – indica-me um sinal que delata a presença anterior de um ramo. Vês esse buraco. É um grito. Vocês veem as plantas como se não sentissem, e as plantas sentem. Não te ensinaram a ler as plantas? As plantas sentem como nós!”

O curioso do assunto é que o mesmo informante que não entendia o sentido de uma expressão como “as mulheres dão dor de cabeça” podia perguntar coisas como “já viste como chora a cerejeira?” Ou definir um sinal no arbusto como um grito. Se Javier estava criando aqui tropos como a metáfora, como era possível que não entendesse a lógica implícita da expressão de seu pai? Certamente algo era contraditório e a resolução desta contradição passava, a meu juízo, por dois possibilidades: ou bem Javier era incapaz em alguns momentos de transcender o sentido literal na interpretação e em outras ocasiões o traspassava na criação da sua própria discursividade, ou bem as figuras retóricas que elaborava eram no fundo falsos tropos. Ainda que seja difícil destacar a primeira possibilidade na sua totalidade, há alguns elementos já citados que favorecem a segunda hipótese. Refiro-me que Javier defendia o sentido literal do que dizia, pois para ele afirmar que as cerejeiras choram ou que gritam não era muito diferente a asseverar que estão em flor porque é primavera, que foram mutilados pela mão do homem ou que lhes falta rega. A expressão “As plantas sentem como nós” deve ser entendida da forma mais literal. Suas metáforas, mais que construídas por ele, parecem responder a uma espontaneidade na associação de ideias por relação de semelhança e diferença que escarpa a sua própria consciência. Dito em outras palavras, as metáforas parecem falar através dele mais do que ele construí-las; e isto dota ao discurso de Javier uma estruturação para a que não encontro melhor

definição que suas próprias palavras: “Não é a razão, não é uma lógica, é cíclico. É um ciclo que não tem lugar. Não é o tangível.”

SENTIDOS

Do exposto no subcapítulo anterior não se deve deduzir que o discurso de pessoas como Javier, Ernesto ou Domingo careça de todo sentido. O fato de que possa existir uma disfunção estrutural caracterizada pela maior funcionalidade do plano paradigmático e, por sua vez, pelo menor tom de nível sintagmático da linguagem, não supõe uma total incapacidade para criar significados compartilhados, ou para atuar na arena social. Apesar de que as metáforas de Javier não sejam no fundo metáforas, porque não são voluntárias nem conscientes, quando nos diz que a planta está alegre porque está tomando ar está emitindo mensagens com sentido, da mesma maneira que quando diz que a marca que indica a mutilação de um ramo é um grito. Tampouco há total sem-sentido nas palavras de Domingo quando afirma que está na segunda vida, ou quando explica como se montam canetas hidrográficas. O mesmo podemos dizer de Ramón e sua curiosa narração na qual suas lágrimas, as lágrimas do personagem de ficção e a chuva adquirem especial mimetismo. Certo é que os momentos em que o delírio invade totalmente a vida dos afetados se produz um efeito de isolamento e de alienação do mundo, que rompe com toda estruturação das convenções sociais e representações coletivas. No entanto, o delírio não se apresenta sempre de forma contínua e regular, senão como um fenômeno inconstante que pode desaparecer, e assim o faz em ocasiões, da experiência dos afetados. É quando é assim, emerge com maior força a consciência das relações e conflitos sociais e também do desenvolvimento de significados compartilhados. Vejamo-lo com uma ilustração etnográfica.

Durante meu trabalho de campo, chamou-me atenção uma queixa emitida por meus informantes que surgia de uma forma o suficientemente recorrente para chamar a atenção de qualquer etnógrafo: “tenho nervos”. Está queixa, ou sintoma subjetivo se utilizamos termos médicos, adquiriria formas extraordinariamente diversas como: “Tenho nervos!”, “Me atacam os

nervos!”, “Tenho medo dos meus nervos!”, “Estou mal dos nervos!”, “Estes nervos me fazem sofrer!”, “Me falham os nervos!”, ou quando se evocava o passado, “Tive uma crise de nervos”, ou “Fazia bobagens, aquilo foi uma pequena crise dos nervos”. Uma possibilidade era que essa reiteração se devesse simplesmente ao acaso. Não obstante, a persistência dos “nervos” fazia pensar em um caráter coletivo derivado do contexto social no qual os informantes se viam imersos e onde estavam em jogo elementos como as relações terapêuticas, as experiências estigmatizantes, os conflitos familiares, os tratamentos farmacológicos e eletroconvulsivos, bem como os jogos de autolegitimação e deslegitimação entre afetados e terapeutas.

A existência deste contexto ou mundo local explicava também por que “tenho uns nervos” ou “me sobem uns nervos” eram expressões que eram construídas por diferentes informantes, apesar de suas diferentes filiações étnicas (catalães, castelhanos, andaluzes, galegos e inclusive kónkanis). De fato, “nervos” era uma categoria facilmente assimilável pelos informantes. Em algumas ocasiões, e em momentos ulteriores ao trabalho de campo, inclusive a introduzi com o propósito de evidenciar até que ponto estava sujeita a benefícios entre eles, para confirmar seguidamente o esperado. “Nervos” era uma espécie de ponto de encontro comunicativo, mas não por razões causais, senão porque formava parte do universo simbólico da rede de parentesco e amizades do afetado que argumentavam: “J está mal dos nervos” ou “P ficou nervoso outro dia”. Nestes casos constituía uma forma velada de assinalar um sofrimento e um comportamento disruptor que posteriormente os familiares associavam à “loucura” ou, quando faziam uso dos termos psiquiátricos, à “esquizofrenia”. Nesta linha, “ter nervos” parecia apresentar uma utilidade comunicativa, não unicamente com o afetado, senão também com o universo de interação dos familiares, vizinhos, companheiros de trabalho etc. Uma maneira de dizer que o mal-estar do afetado era “algo normal”, da mesma maneira que também o era o que havia acontecido em determinada família; com o qual, enquanto normalizavam socialmente “a enfermidade” do afetado, permitia-se também uma desestigmatização da família.

Não por causalidade a questão da “medicação” era uma das principais razões de conflito entre familiares e afetados. Por um lado, o dos familiares, constituía um dos poucos recursos possíveis para evitar esse tipo de comportamentos que Goffman denominava transgressores (1969:362), como armazenar lixo no quarto ou gritar durante à noite pelas ruas próximas ao domicílio. Por outro, em contrapartida, a negação do tratamento era um dos principais focos de resistência dos afetados. Aqui confluíam a possibilidade de uma autonomia pessoal e a negação de uma patologia mediante afirmações como “Estou são” ou “Sinto-me são, há catorze anos estive mal dos nervos”.

De fato, parecia que estávamos diante de um conflito de interesses. Desde o lado do sistema de parentesco, grupos de sua geração ou companheiros de trabalho, emergia uma posição desde a qual os comportamentos dos informantes constituíam um “perigo” para os demais e para a própria “integridade”, no sentido que seriam “enfermos inconscientes” de seus próprios atos. Ideia que aparecia na narrativa dos familiares, mas também em outros “textos”, como nesta carta que uns antigos companheiros de Maria enviam ao juiz para tramitar sua internação “não voluntária” em um “centro psiquiátrico”:

“Os que abaixo assinamos trabalhamos no Banco X [...] e fomos companheiros de Maria, para a qual pedimos que se dite uma ordem judicial para sua internação em um Centro Psiquiátrico para que receba um tratamento adequado psíquico e físico, sobre o qual anexamos dois fotocópias do diagnóstico e resolução de invalidez por enfermidade mental.”

Em seguida indica-se que Maria foi diagnosticada com “esquizofrenia paranoide”, que foi internada em diferentes “centros psiquiátricos” e que está passando por uma “crise” em função que “não segue nenhuma medicação nem acompanhamento e vive na rua”. Mas o interessante aqui são as razões “objetivas” que parecem justificar sua internação

“Seu comportamento segue todo o leque destes doentes, com o olhar perdido, canta, grita ou chora no pátio de operações da entidade, sem lhe importar – ou acaso notar – os olhares dos clientes ou companheiros. Considera a empresa

como sua casa, como um ponto de referência em sua vida e isso a leva a utilizar esse mesmo pátio de operações para se pentear, mudar de roupa, espalhar objetos pessoais (que carrega em cestos ou sacolas) pelo solo etc. É habitual que se encerre desnuda nos lavabos, golpeando paredes e objetos a seu alcance, gritando e chorando por longos momentos, utilizando estes mesmos lavabos para lavar sua roupa, cujo odor e sujeira são insuportáveis, lavando com essa mesma roupa o seu corpo.

Cada vez é mais difícil que remita sua atitude porque se acha completamente fora de si mesma e não pode raciocinar nem compreender, sua mente está dividida e os tempos de lucidez cada vez são menores. [...] Senhor Juiz, esta pessoa está exposta a qualquer perigo, sua saúde vai se deteriorando dia a dia. Somos testemunhas de sua destruição paulatina, impotentes porque ela não pode decidir por si mesma, nem tampouco ninguém se ocupa de seu destino. [...] Não queremos esperar ao que quiçá se torne irremediável, devemos ajudá-la antes que seja tarde [...]”

Nesta carta se expressa uma posição social generalizada com respeito aos comportamentos de nossos informantes: trata-se de uma enfermidade mental que anula a consciência e autonomia do afetado (“ela não pode decidir por si mesma”), que permite o desenvolvimento de condutas socialmente inapropriadas (utilizar a entidade bancária como moradia) e diante disso é preciso atuar com os mecanismos sociais e institucionais pertinentes. É obvio que estamos diante de formas de procedimento de uma sociedade complexa, na qual diferentes personagens e instituições cumprem seus papéis: o juiz destinatário, os companheiros de trabalho, a afetada que padece uma “esquizofrenia”, os centros psiquiátricos como um cenário conveniente para Maria e os perplexos clientes da entidade bancária que ressaltam quase distraidamente, mas que também estão no texto. Não obstante, o que interessa aqui é que há uma interpretação mais ou menos compartilhado com respeito a Maria e a sua incapacidade como sujeito social consciente. E ainda que na carta os que falam são indivíduos profanos e nem sequer todos eles, senão somente o conjunto de trabalhadores de uma entidade bancária, não é demasiado audaz inferir que sua demanda constitui uma representação do que se considera apropriado é inapropriado, normal e anormal, são e patológico em um contexto mais amplo.

Por outro lado, também é certo que há um sistema médico-psiquiátrico que não somente dá aval às considerações dos profanos, senão que serve a estes últimos para justificar sua demanda diante do juiz: foi diagnosticada de esquizofrenia, esteve internada em diversos centros psiquiátricos, quando toma a medicação remitem suas crises, necessita ajuda (supõe-se que psiquiátrica) e um longo *etcetera* que permite inferir, somente neste pequeno universo da carta, uma coincidência de julgamentos entre profanos e profissionais da psiquiatria. Além disso, é preciso dizer que este tipo de cartas raras vezes se relata sem a ajuda de um profissional da psiquiatria que conhece os mecanismos legais necessários para demandar uma internação involuntária. De onde viria, senão destes, essa ideia que o comportamento de Maria “é próprio destes doentes”?

Assim, há nessa carta uma representação do universo de significados compartilhados entre profissionais e leigos com respeito ao que ocorre com Maria é uma doença ou patologia, e também qual é a maneira de dar solução a este problema.

Contudo, no outro lado do espectro o assunto costuma ser muito diferente. Maria, por exemplo, não considera que deva ser confinada em um centro psiquiátrico (caso contrário tampouco se estaria solicitando uma internação involuntária). Tampouco pensa que seu comportamento seja um problema para seus antigos companheiros de trabalho ou para ela mesma. Nem sequer pensa que necessita ajuda dos psiquiatras para solucionar seus problemas ou, pelo menos, não com a mesma intensidade que se desprende da relação epistolar dos ex-companheiros com o juiz. E ainda que Maria somente se queixe esporadicamente de estar “mal dos nervos”, nas ocasiões em que pude conversar com ela seus posicionamentos não foram muito diferentes aos de outro informante, Miguel, que me indicava a respeito de sua internação em um centro psiquiátrico:

“Eu estava bem. Bom, estava mal dos nervos e andava sujo pelas ruas. Não me havia mudado de roupa porque tinha um exame muito difícil. A polícia me trouxe aqui para que eu me lavasse. Não entendo, porque é normal, não?”

Posteriormente, Miguel narrava com mais clareza que era “normal” estar “nervoso” antes de um exame importante, da mesma maneira que o era ir sem se barbear ou sem se lavar. Desta forma, negava a possibilidade que existisse um transtorno que tivesse motivado sua internação no hospital. Além disso, na medida que seu problema era assunto dos “nervos”, que era

emocional e fruto de uma vida social normal (preparar-se para um exame), deslegitimava as atitudes de familiares e terapeutas e, entre elas, a insistência na necessidade de uma terapia farmacológica ou psicológica e de uma internação. Inclusive quando não tinha mais remédio que admitir que estava em um centro psiquiátrico e que tomava determinados fármacos, podia argumentar, com propósitos de defesa, de sua posição social:

“A todos dão medicação, a mim me dão algo leve para que fique mais tranquilo aqui dentro, porque não aguento mais estar aqui dentro”.

Se Estroff constatou entre os “esquizofrênicos” norte-americanos uma discursividade normalizadora que enfatizava a ideia de que “todo mundo tem sua própria loucura” (Estroff et al., 1991:331), neste caso a normalização se produzia não pela atribuição de uma categoria estigmatizadora num contexto geral, mas pelo uso de categorias mais polissêmicas e “neutras” como “nervos” que respondiam a circunstâncias claramente exógenas: neste caso estar se preparando para um exame.

Por outro lado, se entendemos que entre as noções dos profanos e profissionais podiam ser estabelecidos acordos com respeito à classificação de um tipo determinado de condutas, podemos entender também que, apesar da diversidade étnica de nossos informantes, se pudesse estabelecer estratégias mais o menos comuns, como se queixar dos “nervos” e não tanto de uma patologia, loucura, esquizofrenia ou qualquer categoria que supusesse uma perda de autonomia dos afetados como atores sociais. Até que ponto isso pode ser percebido como resultado de uma subcultura particular, é uma questão certamente controvertida. Ainda mais se levamos em conta que a esquizofrenia tem sido entendida como uma espécie de desculturação da cultura de referência, como uma alteração distinta à xamânica, pois em lugar de utilizar pautas culturais para organizar a experiência é essa última a que parece fazer romper a tradição cultural

(Devereux, 1973:55,93). Mas, precisamente, é esta ruptura que provoca uma resposta comum por parte dos afetados. Uma resposta que não se esgota em si mesma, senão que é digno pensar que pode reproduzir a réplica de uns afetados que não parecem compartilhar o mesmo ponto de vista. E, como pude apreciar, há uma réplica dos afetados diante situações de deslegitimação, uma resposta que não é comum a todos eles, que nem sequer se expressa da mesma maneira, mas onde se queixar dos “nervos” constitui uma estratégia possível dentro deste contexto de conflitos e jogos de legitimação e deslegitimação.

De fato, “nervos” se apresentava como uma expressão que condensava tanto um significado literal de inquietude ou agitação como um significado implícito de resistência diante a ameaça de uma deslegitimação social; e esta estrutura de duplo sentido presente nesta queixa, parece adaptar-se muito bem a algumas definições de símbolo, como a que nos indica Ricoeur em *Le conflit des interprétations*:

“Eu chamo símbolo a toda estrutura de significação aonde um sentido direto, primeiro, literal, designa, incrementando-o, outro sentido indireto, secundário, figurado, que não pode ser apreendido mais que através do primeiro. *Está circunscrição das expressões de duplo sentido constitui propriamente o corpo hermenêutico*” (1969:16) [A tradução é nossa. Destaque em itálico no original].

Onde se reconhece uma significação literal, como aquela que podemos considerar numa primeira aproximação aos “nervos” (agitação, inquietude), mas onde também emerge um sentido indireto, secundário e figurado quando se efetua uma interpretação mais profunda (resistência à deslegitimação social).

No entanto, afirmar que “os nervos” podem ter um significado de resistência mais além do sentido literal não significa negar a existência de outros possíveis sentidos. De fato, no discurso dos afetados era possível observar diversas atribuições de sentido de acordo com seu contexto

biográfico. Assim, Guadalupe, uma mulher de 45 anos em trâmite de separação matrimonial, queixava-se de que seu ex-marido era o causador de seus “nervos” e articulava em seu discurso a ideia que o “juiz” de alguma maneira devia remediar esse dano. Aqui “nervos” e “danos produzidos pelo marido” emergiam como dois sentidos interconectados. Babu, do qual já falamos no capítulo anterior, associava seus “nervos” com experiências de tortura sofridas durante a infância. Recordemos algumas partes de sua narrativa:

“Muitas noites [seu pai] chegava bêbado. Sempre que ficava bêbado brigava com as pessoas. Nos despertava. Minha mãe dormia comigo numa cama e em outra dormiam minhas irmãs. Nos despertava e nos batia. Depois pegava a escopeta e me apontava na cabeça e disparava. Não tinha balas, mas eu não podia ter sempre certeza. Isso noite após noite. Todos chorávamos. No dia seguinte ele fazia como se não tivesse acontecido nada. Todos tínhamos medo de falar com ele, ficávamos doentes dos nervos.”

Destes últimos exemplos pode-se deduzir que este tipo de expressões constituem expressões *passé-partout*, que cada informante pode recheiar com seus próprios significados autobiográficos e experienciais. Não obstante, sob esta grande diversidade pôde-se observar também um significado tácito e compartilhado de resistência diante do estigma associado às categorias como “loucura” ou “esquizofrenia”, ou frente a uma autoridade que materializam psiquiatras, psicólogos e familiares, principalmente. Por exemplo, Guadalupe associava “nervos” com “danos” produzidos pelo marido, mas também indicava que sua mãe quando se irritava lhe dizia: “estás louca, vais dicar louca pra sempre”, ao que ela argumentava que estava “mal dos nervos” por causa do marido. Também Babu utilizava o termo “nervos” não somente como símbolo reflexivo de suas vivências de tortura, senão também para resistir a um etiquetamento que afetasse a sua capacidade de decisão pessoal. O mesmo indicava que:

“Nos hospitais psiquiátricos da Índia batem nos enfermos, A sociedade indiana não aceita a enfermidade mental. Se um membro [da família] tem uma enfermidade mental lhe tratam muito mal, se põem contra ele. Isto acontece quando é *pagal*

(loucura), mas não quando é depressão ou um problema dos nervos. O *pagal* não tem remédio e é par os pobres, os *shudras*, os *parias*.”

Exemplos que nos mostram como uma expressão deste tipo (“os nervos”) podem condensar diferentes tipos de significados, como sentidos literais e biográficos, mas também significados compartilhados que remetem neste contexto a atitudes de resistência diante da possibilidade de uma deslegitimação social. E esta variedade de sentidos não é contraditória nem com o material etnográfico sobre “os nervos”, nem com a definição de símbolo para Ricoeur que adotamos aqui, já que onde o filósofo francês diz segundo sentido, fala também da possibilidade de um terceiro, um quarto e assim em um *crescente* até um universo possível de significação simbólica. De fato, “os nervos” mostram nebulosas de significados nos quais aparece uma multidão de interpretantes que levam a constituir uma narração de potencial ilimitado, mas na qual emerge uma oposição entre “esquizofrenia” e “nervos” nada desprezível, que se pode entender como uma atitude de resistência à deslegitimação. E isso apesar de que na discursividade destes informantes a estrutura invisível possa se fazer visível com inflexões inesperadas e nos lembre a arbitrariedade da linguagem, de toda linguagem.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuntament de Barcelona. Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona (1996). Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1997.
- American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico e estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Massón; 1995.
- Andreasen NC. Positive vs. negative schizophrenia: a critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin*. 1985; 11(3):380-9.
- Andreasen NC, Carpenter WT. Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1993; 19(2):199-214.
- Área de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. La salut a Barcelona. Barcelona; 1993.
- Augé M. Los “no lugares”, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad. Barcelona: Gedisa; 1993.
- Basaglia F. Rehabilitación y control social. Em: García R, Org. *Psiquiatría, antipsiquiatría e orden manicomial*. Barcelona: Barral; 1975. p.175-95.
- Bastide R. *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI; 1988.
- Bateson G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé; 1976.
- Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand*. 1994; 382(Supl.):46:53.
- Berger PL, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 1984.
- Binswanger L. Le cas Suzanne Urban. *Études sur la schizophrénie*. Brionne: Gérard Monfort; 1988.
- Bloom JR, Monterossa S. Hypertension labeling and sense of well-being. *American Journal of Public Health*. 1981; 71(11):1228-32.
- Buchsbaum MS, Haier RJ. Functional and anatomical brain imaging: impact of schizophrenia research. *Schizophrenia Bull*. 1987; 13(1):115-32.
- Butler DL, Stieglitz TL. Contagion in schizophrenia: a critique of Crow and Done (1986). *Schizophrenia Bull*. 1993; 19(3):449-54.
- Cameron N. Experimental analysis of schizophrenia thinking. In: Kasanin J, org. *Language and thought in schizophrenia*. Berkeley: U.C.P.; 1944.

- Canals J. La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua. In: Conterás J, org. Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa hasta nuestros días. Zaragoza: IAA-FAAEE; 1996. p.43-55
- Castle D et al. Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia? *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*. 1993; 28:1-4.
- Cohen A. Prognosis for schizophrenia in the world: a reevaluation of cross-cultural research. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1992; 16(1):53-75.
- Comelles JM. La razón y la sinrazón. Barcelona: PPU; 1988.
- Corin EE. Faces and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1990; 14(2):153-88.
- Crow TJ, Done DJ. Age of onset of schizophrenia in siblings: a test of the contagion hypothesis. *Psychiatric Research*. 1986; 18:107-17.
- Dauncey K et al. Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 163:613-9.
- Deakin JFW. The neurochemistry of schizophrenia. Em: Bebbington P, McGuffin P, orgs. Schizophrenia (the major issues). Londres: University of Oxford Press; 1988. p.56-72.
- Devereux g. Ensayos de etnopsiquiatría general. Barcelona: Seix Barral; 1973.
- Dunham HW. Community of schizophrenia. Detroit: Wayne State University Press; 1965.
- Eco U. Semiótica e filosofía del lenguaje. Barcelona: Lumen; 1990.
- Erickson DH et al. The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and afectivo psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 1989; 146(11):1456-61.
- Estroff S et al. Everybody's got a little mental illness: accounts of illness and self among people with severe persistent mental illness. *Medição Anthropology Quarterly*. 1991; 5(4):331-69.
- Faris REL. Demography of urban psychotics with special reference to schizophrenia. *American Sociological Review*. 1938; 3(2):203-9.
- Faris REL, Dunham W. Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia nas other psychosis. Chicago: University of Chicago Press; 1969.

- Folnegovic Z et al. Characteristics of male and female schizophrenics first admission. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 156P:365-8.
- Foucault M. La folie n'existe que dans une société. Em: *Le Monde*, 22 jul 1961.
- Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: F. C. E.; 1985.
- Foucault M. *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI; 1988.
- Freeman H. Schizophrenia and city residence. *British Journal of Psychiatry*. 1994; 164(supl.23):39-50.
- Freeman H, Alpert M. Prevalence of schizophrenia in an urban population. *British Journal of Psychiatry*. 1986; 149:603-11.
- Freud S. La novela familiar del neurótico. In: *Obras Completas, Tomo II, 4ª ed*. Madri: Bibliotgeca Nueva; 1981. p.1361-3.
- Galle OR et al. Population density and pathology: what are the relations for man? *Science*. 1972; 176:23-30.
- Geertz C. *Local knowlodge. Further essays in interpretive athropology*. Nova York: Basic Books; 1983.
- Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa; 1987.
- Geertz C. *Conocimiento local. Ensayos sobre la internpretación de las culturas*. Barcelona: Paudós; 1994.
- Goffman E. The insanity of place. *Psychiatry*. 1969; 32(4):357-88.
- Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 1988.
- Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*. 1963; 108:785-902.
- Goldstein JM, Kreisman D. Gender, family environment and schizophrenia. *Psychol. Med*. 1988; 18(4):861-72.
- Good B. The heart of what's the matter. The semantics of illnes in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1977; 1(1):25-58.
- Good B. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Lewis Henry Morgan Lectures*. Cambridge: C. U. P.; 1994.
- Hollingshead AB, Redlich AB. *Social class and mental illness: a community study*. Nova York: John Wiley; 1958.
- Jablensky A et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country. *Psychological Medicine*. 20 Jan 1992; Supl. Monogr.:1-97.

- Jakobson R. Lingüística, poética y tiempo. Barcelona: Crítica; 1981.
- Karno M et al. Expressed emotion and schizophrenia outcome among mexican-american families. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1987; 175:143-51.
- Katz M et al. On the expression of psychosis in different cultures. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1988; 12:331-55.
- Klahn JU, Haastrup J. Psykiatrisk indlaeggelseshyppighed fra nyere drabantbebyggelser (betonbyggerier) i Kbenhavns vestegn. *Ugeskr Laeger*. 1990; 152(3):148-50.
- Klerman GL. The National Institute of Mental Health - Epidemiological Catchment Area (NIMH-ECA) Program. *Social Psychiatry*. 1986; 21:159-66.
- Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. Nova York: The Free Press; 1988.
- Kleinman A. The illness narratives. Suffering healing and the human condition. Nova York: Basic Books; 1988a.
- Kraepelin E. Introducción a la clínica psiquiátrica. Treinta y dos lecciones. Madri: Saturnino Calleja Fernández Casa Editorial; 1905.
- Kraepelin E. The manifestations of insanity. *History of Psychiatry*. 1992; 12(4):509-29.
- Lacan J. Las psicosis. *El Seminario de Jacques Lacan*, vol. 3. Buenos Aires: Paidós; 1981.
- Lacan J. De la lectura de Freud. Em: Gerogin R, org. Lacan. Buenos Aires: Nueva Visión; 1984. p.9-19.
- Lacan J. Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954. *El Seminario de Jacques Lacan*, vol. 1. Buenos Aires: Paidós; 1988.
- Lacan J. El yo y la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, 1955. *El Seminario de Jacques Lacan*, vol. 2. Buenos Aires: Paidós; 1988a.
- Laing RD, Schatzman M. Esquizofrenia y presión social. Barcelona: Tusquets Editores; 1983.
- Leach E. Comunicación y cultura. La lógica de la conexión de los símbolos. Madri: Siglo XXI; 1989.
- Leff J. Psychiatry around the globe. A transcultural view. Plymouth: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists; 1988.
- Leff J et al. "Relatives" expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: a two-year follow-up of a first-contact sample. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 156:351-6.

- Lévi-Strauss C. El pensamiento salvaje. México: F. C. E.; 1984.
- Lévi-Strauss C. El totemismo en la actualidad. México: F. C. E.; 1986.
- Levy L, Rowitz L. The ecology of mental disorder. Nova York: Behavioral Publications; 1973.
- Lewis G et al. Schizophrenia and city life. Lancet. 1992; 340: 137-40.
- Lewontin RC, Rose S, Karin LJ. No está en los genes. Crítica del racismo biológico. Barcelona: Grijalbo Mandadori; 1996.
- Link BG et al. Socio-economic status en schizofrenia: noisome occupational characteristics as a risk factor. American Sociological Review. 1986; 51(2):242:58.
- Martí-Tusquets JL, Murcia MJ. Enfermedad mental y entorno urbano. Barcelona: Anthropos; 1988.
- Martínez-Hernández A. Whats behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding. Amsterdam: Grodon and Breach; 1998.
- Maylath E et al. Spatial concentration of incidence of treated psichriatic disorders in Manheim. Acta Psychiatr. Scand. 1989; 80(6):650-6.
- Menéndez LE. Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. Alteridades.1991; 1:21-32.
- Mowrer ER. A study of personal desorganization. American Sociological Review. 1939; 4(11):475-87.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. Esquizofrenia: un estudio multinacional. Cuadernos de Salud Pública 63. Ginebra: OMS; 1976.
- Ricouer P. Le conflit des interpretations: esais d'herméneutique. Paris: Editions eu Seuil; 1969.
- Riecher A et al. Schizophrenia - A disease of young single males? Preliminary results from an investigation on a representative cohort. Euro. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. 1989; 239(3):201-2.
- Rosen C. Locura y sociedad. Madri: Alianza; 1974.
- Sartorius N. WHO's work on the epidemiology of mental disorders. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1993; 28:147-55.
- Sartorius N et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. Psychol. Medicine. 1986; 16:909-28.
- Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly. 1:6-51.

- Schulze H et al. Expressed-emotion development and course of schizophrenic illness: considerations based on results of a CFI replication. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1997; 247(1):31-4.
- Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors.* Londres: Penguin Books; 1991.
- Stein HF. In what systems do alcohol/chemical addictions make sense? Clinical ideologies and practices as cultural metaphors. *Social Science and Medicine.* 1990; 30(9):987-1000.
- Susser ES et al. Psychiatric problems in homeless men. Lifetime psychosis, substance use and current distress in new arrivals at New York City Shelters. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1989; 46(9):845-50.
- Susser ES, Struening EL. Diagnosis and screening of psychotic disorders in a study of the homeless. *Schizophrenia Bulletin.* 1990; 16(1):133-45.
- Talbott H, Lessons learned about the chronic mentally ill since 1955. Em Ancillary R, org. *Schizophrenia: exploring the spectrum of psychosis.* Nova York: John Wiley & Sons Ltd; 1994.
- Taussig M. *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente.* Barcelona: Gedisa; 1995.
- Tellenbach H. *La mélancholie.* Paris: P. U. F.; 1979.
- Tönnies F. *Comunitat i associacionisme.* Barcelona: Edicions 62; 1982.
- Vallejo J. Clasificación de los trastornos afectivos. Em: Vallejo J, Gastó C, orgs. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Salvat; 1991. p.155-80.
- Warner R. Recovery from schizophrenia in third world. *Psychiatry.* 1983; 46:197-212.
- Warner R. *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy.* Londres: Routledge and Kegan Paul; 1985.
- Waxler N. Culture and mental illness. A social labeling perspective. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1974; 159(6):379-95.
- Waxler N. Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry.* 1977; 1:233-53.
- Wideröv B et al. Epidemiology of long-term functional psychosis in different areas in Stockholm County. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 80:40-6.
- World Health Organization. *The itinerational pilot study of schizophrenia.* Vol. 1. Genebra: WHO; 1973.

World Health Organization. Schizophrenia: an international follow-up study. Chichester: Wiley; 1979.

Wright-Mills C. The professional ideology of social pathologists. American journal of Sociology. 1949; 7:142-68.

Young A. The anthropology of illness and sickness. Ann. Rev. Anthropol. 1982; 11:257-85.



ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ

É Professor Titular (Catedrático Distinguido) e diretor do Medical Anthropology Research Center da Universitat Rovira i Virgili (Catalunha-Espanha). Obteve o seu doutorado em antropologia na Universidade de Barcelona com uma tese que foi publicada por Routledge, com prólogo de Arthur Kleinman (Harvard University): *What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. New York & London: Routledge, 2000. Professor e pesquisador visitante em diferentes universidades de Europa, Brasil, México e Estados Unidos, entre elas a University of California San Diego, na qual continua vinculado como membro internacional do Center for Global Mental Health. Experto e assessor de diferentes entidades públicas e internacionais, entre elas a OMS-Europa. Os seus interesses centram-se na saúde mental coletiva, as culturas biomédicas, a teoria antropológica, as políticas da saúde na Europa e América Latina e as culturas amazónicas. Nas suas publicações, mais de 160 entre artigos em revistas científicas, livros e capítulos de livro. Destacam os livros *Antropología médica* (2008, 2011, 2014) e *Síntomas y pequeños mundos* (2018), ambos em Anthropos.



editora
redeunida

SÉRIE SAÚDE COLETIVA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A **Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional** tem como objetivo publicar coletâneas e livros autorais que fortaleçam o diálogo entre diferentes pesquisadores e instituições no campo da Saúde Coletiva, entendida como área de conhecimentos e práticas que tem caráter interdisciplinar (Saúde Pública, Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e outras conexões interdisciplinares). São publicados estudos comparados, ensaios e pesquisas.

A Série tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Alexandre Ramos de Souza Florêncio (Nicarágua), Ardigò Martino (Itália), Emerson Elias Merhy (Brasil), Miguel Orozco (Nicarágua) e Túlio Batista Franco (Brasil).



editora



redeunida

ISBN 978-658718005-2



9 786587 180052

