



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

LUCAS RIBEIRO ROCHA

**PSIQUIATRIA E FICÇÃO:
ENSAIOS CRÍTICOS**

São Cristóvão (Sergipe)
2026

LUCAS RIBEIRO ROCHA

**PSIQUIATRIA E FICÇÃO:
ENSAIOS CRÍTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos de Subjetivação e Política.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Raquel Santos de Oliveira.

São Cristóvão (Sergipe)
2026

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

R672p Rocha, Lucas Ribeiro
 Psiquiatria e ficção: ensaios críticos / Lucas Ribeiro
 Rocha ; orientadora Sandra Raquel Santos de Oliveira. – São
 Cristóvão, SE, 2026.
 144 f.

 Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade
 Federal de Sergipe, 2026.

 1. Psicologia. 2. Psiquiatria social. 3. Ensaios. 4. Ficção.
 5. Desinstitucionalização. 6. Reforma psiquiátrica - Brasil. 7.
 Psiquiatria preventiva. I. Oliveira, Sandra Raquel Santos de,
 orient. II. Título.

CDU 159.9: 616.89

LUCAS RIBEIRO ROCHA

**PSIQUIATRIA E FICÇÃO:
ENSAIOS CRÍTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA:

Profa. Dra. Sandra Raquel Santos de Oliveira (orientadora)

Profa. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos (avaliadora interna)

Prof. Dr. Leomir Cardoso Hilário (avaliador interno)

Profa. Dra. Liliana da Escóssia Melo (avaliadora externa)

São Cristóvão, 13 de fevereiro de 2026

Cada geração, numa relativa opacidade, deve descobrir a sua missão, cumpri-la ou traí-la.

(Frantz Fanon)

*não vá mostrar
todos os lados das coisas*

*preserve, você,
uma margem
de indefinição*
(Jean-Luc Godard)

*não quero diagnóstico
quero o fim do
capitalismo*

(porta-voz, palavras vermelhas, “capitalismo” em processo avançado de desmanchamento,
banheiro público da Biblioteca Central da Universidade Federal de Sergipe)

Resumo

Esta dissertação articula dois objetos, psiquiatria e ficção, interessada em produzir regiões de indefinição, de estranhamento do contemporâneo. É por entre essa geografia do tempo, com atenção aos cinzas da história, de costas para o futuro, contra as regras de contratos monumentais, que partimos em aventuras ensaísticas. Há, aqui, dois percursos principais de pensamento. Em um deles, na primeira seção do trabalho, estranhemos a sociedade radicalmente psiquiatrizada em que se encontra atualmente o Brasil; e investigamos a emergência da psiquiatria na França do século XIX, em meio às contradições iluministas da época — dificuldades político-administrativas para legitimar o sequestro e a tutela dos loucos —, a fim de propor outras estratégias de crítica radical à operação de medicalização (ficcionalização) psiquiátrica: em vez de desmascarar a ficção da psiquiatria em tons denunciativos e morais, compreender os seus meios de produção de sentido, para mapear, interromper e desmontar o seu monumento político-ficcional no presente. Lembra Robert Castel, afinal, que a psiquiatria nada mais é do que uma ciência política. Já em outro percurso de pensamento, na segunda seção do trabalho, nos utilizamos da ficção para chafurdar cientificamente as proveniências de nossa catástrofe atual — isto é, os retrocessos acachapantes da reforma psiquiátrica brasileira e a psiquiatrização brutal do nosso tecido social. Instauramos, assim, relações de vizinhança entre duas casas: de um lado, a Casa Verde, formulação ficcional de Machado de Assis, aparato tecnológico manicomial que marca a constituição da psiquiatria no Brasil, atrelada a um paradigma asilar europeu, sobretudo francês; do outro lado, a Casa Branca, sede imperialista e condensadora das mutações psiquiátricas no Ocidente após a Segunda Guerra Mundial, tendo como modelo paradigmático de exportação-colonização global a psiquiatria comunitária, preventiva. Em meio a essas fronteiras, inspirados em Franca Ongaro Basaglia e Franco Basaglia, Trieste (a cidade-sede da experiência inventiva da reforma psiquiátrica italiana) é colocada entre parênteses, com o objetivo de abrir uma nova indefinição a ser experimentada coletivamente pelos movimentos brasileiros que lutam contra os manicômios e a psiquiatria. Essa e outras tecnologias possíveis de visualização e de narração dos fenômenos nos levam, enfim, a deslocar o conceito de desinstitucionalização: não basta desinstitucionalizar o manicômio, a loucura ou outros artefatos que sustentam a psiquiatria e fazem ela operar na sociedade; é preciso, na verdade, desinstitucionalizar a psiquiatria, a instituição propriamente dita. E isso significa, ao que tudo indica, promover a sua abolição na sociedade, em articulação com o abolicionismo penal.

Palavras-chave: Psiquiatrização da sociedade; ensaísmo e ficção; desinstitucionalização; reforma psiquiátrica brasileira; psiquiatria preventiva.

Abstract

This dissertation articulates two objects, psychiatry and fiction, aiming to produce regions of indeterminacy and estrangement regarding the contemporary. It is through this geography of time — paying attention to the gray areas of history, with our backs turned to the future, and against the rules of monumental contracts — that we embark on essayistic adventures. There are two main paths of thought here. In the first section, we problematize the radically psychiatrized society currently found in Brazil; and we investigate the emergence of psychiatry in 19th-century France amidst the Enlightenment contradictions of the time — namely, the political and administrative difficulties in legitimizing the confinement and tutelage of the insane — in order to propose alternative strategies for a radical critique of the psychiatric medicalization (fictionalization) operation. Instead of unmasking the fiction of psychiatry in a denunciatory and moral tone, we aim to understand its means of producing meaning, so as to map, interrupt, and dismantle its political-fictional monument in the present. After all, Robert Castel reminds us that psychiatry is nothing more than a political science. In the second section, we use fiction to scientifically root around the provenances of our current catastrophe: the overwhelming setbacks of the Brazilian psychiatric reform and the brutal psychiatrization of our social fabric. Thus, we establish relations of proximity between two houses. On one side, the *Casa Verde* (Green House), a fictional formulation by Machado de Assis representing the asylum technological apparatus that marks the constitution of psychiatry in Brazil, linked to a European — mainly French — paradigm. On the other side, the White House, the imperialist headquarters and condenser of psychiatric mutations in the West after World War II, which uses community and preventive psychiatry as a paradigmatic model for global export and colonization. Amidst these borders, inspired by Franca Ongaro Basaglia and Franco Basaglia, Trieste (the host city of the inventive experience of the Italian psychiatric reform) is bracketed. The goal is to open up a new indeterminacy to be collectively experienced by the Brazilian movements fighting against asylums and psychiatry. These and other possible technologies for visualizing and narrating phenomena ultimately lead us to displace the concept of deinstitutionalization: it is not enough to deinstitutionalize the asylum, madness, or other artifacts that sustain psychiatry and make it operate in society; it is necessary, in fact, to deinstitutionalize psychiatry, the institution itself. This implies promoting its abolition in society, in articulation with penal abolitionism.

Keywords: Psychiatrization of society; essayism and fiction; deinstitutionalization; Brazilian psychiatric reform; preventive psychiatry.

SUMÁRIO

PRÓLOGO AGRADECIDO.....	8
1 UM MONUMENTO SOMBREIA NOSSAS FORMAS DE EXISTIR.....	18
1.1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DA VEROSSIMILHANÇA (NA PSIQUIATRIA)...	18
1.2 O ENSAIO E SUA TRALHA: UMA INTERRUPTÃO SEM CONTRATO.....	25
1.3 PSIQUIATRIA, UMA CIÊNCIA POLÍTICA; FICÇÃO, UM DESLOCAMENTO DAS CONTRADIÇÕES.....	35
2 ENTRE A CASA VERDE E A CASA BRANCA.....	59
2.1 O JANTAR SECRETO DE SIMÃO BACAMARTE COM JOHN F. KENNEDY.....	59
2.2 CRISES NA GUERRA, DIREITO À SAÚDE, REFORMAS NO CORPO.....	61
2.3 PREVENIR É REMEDIAR (UM GRAMA DE PREVENÇÃO VALE MAIS DO QUE UM QUILO DE CURA).....	69
2.4 À FRENTE, UM PASSADO SATURADO DE AGORAS.....	75
2.5 O BRASIL E A SERPENTE.....	79
2.6 TRIESTE ENTRE PARÊNTESSES.....	84
2.7 A TOLERANTE SOCIEDADE CONTRA OS POBRES.....	92
NOTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: REFORMAR OU ABOLIR A PSIQUIATRIA?.....	110
REFERÊNCIAS.....	119
ANEXOS.....	125
ANEXO A – “ARTIMANHA DAS TREVAS: DESMASCARANDO O INIMIGO”, DO PASTOR JORGE LINHARES.....	125
ANEXO B – “MENSAGEM ESPECIAL AO CONGRESSO SOBRE DOENÇAS MENTAIS E RETARDO MENTAL”, DE JOHN F. KENNEDY.....	127

PRÓLOGO AGRADECIDO

Com a chave na mão/ quer abrir a porta/ não existe porta; quer morrer no mar,/ mas o mar secou;/ quer ir para Minas,/ Minas não há mais./ José, e agora?// [...] José, para onde?

— Carlos Drummond de Andrade, “José”.

Abrem-se as cortinas. O cenário é confuso, um tanto esbugalhado. Eu não sei exatamente por onde começar — ou terminar: sabem vocês que introduções são produzidas ao final de um trabalho. Com hiatos aqui e ali, já são mais de dez anos de universidade pública. Em 2015, entrei no curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Em 2021, iniciei uma residência multiprofissional em saúde mental na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Em 2024, comecei este mestrado. Mas antes, entre as duas pós-graduações, movimentos agrídoces. Com a residência, saí de João Pessoa e fui parar no Rio de Janeiro, onde fiz um estágio externo de um mês no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS), da Fiocruz. Passagem só de ida a um polo-referência de saber, de memória, de beleza e de festa. O plano era emendar com algum mestrado na cidade ao lado, em Niterói. Porém, assim que cheguei, fui reprovado na entrevista do processo seletivo da Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Vivi intensamente o estágio, as cidades e seu entorno; corpo disponível ao encontro com personagens, paisagens, geografias que antes eram tão distantes, embora sempre tivessem sido também tão presentes como referências para a minha formação. A língua estranha que eu havia aprendido a falar em Sergipe aparentemente tinha encontrado um território de fertilidade no Rio, visto a facilidade de me deparar com tantos outros falantes da mesma língua a cada esquina. Foi fundamental, marcante, passar na frente da casa em que Nise da Silveira morou; ouvir as histórias apaixonantes e generosas de Paulo Amarante; sentir por dentro a quentura fria da Colônia Juliano Moreira, transformada em bairro; entrar em outros prédios que preservavam (e preservam), em nome da memória ou de retaguarda institucional para a internação psiquiátrica, os horrores do manicômio; lidar com uma cidade tão imersa em contradições, intensidades, violências e belezas.

Quis ficar. Mas, depois do estágio, em meio à busca por um emprego como trabalhador de saúde mental e por um mestrado que enchesse meus olhos, a precarização em curso cansou o encanto. Dinheiro acabando, tiros na minha rua, dor de dente. Sacrifícios banalizados que pareciam fazer parte da minha posição social na cidade. No entanto, a história de mais um psicólogo sergipano que teria ido ao Rio de Janeiro para ter contato com o que haveria de mais

efervescente no campo da análise institucional, da esquizoanálise e de outras transdisciplinaridades foi perdendo o sentido diante da realidade daquele tempo. A contragosto, comprei a passagem de volta para Aracaju. Concomitantemente, continuei me preparando para a seleção de uma brecha que eu havia encontrado: mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), sob orientação de Heliana Conde. Um dia antes de eu pegar o avião, 13 de setembro de 2023, o programa emitiu uma notícia de que, por questões de saúde, Heliana não ofertaria mais as vagas de mestrado. Meses depois, em Aracaju, soube que Heliana faleceu.

Melancólicos desencontros geracionais e geográficos. Demorei a compreender que o sonho que eu sonhava não existia mais, e que o tempo cuja nostalgia eu compartilhava sequer conheci no meu presente, a não ser rastros, ruínas, caudas desse passado. Falo isso do âmbito acadêmico, mas também do âmbito profissional: ainda em 2019, graduando, quando iniciei um estágio na Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) de Aracaju, vivenciei a transição entre sonho e pesadelo. Compartilhei, com meus colegas do estágio e com minhas supervisoras Michele de Vasconcelos e Sandra de Oliveira (minhas orientadoras dali e do porvir), um susto diante do horror manicomial com que nos deparamos nas Residências Terapêuticas de Aracaju. O município, que já foi referência nacional de inovação, de desinstitucionalização e de qualidade no âmbito assistencial da reforma psiquiátrica, vivia outro momento, ainda estranho para nós. A ideia inicial de produzir um acompanhamento terapêutico com alguns moradores das casas precisou se transformar em um intenso processo institucional de acompanhar a manicomialização sofisticada e higienizada em curso naqueles espaços, para pensar respiros desinstitucionalizantes. Nós, os estagiários, éramos os correspondentes de um outro tempo. Seja às profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), seja às professoras da universidade, levávamos notícias difíceis para as nossas gerações. A revolta, a luta e a singeleza mantinham os pés no chão e o pensamento radical à deriva. Naquela época, o conceito de reforma psiquiátrica já me incomodava e parecia desmoronar de sentido.

Em março de 2020, a pandemia interrompeu bruscamente os vínculos com os moradores da Residência Terapêutica, com os usuários e a equipe do CAPS, e impediu que a ritualização do fim do estágio acontecesse. Impediu também que ocorresse uma problematização (revoltada e não isenta de tons denunciativos) que estava prevista em uma reunião com a Secretaria de Saúde do município. A banca da minha monografia, por sua vez, precisou ocorrer via parecer, sem encontro e ritual. E, fora da universidade, eu havia iniciado um curso de formação de atores, promovido pelo Imbuaça, grupo de teatro de rua de Aracaju. O curso teve apenas duas aulas e parou. Nesse contexto pandêmico — interrupção mundial do futuro, quebras

geracionais, ares catastróficos a rondar os pulmões —, portanto, eu me formei psicólogo, um tanto já cansado da academia, interessado em projetos artísticos, como a feitura do meu primeiro livro de poesia, *Carne sísmica* (Rocha, 2021), e com o desejo de seguir em formação como trabalhador de saúde mental.

Em março de 2021, ainda em meio à pandemia, me vinculei ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB, e entrei em cena como residente somente após tomar a vacina contra a covid-19, fato que demandou esforços institucionais para acontecer. Na cidade de João Pessoa, me deparei com precariedades e violências institucionais muito mais desavergonhadas e brutais, diferentes de tudo o que eu já tinha ouvido falar como presente. Exemplo: meu primeiro cenário da residência foi um CAPS cuja história era constituída por fatos como a proibição de os residentes utilizarem o refeitório do serviço ou participarem das reuniões da equipe (entrei em “bom momento” institucional e pude comer, além de participar de algumas poucas reuniões). Outros exemplos: a) a precarização do trabalho era tamanha que a prefeitura não fazia processo seletivo nem se utilizava de subterfúgios de terceirização para contratar os profissionais, que recebiam, diretamente do município, salários irrisórios e uma corda bamba; b) visitei uma Residência Terapêutica em que os “moradores” trafegavam nus, sem acesso a cômodos da casa como a cozinha, corpos desumanizados, cuecas que sequer eram separadas individualmente para cada um; c) um CAPS ousado, subversivo, vitalizado, periférico teve seu teto caído, o chão cedido após um temporal, e foi interditado. As cenas, hum, elas foram inúmeras.

Se, no primeiro ano da residência, diante da barbárie, havia um tom de respiros e de efervescências em razão de uma nova gestão que havia assumido a Coordenação de Saúde Mental do município — o básico era muito, mas soava possível e sustentável —, no ano seguinte, após tensionamentos, a prefeitura demitiu toda a equipe comprometida com a luta antimanicomial na coordenação, e poucos restaram nos serviços. Foi nesse mesmo momento que o CAPS desabou, e o simbólico se concretizou. Não é exagero dizer que o cenário da rede técnico-assistencial com que precisamos lidar dali em diante se tornou o de terra arrasada, como se um incêndio maquinico, tosco e sofisticado, invisível e capilarizado, se espraiasse pela cidade. Dava para chamar aquele fenômeno brutal de contrarreforma psiquiátrica ou de manicomialização simplesmente? A confusão destrutiva me dava indícios de que talvez eu estivesse no epicentro de um pesadelo, laboratório hiperbólico de outros modos de mortificação da vida e da memória.

O processo de residência, isto é, de (trans)formação de um corpo em cenários universitários e sanitários precários, produziu efeitos ainda a serem compreendidos. No meu

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), *Na rede pelo lado de fora: histórias de residência, cidade e memória* (Rocha, 2023), iniciei o texto com a pergunta “onde reside um residente?”, para fazer um breve percurso histórico: a residência é nomeada como tal porque os primeiros residentes médicos moravam num hospital em tempo integral. Com isso, defendi que a intensidade de uma residência multiprofissional em saúde não se deve apenas à carga horária exorbitante de 60 horas semanais, mas sobretudo ao fato de ser a cidade, hoje, o cenário de prática de um residente. É ela, no limite, o caso a ser estudado, o objeto da sua intervenção clínico-política. Quanto a mim, a experiência estrangeira de residir em outra cidade, vinculado a um programa de residência que optou pela itinerância, não pelo enraizamento (no primeiro ano, estagiei em três CAPS; no segundo ano, os cenários foram uma Unidade de Saúde da Família, a Gerência Operacional de Atenção Psicossocial do estado da Paraíba e o estágio optativo no Rio de Janeiro), contribuiu para essas conclusões. Deslocamentos de si, estar deslocado dos lugares: tudo foi material poético, de transformação, de vitalização, de radicalização ético-estético-política do pensamento.

Agora, não posso deixar de pensar que, nesse período, experimentei o cultivo de olhos de ver a barbárie da psiquiatrização contemporânea no Brasil, bem como a constituição de um corpo afeito à luta coletiva. Participei, em 2023, da formação do Coletivo Antimanicomial em Defesa da RAPS de João Pessoa, que até hoje exerce função importante de mobilização política na cidade. Cito José Carlos Alves Silva, usuário da rede, militante conhecido como Juruna, e a professora Ludmila Cerqueira Correia como referências de coragem e de obstinação dessa luta. Ludmila, inclusive, coordena um grupo de pesquisa e extensão chamado Loucura e Cidadania (Loucid), existente desde 2012 na UFPB. Na mesma universidade, as parcerias acadêmicas com o professor Anselmo Clemente foram fundamentais para oxigenar o pensamento e compartilhar uma língua que soava, ali, estrangeira demais. Além de ter sido um dos meus tutores da residência, foi também meu orientador, com quem experimentei ainda outros dois processos acadêmicos: um projeto de extensão sobre matriciamento em saúde mental na Rede de Atenção Primária de João Pessoa; monitoria em sala de aula de uma disciplina optativa de Psicologia que articulava saúde coletiva, análise institucional e esquizoanálise.

Não é estranho, afinal, os agradecimentos de um trabalho acadêmico (e de livros em geral, na verdade) estarem como se fora do próprio trabalho? Ficam separados do que seriam os elementos principais do texto, são paratextos que, embora introduzam as páginas, sequer constituem o sumário de uma dissertação, de uma tese, de uma monografia, de um TCR. Talvez seja esse um dos motivos pelos quais sempre gostei de subverter os agradecimentos, recusando-os de alguma maneira — seja com ironia, seja com sua ocultação. Para além de uma gratidão

cristã, ou de dívida ou herança simplesmente, compreendo hoje, por outro lado, que agradecer é uma maneira de assinar coletivamente a trajetória de um texto, de uma vida, de um amor. Festejo e intimidade com quem se caminhou, convite aventuroso para novos passos ao anônimo que lê. Fabiane Moreira, Eveline de Macêdo, Vanessa Fernandes, Camila Pacheco, Janaína Lisboa, Stephanie de Lima, Luiza Santos, Joyce Delmiro, Iaciara Mendes, Anayde Beiriz, Cassicobra e outras companhias com quem, em João Pessoa, troquei: ao escrever, levo vocês e o mundo comigo.

O mestrado, materializado nesta dissertação como produto da experiência acadêmica de 2024 para cá, tentou instalar um encontro dos desencontros geracionais e geográficos, tão marcantes da minha trajetória (pessoal, singular, coletiva). Por isso, dentre outros motivos, interesse-me aqui sobretudo pelos clássicos. Ao (re)ler as produções de Robert Castel, Joel Birman e Jurandir Freire Costa, Machado de Assis, Michel Foucault, Roberto Machado, Franca Ongaro Basaglia e Franco Basaglia, fiquei fascinado com a força das questões que eles estabelecem com os problemas do presente — questões, muitas, perdidas, esquecidas. Fascínio que me provocou o compromisso de ensaiar conversas com o que deu corpo, na história, ao campo em que atuei e que pesquiso: as políticas públicas de saúde mental, a reforma psiquiátrica brasileira, a psiquiatria. Não é por acaso, pois, que o tempo dos ensaios a seguir seja sempre o presente: as obras, escritas 50, até 140 anos atrás, inscrevem hoje novos modos de leitura e de escuta do contemporâneo. É o presente, não o passado, que as tornam clássicos (Agamben, 2009).

Nisso, aliás, uma curiosidade histórica: aparentemente, algo de extraordinário aconteceu no Rio de Janeiro de 1978. Foi este o ano-local de publicação dos seguintes livros: *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, de Castel (1978); *A psiquiatria como discurso da moralidade*, de Birman (1978); e *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, de Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978). Todos esses livros com quem converso aqui foram publicados pela mesma editora, a Edições Graal. Também no Rio de Janeiro de 1978, ocorreu o Primeiro Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, com participações de Robert Castel, Félix Guattari, Ervin Goffman, Thomas Szasz, Franco Basaglia, dentre outros (Barembly, 2023). E outro acontecimento marcante foi a chamada crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), eclodida pelas denúncias acerca dos hospitais que constituíam a DINSAM e pelas demissões dos médicos residentes José Carlos de Souza Lima, Leon Shor e Paulo Amarante do Centro Psiquiátrico Pedro II. Isso produziu greve e posterior demissão de 260 profissionais e estagiários, além de manifestações, mobilizações na imprensa e apoio de diversas entidades nacionais (Ordem dos Advogados do

Brasil, Associação Brasileira de Imprensa, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil etc.), o que marcou o nascimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro. Outras iniciativas semelhantes ocorreram também na Bahia e em São Paulo (Amarante; Nunes, 2018; LAPS, [s. d.]).

No meio desse furdução do Rio de Janeiro de 1978, Liliana da Escóssia estava lá, no seu primeiro ano da graduação de Psicologia, e viveu acontecimentos como o simpósio acima referido. Na Universidade Santa Úrsula, foi, por exemplo, aluna de Heliana Conde e, em grupo de estudo com outros estudantes, leu a obra então recém-publicada de Castel (1978). A partir da década de 1990, Liliana se tornou professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, e foi uma agenciadora fundamental das transformações antimanicomiais no estado, referência local e nacional para as políticas públicas de saúde mental e para o pensamento transdisciplinar, não dicotômico, contemporâneo (experimentações com Nietzsche, Foucault, Deleuze, Guattari, Simondon etc.). Nos meus tempos de graduação, tive aula com Liliana em duas disciplinas, a optativa *Psicologia e instituição de saúde mental*, em 2017, e a obrigatória *Psicologia e práticas de saúde*, em 2018. Durante esta última, Liliana estava prestes a se aposentar e produziu uma transição: compartilhou a disciplina com Michele de Vasconcelos, Marcelo Ferreri e Sandra de Oliveira. Hoje, me dou conta de que vivi a passagem de bastão entre diferentes gerações de professores.

Durante o meu mestrado na UFS, a experiência foi vitalizante, presente, longe de ser solitária. Para além da escrita em si ou mesmo da pesquisa, pude viver, à vontade, os prazeres da universidade, apesar de suas precariedades, de suas dores, de suas contradições, de suas violências cotidianas, é verdade. A parceria com Sandra de Oliveira, minha orientadora, possibilitou esse misto de sutileza e intensidade. Com ela, me tornei professor. Durante quase os dois anos de mestrado, voltei ao estágio institucional em saúde mental do curso de Psicologia, desta vez como supervisor clínico-institucional. Também acompanhando Sandra, participei da disciplina optativa *Psicologia e instituição de saúde mental*. Entre os colegas da pós, brincávamos sobre eu ter feito inúmeros estágios docências. Mas é que tanto na aconchegante sala de Sandra, onde acontecem as supervisões na UFS, quanto na sala de aula, me comprometer a estar entre gente jovem reunida me vitalizava, me situava e me atualizava diante do mundo.

E é bom dizer que a mais jovem desse processo, muitas vezes, foi a própria Sandra, em sua força de sustentar — e esticar, provocar — radicalidades e novidades de pensamento e de ação. Contadora de histórias e de curiosidades, com Sandra aprendi a prática da docência como

uma errância com rigor, produtora de problemas: desejos de aventuras do pensamento, com vistas a transformações radicais dos mundos compartilhados em que vivemos.

Nos últimos dois anos, vivo, além disso, uma importante desconcentração geográfica do conhecimento. Em 2024, participei do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), que ocorreu em Belém. No ano seguinte, fui a Manaus, para participar do 23º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (Enabrapso) — *o primeiro encontro, depois de vinte e duas edições, a acontecer no Norte*. Nessas viagens, tive contato com paisagens, línguas, palavras, povos, saberes, referências, culturas, tecnologias, territórios, problemas que desconhecia por completo. Experimentamos essas diferenças — e como foram prazerosas as experiências culinárias, daquelas que faziam saltitar os olhos da memória. Roland Barthes (2013), em uma aula inaugural, na França, contou certa vez que há palavras que têm sabor, e logo depois lembrou que saber e sabor, inclusive, possuem a mesma etimologia em latim. Palavras, saberes, sabores: no Norte do Brasil, outros jeitos-temperos de conhecer conheci.

Em 2025, no meio-tempo desses dois eventos nacionais, fui um dos coordenadores de um evento local, feito na UFS, para marcar a semana do 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial). O encontro se chamou *Sonhar no pesadelo: raízes e futuros da Luta Antimanicomial em Sergipe*¹. Eventos desse tipo foram fundamentais para a minha formação ainda enquanto graduando de Psicologia, mas não ocorriam há alguns anos na UFS. O meu desejo de retomada, inicialmente isolado, sem tantas ressonâncias ou empolgações dentro da universidade, foi aos poucos se coletivizando com outros desejos dentro e fora dela, e se transformando em uma experiência acadêmica que envolveu uma programação e um público diversos: usuários e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju, integrantes do movimento da população em situação de rua, residentes de saúde mental, estudantes de Psicologia, mestrandos e doutorandos, professores, grafiteiros, militantes antimanicomiais. Ao final de uma das mesas-redondas, uma velha militante me disse, espontaneamente, que, em sua época como trabalhadora de um manicômio, colocava sal grosso nas máquinas de eletrochoque, para quebrá-las; me disse também, do jeito dela, que *chega* de falar de reforma, de reforma [psiquiátrica], que precisamos falar de revolução.

Com tais aspirações, que outras máquinas de violência e de morte precisamos interromper hoje? Quais os nossos desafios de luta? Como efeito do evento, durante uma

¹ Como estratégia de produção de memória, contei alguns bastidores e detalhes da experiência de organizar o evento no Encontro da Associação Brasileira de Psicologia Social (Enabrapso), ocorrido em Manaus. O texto está disponível nos anais do encontro (Rocha, 2026).

conversa despretensiosa e caseira entre Edson Neto, Michelle Santos, Talita Calixto e eu, emergiu uma ideia avistada por Edson, amigo cuja amizade perdura desde o início da graduação: e se, então, o caminho for o de pensarmos, inspirados no abolicionismo penal, um abolicionismo psiquiátrico, que não se contente com meras reformas institucionais da psiquiatria? Depois, em reunião com a comissão que organizou o evento, convocada para discutirmos sobre como havia sido todo o processo de organização e sobre os passos seguintes, a ideia do abolicionismo foi compartilhada com quem estava presente. A comissão topou se bifurcar, dali em diante, como um grupo de estudos, a fim de ensaiar sobre o tal abolicionismo psiquiátrico. As discussões e as leituras seguiram quinzenalmente e pausaram desde o final de 2025. Não será difícil perceber efeitos (em geral, ainda dispersos) desses encontros-esboços nos ensaios desta dissertação.

Aliás, de volta à comissão do evento da luta antimanicomial, não posso, aqui, deixar de nomeá-la em agradecimento: à coordenação de Michelle Santos, Sandra de Oliveira e Bruno Gama; à colaboração múltipla de Rafaela Andrade e Ruan Cardoso; à organização de Isabela Diogenes, Maria Karina de Oliveira, Carlos Isaac Batista, Michele Santos, Jayane Trindade, Andrei Henrico Alves, Amanda Oliveira, José Matheus Alves, Amanda Pinto, Hosmany Bezerra e Sara Reis; e, por fim, à monitoria de Daniel Rabelo, Maria Isaura Silva e Joel Neto. Quanto ao grupo de abolicionismo psiquiátrico, com maior ou menor frequência, passaram (até agora) pelo coletivo, além de mim: Edson Neto, Rafaela Andrade, Isabela Diogenes, Michelle Santos, Erick Araújo, José Matheus Alves, Amanda Oliveira, Carlos Isaac Batista, Yves Deluc, Andrei Henrico Alves e Danilo Carvalho.

Nesse período do mestrado, como já dito páginas atrás, o meu interesse para a dissertação foi, sobretudo, o de estudar os clássicos da reforma psiquiátrica brasileira. Esses interlocutores do contemporâneo funcionam, aqui, em duas chaves simultâneas: são, obviamente, as principais referências teóricas do trabalho — ponto de partida, chão dos percursos ensaísticos —; ao mesmo tempo, são material histórico para o pensamento do presente — ponto de torção em zonas de indefinição. Por exemplo: a) décadas, meio século atrás, problemas atuais já eram apontados e avistados precisamente por esses autores, o que nos leva a perguntas de pesquisa; b) também os clássicos, nesse caso, são produções, em geral, de homens brancos (muitos, europeus ou centrados na Europa), a favor dos quais a branquitude, o patriarcado e o colonialismo institucionalizaram a memória e produziram apagamentos com efeitos políticos fundamentais nos modos de narração e de visualização dos fenômenos do campo da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira. Citemos dois casos internacionais: Franca Basaglia e Frantz Fanon, cujas contribuições políticas e teóricas foram

apagadas no decorrer da história e os quais somente há poucos anos, no Brasil, se tornaram agenciadores de desinstitucionalização de nossa memória, recebendo mais reconhecimento e atenção no debate público e na produção de conhecimento.

Além das limitações nas referências da dissertação, outro ponto crucial desta pesquisa diz respeito à estratégia de delimitação do objeto principal: a psiquiatria. O recorte deliberado, com riscos de simplificações, foi necessário, no entanto, para nos situar de maneira mais básica, fundamental, diante de uma confusão: o que é e como funciona a instituição psiquiátrica na sociedade de hoje, afinal? Nisso, em vez de estender as fronteiras de tal objeto (pensar as psicologias e outros vetores de incidência), optamos por acompanhar o modo (jogo) de colonização de novas fronteiras que constitui o próprio objeto (no caso, a psiquiatria). A partir dos interesses que foram emergindo, não daríamos conta, na dissertação, de nos aprofundarmos, por exemplo, em uma obra como *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*, de Castel (1987). Em trabalho seguinte, no doutorado, que iniciarei logo em seguida no mesmo programa de pós, desejo: reler esse livro, ler Fanon, ler tanto que ainda não sei; ter fôlego para estender o objeto de pesquisa, isto é, da psiquiatria para o campo psi, instalando recortes de abertura a outros sabores, sotaques, vozes: experimentar, com calma e quentura, ideias como a de um abolicionismo psiquiátrico.

Quanto ao outro objeto deste trabalho, a ficção, esta funciona como uma prótese significativa e metodológica que, acoplada à psiquiatria, possibilita a produção de ensaios críticos e novos projetos de fronteiras (Haraway, 1995). A ficção, aqui, não é um recurso acessório, mas um operador, um dispositivo de análise histórica e política. Ensaísmo e ficção: com cuidado e rigor, ao se experimentar o hibridismo da linguagem, a proposta é desinstitucionalizar não só a psiquiatria, mas o modo acadêmico de produção do saber científico. E isso não seria possível, por óbvio, sem Luís Matheus Brito, que, além de amiga, é longa parceira de edição e de produção artístico-literária. Por conta das trocas com ela, poeta, ensaísta e intelectual da arte, conheci outros campos de análise, além de autores preciosos para este trabalho, como Cesar Aira, Rosalind Krauss, Silviano Santiago e Silvina Rodrigues Lopes.

É sempre em rede que tudo acontece. Essa foi a mensagem que Sandra de Oliveira, minha orientadora, me escreveu quando, extasiado, no final de 2025, compartilhei a notícia de que havia sido aprovado em um concurso público para o cargo de professor de Psicologia na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Sandra, Leomir Hilário, Bruno Gama, Michele de Vasconcelos e Thiago Rocha foram professores que me deram dicas, forças, apoios e referências no meio disso tudo. O concurso, fora de uma capital e do eixo Rio-São Paulo, convocou preocupações específicas para a psicologia brasileira, muitas das quais se relacionam

com as problematizações que constituem a trajetória que traço neste prólogo. Durante o sorteio para a etapa da prova didática, calhou de eu escolher, às cegas, o seguinte tema: *O processo de interiorização da Psicologia no Brasil: expansão da formação e da prática da Psicologia para além dos grandes centros urbanos, desafios regionais e contribuições*. A aula que dei, com referências do mangue sergipano, dos rios paraenses, de zonas rurais do Rio Grande do Norte e do Piauí, fez sentido para a banca e, agora, levarei essa responsabilidade comigo: a sorte de ser professor.

Na minha família, há outros dois casos de professores universitários. O já citado Thiago Rocha, meu irmão, que, inclusive, contribuiu de maneira fundamental com a revisão técnica da tradução de um dos anexos deste trabalho (Anexo B), e José Gledison Pinheiro, meu primo, cuja biblioteca doméstica, quando a conheci, há poucas semanas do concurso, me provocou um sentimento secreto, apaixonado, de impulso e de referência. Matheus Rocha, meu outro irmão, Adelma Ribeiro Rocha, minha mãe, e Manoel Rocha, meu pai — o qual até hoje aponta a sua trava em escrever textos por conta de uma carrasca professora de Português de sua infância —, também sempre compuseram, cada um(a) ao seu modo de amar, essa paisagem sentimental, de impulso aos estudos, a que me refiro.

Amor, gromelô — palavra do teatro que aprendi com Talita Calixto, minha companheira de vida desde 2024, e que diz respeito à criação de uma língua performática, onomatopeica, que não existe. Talita: pernaltá, palhaça, atriz, iluminadora, artesã, locutora, produtora, em mim, de outra forma de sonhar e de dispor o meu corpo no mundo. Com Talita em cena, e em cena com Talita, aprendo, na vida, a ensaiar, além de gromelôs cotidianos, o brilho das máscaras. Com o seu apoio, voltei, em 2025, ao curso de formação de atores do Grupo Imbuaça, ministrado por Lidhiane Lima e Amadeu Neto, e coordenado por Lindolfo Amaral. Durante nove meses, intensa e coletivamente, improvisei, estudei e ensaiei exercícios cênicos — desta vez, sem interrupções pandêmicas.

Regenerações.

— Senhoras e cenouras!, crianças e crionças!, eis os bastidores do porvir. É chegada a hora de apertarmos os cintos e fixarmos bem as asas. Ciência: os ensaios abertos vão começar.

1 UM MONUMENTO SOMBREIA NOSSAS FORMAS DE EXISTIR

1.1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DA VEROSSIMILHANÇA (NA PSIQUIATRIA)

“Os filmes de ficção são os melhores documentários”.
— Kleber Mendonça Filho, *Retratos fantasmas*.

007. Viação Atalaia se movimenta pela cidade. Duas pontas se alinham no asfalto: Fernando Collor e Atalaia. De um bairro a outro, o 007 atravessa duas cidades, Aracaju e Nossa Senhora do Socorro, em ambos os sentidos. Linha-agente de vigilância onde imperam os pontos fixos e as curvas sem desvio. Até mesmo de seus passageiros: uma catraca alta, duplicada em altura, emperra a passagem de pessoas gordas, grávidas, emochiladas, ensacoladas, encriançadas, encurvadas, vacilantes. As câmeras e o aparato policial-punitivo não são tecnologias suficientes para a extinção de todos os riscos. 007, signo de cidadania: seu mecanismo físico impede o pulo da catraca, sua função comprime as curvas urbanas da existência. Para passar de lugar, é preciso traçar alguma estratégia, seja remodelar o corpo, seja colocar a mochila entre as pernas, seja negociar com o motorista para descer em outro ponto sem o necessário ritual de passagem. E há também quem já entre por trás do ônibus, sob permissão ou por trapaceio. Nesse caso, grande parte é de pedintes e de trabalhadores, inclusive daqueles vinculados às comunidades terapêuticas² da região, que propagandeiam, além de seus produtos e de seus serviços, o paradigma da abstinência antidrogas e os valores neopentecostais, ascendentes.

RD Saúde³ à vista: na Avenida Simeão Sobral, em Aracaju, nas imediações de uma Drogasil, sobe um rapaz pela porta traseira. O ano é 2025. Ele começa a contar uma história paterna, pedindo ajuda para uma criança, sua filha, que está doente. Aos poucos, me dou conta de que o pedido não é exatamente para acesso à comida, a fórmulas nutricionais para crianças

² As comunidades terapêuticas são uma atualização brutal dos manicômios no Brasil. São depositários (em sua maioria, fazendas e sítios neopentecostais) de higienização social, apoiados e financiados pelo Estado brasileiro. Não se interessam em neutralizar a loucura, mas, sim, o que denominam de “dependência química”. Contrários ao paradigma da redução de danos (RD), promovem um combate religioso e disciplinar contra o “mundo das drogas”. São espaços de horror, tortura, escravidão, múltiplas violências, morte e, sempre quando convém, de drogas (as psiquiátricas). Em Aracaju, é comum se deparar com internos de comunidades terapêuticas (como os do Centro Maanaim, cujo lema, estampado nos uniformes, é “Crack, só Cristo”) trabalhando nos ônibus coletivos. Para introdução ao tema, inclusive no âmbito institucional, consultar, por exemplo: Conselho Federal de Psicologia (2018); Costa (2020, 2025); Ministério Público Federal (2025); Rocha *et al.* (2023).

³ Grupo econômico criado em novembro de 2011, fruto da fusão das empresas farmacêuticas Raia e Drogasil (RD). É atualmente a maior rede de farmácias do Brasil. O lema reproduzido em sua marca é o de um projeto societário: “por uma sociedade mais saudável”. Disponível em: <https://rdsaude.com.br/sobre-a-rd/quem-somos/>. Acesso em: 16 jun. 2025.

lactantes com dietas restritas, ou ainda para pagar tratamentos de câncer, cirurgias dificultadas por longas filas no Sistema Único de Saúde (SUS) etc. Havia um ar de ineditismo naquela cena: a doença era psiquiátrica; e o homem rogava pela benevolência dos presentes para adquirir risperidona e prometazina, dupla comum das recentes prescrições psiquiátricas para as infâncias. Logo depois, ele retifica a história: na verdade, bastava o dinheiro para a prometazina, pois uma mulher, em algum ônibus anterior, já lhe teria dado duas caixas de risperidona, que estavam disponíveis em sua bolsa.

Puxei a corda e desci. Sem dúvidas, algo mudou.

Mas o quê, afinal? E como?

Se uma hipótese é a de que as drogas psiquiátricas tornaram-se o alimento do povo, o que falar, então, da diluição neurobioquímica dos diagnósticos psiquiátricos nos fluxos sociais? Que fenômeno de psiquiatrização é este que se nutre dos princípios e dos valores da reforma psiquiátrica brasileira (cidadania e garantia de direitos; cuidado em liberdade, de caráter comunitário; combate ao estigma social da diferença considerada anormalidade/loucura/doença mental; defesa da vida; práticas invasivas e de internação como último recurso terapêutico; prevenção e promoção da saúde mental; determinantes sociais dos transtornos mentais; autonomia e contratualidade como tecnologias de humanização etc.), e que, extremamente pulverizado, sofisticado, tosco, banalizado, nutre hoje uma sociedade radicalmente psiquiatrizada? O que há de contemporâneo em seu passado? Como deixamos passar essa metamorfose? Ou, estranhamente, como agora nos assustamos com a sua força totalizante se já a apontávamos há décadas nos processos de luta a favor da liberdade, em prol de uma sociedade sem manicômios? Se a psiquiatria contemporânea é mesmo onipresente a ponto de poder ser agenciada sem a ação ou a supervisão direta de um psiquiatra, a ponto de ser articulada por uma gigantesca rede sem um locus único de pulverização, se é possível o autodiagnóstico psiquiátrico por meio de um *checklist* qualquer da internet, se o varejo de psicotrópicos circula livremente em linhas de ônibus, se a gramática psiquiátrica se tornou a nossa cultura linguística hegemônica, o que é a psiquiatria? O que a constitui como tal? Como seu poder passou a operar a partir de múltiplas reformas? E qual é a nossa posição ético-política diante disso? Desmascarar a criminosa, corrupta e pseudocientífica instituição psiquiátrica? É a nossa luta, enfim, moral, denunciativa, em busca da revelação-comprovação de uma verdadeira, não ficcional, face da psiquiatria?

007 contra o Satânico Dr. No. Eis como o primeiro filme da série *007*, de 1962, foi traduzido no Brasil (em inglês, chama-se simplesmente *Dr. No*). A tradução é didática na ênfase de uma tradição constitutiva: o inimigo ocidental é, em regra, satânico — artifício antropológico

de um jogo cristão. Nesse sentido, um exemplo paradigmático e remanescente no Brasil é o posicionamento religioso do Pastor Jorge Linhares sobre Baleia Azul, um jogo que se tornou, em 2017, alvo de alerta preventivo aos pais em relação ao suicídio e à experiência dos jovens nas redes sociais. A íntegra do texto pastoral (Anexo A) é valiosa para o nosso argumento, mas recortemos aqui o clímax do que nos interessa:

Temos que fazer frente a esse inimigo [Satanás] e inibir sua atuação. Precisamos conhecer suas estratégias e artifícios. Para muitos, o diabo não passa de imaginação, como qualquer outra personagem fictícia ou uma simples personificação do mal. Manter essa imagem é sua principal arma para esconder sua verdadeira identidade e continuar agindo, sem sofrer oposição. Satanás é um ser inteligente, astuto e perverso, e, por isso, não podemos ignorar seu caráter.

Em muitos filmes ou obras de arte, o diabo é retratado com chifres, rabo, olhos vermelhos, olhar feroz e usando capa preta ou vermelha. Mas ele é enganador e nunca vai mostrar a sua verdadeira face. Se aparecesse assim, de forma terrível, seria fácil identificá-lo. A Bíblia diz que ele se transforma em anjo de luz, exatamente para enganar. Ele vai sempre se mostrar com uma aparência atrativa e sedutora. Para nos destruir, ele não usa de meios drásticos, mas de sutilezas, já que sua arma principal é a astúcia. Portanto, temos que identificar sua linha de ação e as artimanhas que usa para se disfarçar. Para muitos jovens, hoje, ele está disfarçado de Baleia Azul.

O Diabo é enganador, falso e astuto. Temos que desmascará-lo, inibir sua atuação, pois não podemos “ignorar os seus desígnios.” [...] (Linhares, 2017).

Quanto à disputa cinematográfica entre 007 e Dr. No (uma outra figura satânica), a história do filme de 1962 acontece em plena Guerra Fria, na Jamaica. Lá, orbita o diabólico Dr. No, um gênio chinês, dono de uma ilha caribenha, temida e evitada por seus vizinhos. Crab Key é o local enigmático onde radioatividades, mistérios e desaparecimentos acontecem, e aparentemente de onde forças malignas ordenam assassinatos, perseguições e destruições no seu exterior. Após investigações, com licença para matar, o herói branco, inteligente e sedutor, James Bond, chega enfim ao encalço do cientista louco. A trama do filme sustenta o mistério do rosto inimigo até o início da tensão final. É gradual, paciente, a apresentação de Dr. No: antes seus capangas, sua capilaridade política, sua astúcia, sua voz, sua imagem afetiva, sua maquinaria de guerra, seu luxo, suas costas, sua geografia abissal. Capturado por soldados, já em Crab Key, 007 é levado para jantar com o Dr. No, momento em que finalmente a face terrorista e os planos malignos do cientista louco (dentre eles, destruir o programa espacial estadunidense e convocar uma aliança com o agente secreto) são revelados e ironizados por James Bond, do outro lado da mesa: “dominar o mundo, o velho sonho de sempre. Os hospícios

estão cheios de gente que se acha Napoleão ou Deus”⁴ (007 contra..., 1962). No fim, Dr. No e a sua ilha morreram, por óbvio. O bem, revelador e destruidor dos delírios do mal, venceu.

Montar um enredo cujos elementos se ancoram na promessa da dissolução de um oculto ou das pazes com a razão levam-nos a armadilhas de desonestidade ou a equívocos de inteligência, e mesmo epistemológicos. No documentário *Um filme de cinema* (2017), por exemplo, Ariano Suassuna conta breves histórias de suas primeiras experiências com o cinema. Uma delas é de quando foi destacado por sua família para levar sua tia-avó ao Cine Art-Palácio, um dos mais luxuosos da época na região, em Recife. “Ela não era conhecida por uma inteligência muito brilhante, não”, disse (Suassuna *apud* Um filme..., 2017). Foram assistir a *O gorila matador* (1940), estrelado pelo ator Boris Karloff, que fez o papel de um professor-médico estimado, embora também louco, odiado pela comunidade, deserdado da medicina. Dr. Bernard Adrian morava em uma pequena cidade e buscava, a todo custo e há décadas, a cura para a paralisia produzida pela poliomielite. Em nome da ciência, fazia “experimentos ousados, heterodoxos”, como explorar corpos de cachorros e produzir soros a partir do líquido espinhal de humanos já mortos, inclusive assassinados por ele. Vinte e cinco anos antes, havia sido expulso de uma fundação científica por motivos semelhantes. Apesar das desconfianças comunitárias e desses controversos experimentos, o filme acompanha o gradual processo de cura de uma jovem paraplégica, cobaia e combustível de todo esforço e de toda obstinação científica do Dr. Bernard Adrian.

Em paralelo na história (*O gorila...*, 1940), um gorila foge de um circo e passa a aterrorizar a pequena cidade estadunidense, produzindo vítimas e comoção coletiva. No meio da trama, o gorila matador invade o laboratório do professor e destrói várias de suas fórmulas experimentais; é interceptado, porém, pelo próprio médico, que mata o animal com uma faca. O filme dá evidências estéticas explícitas de que, a partir daquele momento, o Dr. Bernard Adrian, para extrair mais líquido espinhal de humanos, decide aproveitar a carcaça do gorila e se tornar ele mesmo o gorila matador, agora uma fantasia monstruosa de um médico sem escrúpulos em prol da moral da razão. Ao final, a polícia consegue cercar a figura assassina e o acerta com um tiro. Ao levantarem a máscara do bicho, eis a revelação cabal da verdadeira identidade do gorila: era o professor. Conta Ariano Suassuna (*apud* Um filme..., 2017) que, no meio do silêncio total do cinema, atento, atônito, sua tia-avó compartilha uma epifania: “ah, Arianinho, agora eu entendi! O urso tinha engolido o homi!”.

⁴ O discurso psiquiátrico, hoje, se perpetua como estratégia de agenciamento do racismo. Mais de meio século depois, em 2025, Donald Trump afirmou, em seu discurso de posse como o 47º presidente dos Estados Unidos da América, que os imigrantes são “criminosos vindos de prisões e hospitais psiquiátricos de fora do país” (Braz, 2025).

Inteligente ou não, a tia-avó de Ariano Suassuna, em uma de suas primeiras experiências com o cinema, rompeu o pacto de verossimilhança que havia sido estabelecido entre aquele engendramento de imagens fílmicas e o público. Daí a graça da história; e daí uma singela ruptura com a interpretação de que revelar o que há por detrás da máscara (ficção) marcaria o final da própria ficção, a ancoraria enfim no continente da realidade — momento de as luzes do cinema acenderem e de voltarmos para o mundo “de verdade”. A mulher recusou esse pacto dicotômico (isto é, de se contentar com um sentido semioculto, verossímil, final, por detrás de uma ilusão dissimulada) e adiou a perda, o fim da máscara ficcional do gorila-urso, com um erro inverossímil. Para ela, a retirada da máscara só reforçaria a própria existência da máscara. Para ela, atentar-se para uma falseabilidade da máscara não era a questão.

E acontece que, a rigor, a ficção se perpetua mesmo quando se faz face ao que se retira (Lopes, 2019b). Em nosso exemplo, ao se estabelecer que uma nova identidade foi revelada — o gorila matador ser, a bem da verdade, a personagem Dr. Bernard Adrian, um médico louco —, trata-se apenas de reconfortar o ficcional com uma nova imagem-máscara, de comensurar imagens-acontecimentos, aparições que, no fim das contas, são sempre enigmáticas, incomensuráveis (Lopes, 2019b). Atrás desses enigmas não acontece nada, não há nada, não há sequer sentido, muito menos identidade. Seja bidimensional, como numa tela, seja no mínimo tridimensional, como no teatro, é o próprio enigma das máscaras uma possível força motriz dos sentidos e da experimentação ético-estética do pensamento. É na opacidade de um interstício cinzento⁵ que somos capazes de colorir o mundo.

Portanto, ter como destino epistêmico atacar a ficção em nome da realidade (científica, metafísica), para reconhecer a verdadeira face da psiquiatria por detrás do gorila, é uma maneira de ignorar o que acontece-aparece diante de, entre nós. E, de modo mais fundamental, isso produz como efeito direto uma inserção quase automática no enredo psiquiátrico, tornando qualquer crítica (mesmo que radical) presa fácil de ser engolida pelo próprio jogo ficcional que se critica. Dito de outro jeito: evidenciar-provar os problemas de verossimilhança da psiquiatria é, em resumo, entrar em campo psiquiátrico com o arsenal técnico-político-ficcional da psiquiatria. Feita essa entrada sem a necessária atenção, no primeiro passo já estão instaurados a armadilha e o refém, sobretudo se o objetivo do percurso crítico-analítico não for o de se aliar à sofisticação/reforma de um monumento maquínico de violência e tutela.

⁵ Formulação a partir da ideia foucaultiana de que a genealogia é cinzenta, e que a emergência (*Entstehung*) se produz em um interstício cênico, em um não lugar de distância, de afrontamento, de onde se disputa, repetidamente na história, a peça entre dominadores e dominados (Foucault, 2000). Essa ideia é retomada brevemente no ensaio a seguir.

Ao se atacar a ficção e meramente desvelá-la como mito, o monumento psiquiátrico, ferido e triunfante, simplesmente transmuta sua forma de legitimidade médico-social, se medicaliza mais uma vez, de um jeito mais eficaz. Nova e novamente: esse é um jogo (anti)ficcional cuja maquinaria bélica, cuja gramática, cujos mandatos sociais, cujos recursos estético-afetivos estão sob a jurisdição da própria psiquiatria, da ciência hegemônica, de um humanismo hoje de mercado⁶. Por isso, aceitar uma partida em tal jogo como uma estratégia de crítica radical à psiquiatria é, inevitavelmente, ser refém. Se, por exemplo, são os psiquiatras os negacionistas, os pseudocientistas, se há pesquisas de ponta que se contrapõem à eficácia terapêutica dos psicotrópicos, do eletrochoque (instrumento de tortura, rebatizado de eletroconvulsoterapia), se há provas cabais de corrupção e de conluio com a indústria farmacêutica, e de métodos obscuros, morais, irracionais e arbitrários no modo como os manuais psiquiátricos são produzidos, haverá sempre uma poderosa máquina e um exército psiquiátrico a dizerem: isso é negacionismo, antipsiquiatria, ideologia, farsa, irresponsabilidade, deslegitimação, ficção. Ou, se politicamente conveniente, haverá da psiquiatria o reconhecimento da crítica, a sua acomodação e uma nova metamorfose. Em síntese, jogo (anti-)infernai, desgastante e muitas vezes inócuo, do qual tentamos aqui desviar.

O exemplo exaustivamente corriqueiro, clássico, do sequestro psiquiátrico é a posição defensiva, inevitável, que um discurso crítico contra a psiquiatria aparentemente precisa assumir para ir adiante: a de que não se está negando que as pessoas sofrem, ou que os psicotrópicos possam ser importantes em determinados contextos, ou que o transtorno ou a doença mental exista, ou, ainda, que a psiquiatria tenha seu valor social e científico — por óbvio, o conteúdo da defesa prévia dependerá do grau e da natureza da crítica, mas em suma as defesas almejam representar seriedade, sensatez, lealdade à realidade; reféns, almejam evitar o sequestro que, na verdade, já aconteceu. Recursos argumentativos que nada mais são, enfim, do que sinais de timidez⁷.

Mas que realidade é esta, à qual prestamos lealdade e cujo único campo de construção em comum com a alteridade parece ser o terreno psiquiátrico? Diante de todas as dificuldades desesperadoras e de todos os sequestros cotidianos nos *fronts* de luta, urge a pausa estratégica para uma pergunta: é preciso mesmo pagar um pedágio moral na estrada psiquiátrica da (des)razão? Ficcionalizar, imaginar, criar, se aventurar, implodir as fronteiras, instalar deslimites, encruzilhadas na realidade: não deveríamos abominar tais operações, sob o risco de

⁶ “Humanismo de mercado” é um conceito abolicionista que dá título ao livro de Passos (2025).

alienação dos meios de produção de sentido⁸ do mundo. É que, afinal, se engana quem contracena contra a enganação.

Aqui, convocamos uma outra estratégia a ser ensaiada: desmontagem e interrupção. Imaginemos, por exemplo, um contrarregra⁹ inconveniente, não contratado. Ele, obstinado, se aventura a interromper coletivamente uma encenação triunfal, para desmontar com outras paisagens-ferramentas o monumento político-ficcional que se ergueu em nossas formas de existir.

⁷ Birman (1978), ao se debruçar sobre as principais características do chamado tratamento moral, formulado por Pinel e desenvolvido por Esquirol, enfatiza que, dentro do hospital psiquiátrico, um princípio alienista fundamental para o tratamento era o de “ferir vivamente a imaginação dos alienados, para subjugar-lá e em seguida se apoderar de sua confiança e de seu espírito; combate-se uma paixão por uma paixão” (Esquirol *apud* Birman, 1978, p. 357). O combate, portanto, não se utiliza de consolações ingênuas ou reconfortantes, nem de uma conversão racional, de um convencimento raciocinador e argumentativo em relação aos equívocos diante da realidade; acontece, sim, via ferimento da autoestima, com vistas à imposição da vontade e do sistema de regras do alienista. O objetivo é simplesmente o da intimidação, isto é, a produção de timidez, submissão. Diz Esquirol (*apud* Birman, 1978, p. 359): “Embora estes enfermos sejam audaciosos, temerários, eles se deixam intimidar facilmente. O temor exerce sobre eles um tal poder, que se tornam tímidos, trêmulos, submissos diante das pessoas que sabem se impor...”. Complementa, então, Birman (1978, p. 359): “Dominados pelo temor, ameaçados de castigo pela força todo-poderosa do médico, os alienados debilitariam a intensidade de suas inclinações passionais, e poderiam então *escutar o discurso do psiquiatra*. Este então veicularia o seu sistema de regras que deveria reger o espaço interno do alienado, após a quebra dos obstáculos passionais. O discurso do psiquiatra seria então incorporado pelo louco”. Via temor e sequestro, portanto, produz-se timidez para a escuta e a incorporação do discurso psiquiátrico: estratégia que ainda hoje se perpetua e se espraia.

⁸ O uso da expressão “alienação dos meios de produção de sentido” é uma torção (contradição, se quisermos) criada que alude, evidentemente, à tradição marxista, mas também ao conceito de alienação que constitui a história da psiquiatria e da filosofia. Em *O homem e a serpente*, Paulo Amarante (1996) nos lembra de que, antes da concepção econômica do conceito de alienação para Marx, Hegel, no contexto pós-Revolução Francesa, leu Pinel e se apropriou do conceito de alienação mental. Para a psiquiatria nascente, a loucura não era considerada ausência total de razão, mas subversão, contradição desta — e justamente por isso seria passível de reeducação, de retomada da liberdade (racional) via tratamento moral. Se nem mesmo um louco perderia totalmente a razão ou a liberdade, um homem jamais as perderia: Hegel, assim, a partir de Pinel, pensará a alienação “enquanto condição inerente ao homem na qual todo o sujeito é alienado da sua real condição social, da sua condição de sujeito” (Amarante, 1996, p. 45). Mas nunca completamente.

⁹ Definição de contrarregra, de acordo com o dicionário Michaelis: “Técnico cujo trabalho consiste em acompanhar o desenvolvimento de um espetáculo teatral, *show*, filmagem ou programa de rádio ou televisão, cabendo-lhe cuidar das peças móveis do cenário e demais elementos cênicos, das entradas e saídas dos atores, da supervisão do trabalho da equipe técnica, da aplicação de efeitos sonoros complementares etc.”. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=GXDR>. Acesso em: 13 jan. 2026.

1.2 O ENSAIO E SUA TRALHA: UMA INTERRUÇÃO SEM CONTRATO

“a circulação de pessoas é irregular:/ um dia, dezenas circulam pela praça;/ nos dias seguintes, porém, o vazio/ é a máxima para os quatro lados/ tanto da praça quanto do obelisco./ Ignorado, porém eminente:/ de obstáculo e de repouso/ para o corpo, eis para o que serve,/ além da função obscura,/ o obelisco — ele, gravado/ no antiquado e vinculado/ ao progresso, é a testemunha/ dos embaraços públicos/ em dias comuns e — não seria diferente —/ em dias de suspensão da normalidade./ No bairro, ele acompanha o desenrolar/ de uma geração que, peneirada,/ chega à próxima geração em desvantagem,/ não há dúvidas, e ela¹⁰ se situa, é claro,/ numa geração para a qual já houve perdas,/ perdas cada vez mais contínuas,”.

— Luís Matheus Brito, *História de um obelisco*.

Obelisco e psiquiatria. Talvez essa possa ser uma fórmula ensaística para exercitarmos as referências do próprio ensaísmo que aqui propomos, isto é, o estranho modo de pensar que constitui esta dissertação: o de fazer desvios.

Inicialmente, porém, antes de propriamente ensaiarmos sobre o ensaio, nossa formulação de partida (obelisco e psiquiatria) nos ajuda a pensar um problema teórico-conceitual do nosso trabalho: afinal, não seria por demais frágil compreendermos a psiquiatria como um monumento tal qual o conhecemos tradicionalmente? Ou seja: monumento como uma estrutura física gigante e imponente, sim, mas cuja base fixa o condenaria à eterna incapacidade do movimento, da transformação, do deslocamento? Nesse caso, a ideia de réplica, de expansão via replicação, também não parece dar conta da questão contemporânea de monumento.

Para nós, uma pista, portanto, será a noção de escultura. Em 1979, a crítica e estadunidense Rosalind Krauss (2008) publicou *A escultura no campo ampliado*, artigo no qual analisa um curioso fenômeno de sua época: diversas experimentações artísticas, radicalmente híbridas e estranhas, começaram a ser surpreendentemente nomeadas de escultura. Conta ela com mais detalhes:

Nos últimos 10 anos coisas realmente surpreendentes têm recebido a denominação de escultura: corredores estreitos com monitores de TV ao fundo; grandes fotografias documentando caminhadas campestres; espelhos dispostos em ângulos inusitados em quartos comuns; linhas provisórias traçadas no deserto. Parece que nenhuma dessas tentativas, bastante heterogêneas, poderia reivindicar o direito de explicar a categoria escultura. Isto é, a não ser que o conceito dessa categoria possa se tornar infinitamente maleável (Krauss, 2008, p. 129).

¹⁰ No poema, “ela” se refere a uma personagem anônima que não foi apresentada pela voz do texto.

O conceito de escultura, alargado, naquele presente, sem um rigor mínimo — a ponto de ser também instrumento de a-historicização, pois paisagens arquitetônicas de outras culturas e de outros tempos, como cemitérios indígenas, chegaram a ser convenientemente nomeadas de escultura —, se tornou, ao mesmo tempo, material de análise da arte contemporânea para a autora. Ela argumenta que a confusão do conceito de escultura, promovida pelas novas experimentações artísticas, tinha um duplo motivo histórico: 1) a concepção modernista de escultura como negação do monumento, como negação da fixidez de uma base; e 2) a ruptura pós-modernista na arte, à época ainda muito indefinida, sem um conceito novo e firme, que a autora nomeia de campo ampliado, um campo expansivo e híbrido (Krauss, 2008).

Quanto à primeira questão, Krauss (2008) se aproxima de uma leitura mais rigorosa do conceito de escultura, delimitando-a a partir da história da arte, para defender, dentre outros pontos, a ideia de que, inicialmente, a lógica da escultura é inseparável da lógica do monumento. Isso significa dizer que, em sua concepção clássica, uma escultura é uma representação comemorativa, se situando temporal e espacialmente em determinado local, para simbolizar um significado ou uso desse local:

As esculturas funcionam portanto em relação à lógica de sua representação e de seu papel como marco; daí serem normalmente figurativas e verticais e seus pedestais importantes por fazerem a mediação entre o local onde se situam e o signo que representam. Nada existe de muito misterioso sobre esta lógica; compreendida e utilizada, foi fonte de enorme produção escultórica durante séculos de arte ocidental (Krauss, 2008, p. 131).

A partir do século XIX, no entanto, o modernismo produziu, gradativamente, um esgarçamento e um desvanecimento da lógica do monumento, modificando suas convenções tradicionais por meio de outros usos e novas funções da escultura. Como exemplos paradigmáticos dessa transição em curso, Krauss (2008, p. 131-132) conta a história de dois projetos escultóricos do final do século XIX:

Tanto *Portas do Inferno* como a estátua de *Balzac*, de Rodin, foram concebidas como monumentos. As portas foram encomendadas em 1880 para serem instaladas num museu de artes decorativas; a estátua foi encomendada em 1891 para homenagear o gênio literário francês e deveria ser colocada em determinado local em Paris. O indício do fracasso dessas duas obras como monumento — cujas encomendas eventualmente falharam — não é apenas o fato de existirem inúmeras versões em vários museus de diversos países, mas também a inexistência de uma versão nos locais originalmente planejados para recebê-las. Seus fracassos também estão entalhados nas próprias superfícies: as portas foram desbastadas excessivamente e recobertas a ponto de se tornarem inoperantes; *Balzac* foi executado com tal grau de subjetividade que

o próprio Rodin, conforme suas cartas atestam, não acreditava que fosse aceito.

Desse modo, o monumento se torna uma abstração, condição negativa de existência da escultura, a qual passa a ser definida, basicamente, como um não monumento:

Eu diria que com esses dois projetos escultóricos cruzamos o limiar da lógica do monumento e entramos no espaço daquilo que poderia ser chamado de sua condição negativa — ausência do local fixo ou de abrigo, perda absoluta de lugar. Ou seja, entramos no modernismo porque é a produção escultórica do período modernista que vai operar em relação a essa perda de local, produzindo o monumento como uma abstração, como um marco ou base, funcionalmente sem lugar e extremamente auto-referencial (Krauss, 2008, p. 132).

Em suma, a escultura modernista produziu, antes da ruptura pós-modernista, um novo modo de relação com sua própria base e, em consequência, com o deslocamento, com a perda de local, com a própria representação. Ao se negar a fixidez que constitui um monumento, a escultura deixa de ser uma categoria positiva, para se tornar, no limite, a negação conjunta das categorias de arquitetura e de paisagem, o que levou às confusões já explicitadas acima. Sobre as especificidades desse conceito modernista de escultura, a autora continua sua análise:

Ao transformar a base num fetiche, a escultura absorve o pedestal para si e retira-o do seu lugar; e através da representação de seus próprios materiais ou do processo de sua construção, expõe sua própria autonomia. A arte de Brancusi é uma demonstração extraordinária de como isto acontece. Num trabalho como o *Galo*, a base se torna o gerador morfológico da parte figurativa do objeto; nas *Cariátides e Coluna sem fim*, a escultura é a base, enquanto que em *Adão e Eva* a escultura está numa relação de reciprocidade com sua base. Logo, a base pode ser definida como essencialmente móvel, marco de um trabalho sem lugar fixo, integrado em cada fibra da escultura. Outro testemunho da perda de local é a intenção de Brancusi em representar partes do corpo como fragmentos que tendem a uma abstração radical; neste caso, local é compreendido como o resto do corpo, o suporte do esqueleto que abrigaria uma das cabeças de bronze ou de mármore (Krauss, 2008, p. 132).

Já em relação à segunda questão — a ruptura pós-modernista e a consequente proposta conceitual de campo ampliado —, a fim de não nos alongarmos nesse ponto, podemos seguir nosso percurso ensaístico com o seguinte trecho da autora em mãos:

A suspeita de uma trajetória artística que se move contínua e desordenadamente além da área da escultura deriva obviamente da demanda modernista de pureza e separação dos vários meios de expressão (e portanto a especialização necessária de um artista dentro de um determinado meio).

Entretanto, o que parece ser eclético sob um ponto de vista, pode ser concebido como rigorosamente lógico de outro. Isto porque, no pós-modernismo, a práxis não é definida em relação a um determinado meio de expressão — escultura — mas sim em relação a operações lógicas dentro de um conjunto de termos culturais para o qual vários meios — fotografia, livros, linhas em parede, espelhos ou escultura propriamente dita — possam ser usados (Krauss, 2008, p. 136).

Monumental, no fim das contas, para além da fixidez, é um adjetivo que, em qualquer dicionário, se refere tanto a tamanho quanto à expressão de imponência de um poder, ainda que essa expressão, como a de um obelisco, seja estranha, naturalizada, obscura para o cotidiano dos transeuntes. Lembra-nos Walter Benjamin (1987), aliás, de que todo monumento é expressão do poder de barbárie. Aqui, portanto, a psiquiatria é compreendida como monumental, antiquada, mas não como fixa, pois é pensada estrategicamente como uma gigantesca máquina híbrida, ampliada e político-ficcional: entre a medicina, a escultura e mesmo o teatro, a partir do qual é atualizada rotineiramente uma encenação triunfal.

Agora, um metadesvio, digamos: percorramos uma questão estilística, sobretudo metodológica de um ensaio. Segundo o argentino Cesar Aira (2018), em *O ensaio e seu tema*, o ensaio é o mais feliz dos gêneros, pois está “pronto” previamente, assim que um tema é estabelecido para o que vai ser escrito: enquanto, no romance, o tema é revelado apenas ao final do texto, sendo seu tema sempre postergado (inclusive, à revelia das intenções do próprio autor), no ensaio, ao contrário, o tema antecipa todo o processo de escrita. Estranhamente, é essa boa escolha, antecipada, do tema de um ensaio que assegura o seu caráter objetivo e literário¹¹, para além de mecanismos psicológicos subjetivos ou de uma exposição de opiniões. Porque, no fim das contas, escrever ensaisticamente é produzir uma combinatória na qual se encontram não um autor e um tema, mas, de acordo com a hipótese de Aira (2018), dois temas entre si. O tema do ensaio, portanto, pressuporia sempre um desvio, seria um jogo do duplo:

Para que haja arte deve haver um desvio (uma perversão, se quisermos) do interesse e o modo mais econômico de lograr esse desvio é casá-lo abruptamente com outro interesse. Inócua como parece, a operação é radicalmente subversiva porque o interesse se define por seu isolamento obsedante, por ser único e não admitir competição. Na origem dessa subversão está a origem da arte de fazer ou de pensar. Do qual se poderia deduzir uma receita para fazer literatura. Se escrevo sobre corrupção, será jornalismo ou

¹¹ Tradicionalmente, o ensaio é considerado um gênero de literatura não ficcional.

sermão; se acrescento um segundo item, digamos, arqueologia ou artrite, tem alguma possibilidade de ser literatura. E tudo é assim. Se faço um vaso, por melhor que o faça, nunca deixará de ser uma trivial artesanaria decorativa; se o acoplo a um suplemento inesperado, como a genética ou a televisão, pode ser arte (Aira, 2018, p. 234).

Não nos interessa, para este nosso pensamento, a origem ou o protocolo dos fazeres do mundo, ou ainda outras mistificações universalizantes¹², mas, sim, uma ideia mais simples e fundamental do argumento de Aira (2018): a de que, no ensaio, é preciso acoplar um objeto a outro, a fim de fazer, com essa operação, um desvio artístico (inventivo) de pensamento.

Em sentido próximo, ao pensar sobre o fazer científico, a bióloga Donna Haraway (1995), em *Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*, experimenta o conceito de prótese significante. Essa prótese que, ao ser plugada em um outro objeto, é capaz de instaurar fronteiras específicas de visualização e de objetivação da realidade, possibilitando a produção de um saber localizado, de uma conexão parcial ousada e inventiva. Para Haraway (1995), o conhecimento científico se dá a partir das tecnologias protéticas de ver, interfaces com nosso aparato biológico que produzem padrões de realidade. É essa relação entre um aspecto concreto da realidade e a semiose, campo de produções de significado, que institui uma conexão parcial, um objeto material-semiótico. “Não perseguimos a parcialidade em si mesma, mas pelas possibilidades de conexões e aberturas inesperadas que o conhecimento situado oferece”, diz Haraway (1995, p. 33).

Ao defender o fazer científico como a fronteirização de um objeto ativo e conectado, a autora feminista faz também uma defesa da visão, sentido que, em geral, é tão atacado por feminismos e por outros movimentos contrários às epistemologias e às políticas masculinistas e ocidentalizadas, dominantes na ciência. Para Haraway (1995), o olho é órgão ativo e produtivo, e não se configura, em si, como instrumento de distanciamento e de descorporificação. O olho, ao mesmo tempo que constrói um mundo ao decodificá-lo, inexoravelmente o corta, divide a realidade, a inflexiona. Nesse sentido, segundo a autora, restam-nos, no máximo, parcialidades, multiplicidades heterogêneas, um olho que muito vê. O problema da visão na ciência hegemônica, na verdade, é a crença sedutora no truque de deus, isto é, no mito ocidental que concederia a nós a suposta capacidade de estar em todos os lugares sem estar em lugar algum. Assim, uma visão universalizante ou mesmo uma visão relativista comungam o problema da não objetividade, pois não se localizam, não se posicionam, e essa

¹² Mais à frente, neste ensaio e no decorrer da dissertação, veremos, nas companhias de Haraway (1995) e de Foucault (2000), por exemplo, que “origem”, universalismos e receitas prescritivas são conceitos problemáticos.

irresponsabilidade sem fronteiras diante de seus objetos passivos dificulta, por exemplo, uma responsabilização pelo que se vê e pelo que se produz no meio científico. Fechamento e distância, em suma, não convocam contestação e problematização públicas.

Ensaio científico, ciência ensaística: eis um corte, afinal, detalhado, ativo, coletivo e parcial. A autora fala de uma visão científica que, em vez de fusionar a realidade, objetiva ver junto sem pretender ser outro: conhecimento situado, corporificado, sem transcendência, sem divisão entre sujeito e objeto. Em tal radicalidade epistemológica, apenas a perspectiva parcial, aliás, possibilita uma visão objetiva. E, a essa posição de objetividade corporificada, possibilitada por tecnologias protéticas de ver, Haraway (1995) dá o nome, como já dissemos, de conexão parcial: políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação.

Obelisco e psiquiatria? Psiquiatria e ficção? Se, portanto, é sempre um jogo do duplo, marcado, muitas vezes de maneira explícita, com dois temas ou, neste caso de uma pesquisa científica, com dois objetos, um desses objetos funciona como uma prótese significante. Daí uma relação possível entre Aira (2018) e Haraway (1995); e daí uma chave de leitura para este texto: o ensaio como método de instauração de um novo padrão de objetivação e de visualização, responsável pelo que se diz e pelas fronteiras que produz. Em nosso exercício, a psiquiatria, plugada no obelisco, nos conduz, portanto, a um jogo de opacidade e de deriva a ser aqui exercitado.

Modo de jogar cuja referência principal parte das contribuições de Silvina Rodrigues Lopes (2012), que, no texto *Do ensaio como pensamento experimental*, compreende o ensaio como um impulso de aventura para o pensamento, aqui-ali onde obscuridade e experimentação se permutam em todo o percurso, um percurso interessado pelo devir:

A história do ensaio apresenta-o como uma forma intermédia entre a literatura (poesia ou prosa) e um tipo de conhecimento construído segundo modelos da ciência ou da filosofia. Admite-se assim uma certa flexibilidade da escrita ensaística, que integra a fragmentação, a dissonância, e até mesmo a aceitação da incerteza do conhecimento. Chamamos ensaio a textos em que o pensamento põe de parte a oposição entre racional e irracional e se move segundo um impulso de aventura, não sistemático: não apenas o conceito mas também a imagem, não as diferenças mas as diferenciações, não o fixo, mas o que está em devir (Lopes, 2012, p. 121).

Lopes (2012) aproxima o trabalho de ensaio a um trabalho de poesia: são as palavras que comandam; e estas são como seres vivos em movimento. Em graus e de modos distintos, há, então, uma certa política atencional que constitui um ensaio: estar atento à “mallarmeana iniciativa das palavras”, isto é, olhar para “as suas relações de vizinhança, ressonâncias,

ligações privilegiadas, divergências, semelhanças das suas dissemelhanças e vice-versa” (Lopes, 2012, p. 122). Se, na poesia, a retirada das palavras da atmosfera linguística — ou seja, da leveza transparente e espontânea que as palavras carregam no cotidiano, ao percorrermos, leves como pássaros, trajetórias previstas — para “o peso do aqui-e-agora das sensações” é mais intensa e aberta, quando nos havemos com um ensaio, por sua vez, esse peso de obscuridade e de interrupção do presente precisa ser constantemente modulado em nome de uma maior legibilidade, de uma maior leveza (Lopes, 2012). É que, ainda que estranho ao contemporâneo, o movimento das asas precisa estar garantido.

Além disso, para Lopes (2012), a voz de um ensaio é pessoal, situada, não se descentra por completo, embora também fale da intersubjetividade de um não sujeito — aqui, é bom lembrar que, para a linguística, “pessoa” e “sujeito” nada têm a ver entre si, sendo a pessoa uma definição psicológica, posição situada do discurso, lugar de onde se enuncia¹³ (Barthes, 2012). Sobre essa voz pessoal e singular, afirma Lopes (2012, p. 123):

à voz múltipla do poeta no poema e do poema no poeta, corresponde no ensaio aquilo a que habitualmente se chama uma “voz pessoal”, e que é uma voz em que a descentração se torna visível sem nunca se chegar à perda de um efeito de centro, sem nunca se chegar ao ponto em que as relações de vizinhança das palavras se estabelecem de tal modo que o seu “ordenador” desaparece, deixa de ser ele a saber. É esta característica que define o estatuto mediador do ensaio, e o situa, como “subjectividade de um não-sujeito”, no campo das relações intersubjectivas, precisamente como impulso de desfixação das relações sujeito-objecto, força anti-identitária ou combate à opinião.

Também no ensaio, não importa tanto a subordinação entre os variados elementos. Um percurso ensaístico se guia pela coordenação e pela justaposição das palavras, das citações e dos objetos. É uma composição discursiva que ziguezagueia entre os conceitos, interessada em produzir, num determinado campo de forças, relações de vizinhança (lógicas, retóricas ou poéticas): “Este privilegiar das *relações de vizinhança* corresponde a uma disponibilidade e uma atenção ao outro que não é limitada pela ordem temporal, mas, pelo contrário, tende mesmo a ignorá-la e a percorrer a história sem método, em função de afinidades e movimentos de deriva” (Lopes, 2012, p. 123). Com isso, a autora fala em “herança”, em se apropriar intelectualmente de citações numa longa digressão pelo passado. No ensaio, há um deslocamento entre contextos, alteração de pontos de partida e de chegada, visto que “citar é

¹³ Não por acaso, a ciência hegemônica, ao fazer uma confusão entre pessoa e sujeito, defende uma linguagem “neutra”, impessoal (isto é, ausência de posição) para a produção científica, como se isso também garantisse a neutralização do sujeito diante de um objeto. É esse problema da impessoalidade, colocado de outra maneira por Haraway (1995), que esta critica, ao defender um conhecimento situado, posicionado.

sempre assinalar uma perda de contexto, uma ausência do passado como um todo disponível, e interromper aquilo que seria o contexto actual” (Lopes, 2012, p. 124).

Para nós, aqui, produzir relações de vizinhança é também um deslocamento geográfico, cujo remapeamento, atento às periferias e produtor de vizinhanças outras, almeja interromper não só o passado, mas os “bairrismos” do conhecimento. Lopes (2012), de Portugal, assinala a importância do ensaio em retirar do esquecimento obras soterradas sob as ruínas do progresso, lembrando Walter Benjamin (*apud* Lopes, 2012, p. 127): “Que ‘as coisas continuem como antes’: eis a catástrofe”. Já nós, do Rosa Elze, bairro do *campus* da Universidade Federal de Sergipe, tensionamos daqui: que as coisas continuem lá e como antes: eis outra catástrofe.

Próxima a Haraway (1995), Lopes (2012) defende que o ensaio não teme o fracasso da totalidade (ou, em outros termos, da onipresença universalista), sendo um pensamento que se ensaia, um pensamento por tentativas, que relaciona fragmentos com um todo. O fazer ensaístico é, ao mesmo tempo, astuto e modesto no corte, na fenda que produz: “algo vem, o que não quer dizer que seja o que esperávamos, nem que estejamos aí onde éramos esperados” (Lopes, 2012, p. 129). Não linear e não sistemático, o ensaio é nada mais do que um modo de partida, jeito a partir do qual percorremos o mundo sem grandes promessas, a não ser com uma pequena, literária e rigorosa promessa — a do acontecimento:

Se entendermos que o ensaio não só não vai revelar nenhuma verdade oculta, mas que também não explica, não desenvolve, não acrescenta e não intensifica nada que já lá estivesse, estamos a admitir nele uma dimensão afirmativa, de acontecimento. Estamos a admitir que, no fundamental, o ensaio não se desenvolve linearmente em função de objectivos científicos, pedagógicos ou outros. Por isso, qualquer leitura, mesmo a mais atenta, micrológica, obstinada, está sempre ainda aquém de uma escrita que ouse propor interpretações que se afastam das limitações do reconhecível.

O ensaio é assim um *modo de partir* de textos literários, ou de poemas, mas também de muitos outros textos e coisas, vozes, gestos, ideias, ou lugares. De onde se parte nunca é indiferente, mas o mais importante são as linhas que se traçam. Enquanto produção de sentido, o ensaio é a expansão, em formas e ritmos, de uma energia corpo-linguagem que diverge das fixações identitárias do hábito e dá lugar à invenção de conexões imprevistas. Esse tipo de composições não corresponderia a um destino herético se nele pudéssemos separar a negação do idêntico e a afirmação do não-idêntico. Prova-se, experimenta-se, porém, que esses movimentos são indissociáveis e que, no ensaio, tal como na “literatura propriamente dita”, o que importa é a sua promessa de acontecimento (Lopes, 2012, p. 129-130).

Como último movimento de desvio, é hora de, aproveitando o ensaio e sua tralha, com fins também teóricos e metodológicos, pensarmos brevemente alguns dos princípios genealógicos de Foucault (2000), em *Nietzsche, a genealogia, a história*. Para o autor, que parte de Nietzsche, a genealogia exige paciência e um demorar singular em seu fazer documentário — e, assim como o ensaio, ela se havê com o opaco, o indefinido: “A genealogia é cinzenta; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, muitas vezes reescritos” (Foucault, 2000, p. 260). Foucault (2000) também estabelece que o objeto próprio da genealogia são os conceitos de emergência (*Entstehung*, o ponto de surgimento, o princípio e a lei singular de um acontecimento) e de proveniência (*Herkunft*, o tronco, uma rede subindividual e desidentitária de mil acontecimentos, difícil de desembaralhar). Mas, para as próximas páginas, em atenção ao nascimento da psiquiatria e ao seu jogo de poder no decorrer da história, nos interessa, sobretudo, o conceito de emergência, modo de análise interessada em um jogo casual das dominações, no que sempre se produz em um determinado estado de forças:

A emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua interrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com o vigor e a jovialidade que lhe é própria. O que Nietzsche chama *Entstehungsherd* do conceito de bom não é exatamente nem a energia dos fortes nem a reação dos fracos, mas essa cena em que eles se distribuem uns diante dos outros, uns acima dos outros; é o espaço que os divide e se abre entre eles, o vazio através do qual eles trocam suas ameaças e suas palavras. Enquanto a proveniência designa a qualidade de um instinto, sua intensidade ou seu desfalecimento e a marca que ele deixa em um corpo, a emergência designa um lugar de confrontação; ainda é preciso evitar concebê-la como um campo fechado no qual se desenrolaria uma luta, um plano em que os adversários estariam em igualdade; é antes — o exemplo dos bons e dos maus o prova — um “não-lugar”, uma pura distância, o fato de os adversários não pertencerem ao mesmo espaço. Ninguém é, portanto, responsável por uma emergência, ninguém pode se atribuir a glória por ela; ela sempre se produz no interstício. Em certo sentido, a peça representada nesse teatro sem lugar é sempre a mesma: aquela que os dominadores e os dominados repetem perpetuamente (Foucault, 2000, p. 269).

A ideia de interstício, assim, nos provoca a entender que, em um acontecimento emergente, uma posição estranha, sem lugar, constitui esse teatro dos procedimentos:

A relação de dominação não é mais uma “relação”, nem o lugar onde ela se exerce é mais um lugar. E é por isso precisamente que, em cada momento da história, ela se fixa em um ritual; ela impõe obrigações e direitos, constitui cuidadosos procedimentos. Ela estabelece marcas, grava lembranças nas coisas e até nos corpos; ela se responsabiliza por dívidas. Universo de regras

que não é de forma alguma destinado a apaziguar mas, ao contrário, a satisfazer a violência (Foucault, 2000, p. 269).

De dominação em dominação, a humanidade “progride”, na história ocidental, como se um novo sistema de regras, forjando uma reciprocidade cada vez mais universal, fosse, lentamente, substituindo a guerra e a barbárie. Mas as regras, no jogo da história, exercem, ao contrário, uma função não apaziguadora, violenta:

É justamente a regra que permite que seja feita violência à violência e que uma outra dominação possa dobrar aqueles mesmos que dominam. Em si mesmas, as regras são vazias, violentas, não finalizadas; são feitas para servir a isto ou àquilo; elas podem ser burladas ao sabor da vontade de uns ou de outros. O grande jogo da história será de quem se apossar das regras, de quem tomar o lugar daqueles que as utilizam, de quem se disfarçar para pervertê-las, utilizá-las pelo avesso e voltá-las contra aqueles que as tinham imposto; de quem, introduzindo-se no complexo aparelho, o fará funcionar de tal forma que os dominadores se encontrarão dominados por suas próprias regras. As diferentes emergências que podem ser destacadas não são figuras sucessivas de uma mesma significação: são efeitos de substituições, reposições e deslocamentos, de conquistas disfarçadas, de inversões sistemáticas (Foucault, 2000, p. 270).

Parece-nos que, com a noção de emergência, tocar em modos de interromper sem contrato o contrato psiquiátrico, contrarregrando-o nas cenas de confrontação, é um caminho possível também de desmontagem do seu próprio jogo de forças, e mesmo do “grande jogo da história” a que Foucault (2000) se refere. Não se trata de recusar a confrontação, ou de se manter nos bastidores, sem entrar em cena. Mas, sim, de entender que o jogo de cena da emergência é insuperável, invencível, ainda que sejamos os vencedores da vez. Querer vencer, querer “superar” o poder, nesse caso, pode ser parte do problema das regras. O ensaio, assim, se torna tecnologia de experimentação de uma outra recusa radical: em vez de contracenar com as forças, de se apropriar de suas regras e de subvertê-las, a figura de um contrarregra inconveniente posiciona a questão de um outro modo: entrar em cena não para ser intérprete, mas para suspender a própria peça do jogo cênico. Repetimos: o nosso desafio não é efetuar um desmascaramento, uma neutralização das máscaras, mas fazer com estas, com outras delas, um outro jogo de cena. Contornar com desvios o incontornável interstício.

1.3 PSIQUIATRIA, UMA CIÊNCIA POLÍTICA; FICÇÃO, UM DESLOCAMENTO DAS CONTRADIÇÕES

Pinel mudou a sorte dos alienados. As cadeias se quebraram; os loucos passaram a ser cuidados com mais humanidade; a esperança ganhou os corações, uma terapêutica mais racional passou a dirigir o tratamento.

— Jean-Étienne Esquirol, *De la folie*¹⁴.

Desde o início da pesquisa, acompanho o duplo de uma pergunta supostamente contraditória: como é possível o fracasso da psiquiatria ser, em toda a sua história, também o auge de seu triunfo?

Partindo desse estranhamento, esquematizemos a questão, primeiramente, da seguinte maneira:

1. Os fracassos, por um lado: a poesia glacial dos laboratórios-cemitérios manicomiais¹⁵; o horror ineficiente, custoso, de todos os tratamentos iatrogênicos (produtores e cronificadores de doenças) da psiquiatria; as torturas brutas e brutais exploradas no decorrer dos séculos (a lobotomia com picador de gelo, o coma insulínico, o eletrochoque, o mata-leão físico e químico, o sequestro perpétuo de corpos marginais para um não lugar — o manicômio —, sem espaço e tempo); as contradições das drogas psicotrópicas (cujas categorias nomeadas de antidepressivos e de antipsicóticos, por exemplo, inspiradas nos antibióticos, não obtêm sucesso médico “contra” a depressão, muito menos “contra” a psicose, mas legitimam — e explicam — a perpetuação de suas existências enquanto doenças); etc. (Castel, 1978; Machado *et al.*, 1978; Whitaker, 2017).
2. Os triunfos, ao mesmo tempo, por outro lado: legitimidade médico-jurídica conquistada via Estado para exercer o monopólio técnico em relação à tutela absoluta da alienação mental (a lei de 1838 na França, a lei de 1903 no Brasil); o reinado soberano dos psiquiatras, embora não sem contrapesos internos, nos castelos hospitalares e nas

¹⁴ Epígrafe retirada de fonte secundária (Esquirol *apud* Machado *et al.*, 1978, p. 412).

¹⁵ “Poesia glacial” e “laboratórios-cemitérios” são expressões utilizadas por Castel (1978, p. 216) para se referir ao estranho sucesso do manicômio – fracassado, cadavérico: “Os tecnocratas que me perdoem: uma instituição não é uma empresa cujo sucesso se meça unicamente pela rentabilidade. O asilo foi surpreendentemente competitivo, à sua maneira. Cadáver, talvez, mas como livrar-se dele? Compreender a estranha perseverança do alienismo em sua essência, é também mostrar-se sensível à poesia glacial desses laboratórios-cemitérios em que uma experimentação paciente sobre o homem se realizou à sombra dos altos muros. É também mostrar que existe uma simbólica da exclusão, da rotulagem negativa, da estigmatização que, à sua maneira, pôde pagar tanto quanto os programas positivos de ressocialização e de cura que lhe serviram de cobertura”.

colônias antiloucas nos dois séculos passados; o Prêmio Nobel de Medicina de 1949 para Moniz, o criador da lobotomia; o lucro financeiro da indústria da loucura durante a ditadura civil-militar no Brasil; o lucro global e contemporâneo da expansão da patologização psiquiátrica em aliança com a indústria farmacêutica e com as tecnologias do *marketing*; e, para além do âmbito imediatamente econômico, o lucro moral e social, dos sentidos, no decorrer da história psiquiátrica, em sua eficácia incontestável de transformação da realidade (Amarante, 1996; Castel, 1978; Machado *et al.*, 1978; Whitaker, 2017).

Dentro do jogo do poder psiquiátrico, poderíamos, de maneira intuitiva, amplificar os fracassos, criticá-los, denunciá-los ao mundo, considerá-los pontos fracos e erros médicos, atacá-los, reforçá-los, nos concentrarmos em provar o fracasso científico da psiquiatria em ser uma medicina séria e medicamente fundamentada, para rirmos, desmascarmos, menosprezarmos ou subestimarmos os seus sérios triunfos. Em suma, se em nossa política de análise levássemos a sério os fracassos médicos da psiquiatria, correríamos o risco de ridicularizar os seus triunfos políticos. Mas, em outros âmbitos da vida, ou em outros debates críticos, intuitivamente não deslocaríamos a atenção justamente para o sentido contrário, isto é, para as grandes conquistas de um poder como o ponto de partida de um olhar?

Inevitavelmente, isso nos leva ao caráter ubuesco (grotesco) que constitui certas personagens de poder. Foucault (2001), ao analisar os discursos médico-jurídicos dos peritos psiquiatras do século XIX na França, enfatizou como as conclusões e a gramática acionada por eles eram ridículas, risíveis, desqualificadoras da própria cientificidade e autoridade. Mas essa paródia de mau gosto que nos faz rir não é sinal de inofensividade, mas, em última instância, no decorrer da história do Ocidente, expressão de um poder de matar:

Mostrando explicitamente o poder como abjeto, infame, ubuesco ou simplesmente ridículo, não se trata, creio, de limitar seus efeitos e descoroar magicamente aquele a quem é dada a coroa. Parece-me que se trata, ao contrário, de manifestar da forma mais patente a incontornabilidade, a inevitabilidade do poder, que pode precisamente funcionar com todo o seu rigor e na ponta extrema da sua racionalidade violenta, mesmo quando está nas mãos de alguém efetivamente desqualificado. Esse problema da infâmia da soberania, esse problema do soberano desqualificado, pensando bem, é o problema de Shakespeare; e toda a série das tragédias dos reis coloca precisamente esse problema, sem que nunca, acho eu, ninguém tenha elaborado a teoria da infâmia do soberano. No entanto, mais uma vez, em nossa sociedade, de Nero (que talvez seja a primeira grande figura iniciadora do soberano infame) até o homenzinho de mãos trêmulas que, no fundo do seu *bunker*, coroado por quarenta milhões de mortos, não pedia mais que duas

coisas: que todo o resto fosse destruído acima dele e que lhe trouxessem, até ele arrebentar, doces de chocolate — vocês têm todo um enorme funcionamento do soberano infame (Foucault, 2001, p. 17).

Se, nos processos de automedicalização da psiquiatria, esta fracassa, reforma após reforma, em ser uma medicina “de verdade” ou “séria”, ela triunfa, até hoje, ao mesmo tempo, como uma ciência política de excelência (Castel, 1978), sempre de prontidão a responder, tosca e sofisticadamente, problemas de governo do presente. O gigantismo de seu monumento político-ficcional, ainda que grotesco e antiquado, é o que lhe garante, no fim das contas, a perpetuação de uma legitimidade social (e econômica, cultural, administrativa, médica, científica); é essa maquinaria artificiosa o que chama a atenção dos olhos que a veneram, e que produz timidez e confiança. Assumir o triunfo monumental disso tudo, portanto, é o passo mais básico para uma estratégia ético-política de análise e de ação (par fundamental de luta).

Mapear o grandioso arsenal de sujeições conquistado pela psiquiatria é, aqui, o nosso ponto de partida para esboçar estratégias coletivas e cotidianas de sua desmontagem e interrupção. A pergunta de um longo trabalho a se abrir não deve ser tanto como a eficácia médica das práticas psiquiátricas é a todo tempo forjada para encobrir os interesses políticos da psiquiatria, mas como a própria eficácia política de seu modo de funcionamento (o de deslocar tecnicamente as contradições “externas” da realidade) é capaz de legitimá-la no campo da medicina, a ponto de encobrir (ou apaziguar) suas contradições internas (Castel, 1978).

Eficácia médica, de cura e tratamento, ou eficácia política, de governo do social? Embora seja tentador brincar com “confissões” que até hoje são assumidas pelos psiquiatras, como o sonho histórico de muitos em se transformarem em neurologistas (Diniz, 2025), ou a reafirmação séria, em um documento institucional recente, de que “A Psiquiatria é um ramo da medicina” (Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.*, 2006, p. 7) — neste caso, um princípio necessário de ser dito que, em documentos formais de outras áreas médicas, seria simplesmente óbvio e estapafúrdio —, o fracasso psiquiátrico somente é possível de ser considerado como tal em uma perspectiva interna, medicalizante, em tom de “autocrítica”, ou em uma perspectiva mais externa, mas facilmente medicalizável, em tom de denúncia científica. É a afirmação implícita ou explícita desse fracasso que, paradoxalmente, reforça o refinamento, a atualização e a expansão de sua legitimidade médico-científica no tecido social.

É que, de fato, é peculiar, curiosa, contraditória a medicina mental, nascida de uma reforma — dos hospitais e das contradições políticas constitutivas do Estado liberal francês logo após a Revolução Francesa — como a primeira especialidade médica do Ocidente (Amarante, 1996; Castel, 1978). Sendo assim, pensar o terreno da ficção na história e no

contemporâneo, e distingui-la da verossimilhança permite-nos desnaturalizar alguns paradoxos da história da psiquiatria que marcam a pergunta inicial deste ensaio: fracasso como auge do triunfo. Pergunta que, aliás, também parece rondar todo o livro *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, de Castel (1978), que nos dá pistas teóricas e sustentação histórica para o nosso problema que se mantém atual: o da ficção na psiquiatria.

Silvina Rodrigues Lopes, nos ensaios *a literatura no limite da ficção* (Lopes, 2019a) e *literatura e circunstância* (Lopes, 2019b), discute as relações entre ficção e literatura, atenta a questões como verossimilhança, semelhança, eficácia e identidade. Basicamente, no primeiro ensaio, ela acentua como, na história da literatura ocidental, há dois regimes hegemônicos de invocação da verossimilhança. Um deles, de tradição platônica, é avesso a contradições com as coisas reais. A autora analisa que, com Platão, em *A República*, é fundado um paradigma de avaliação negativa da poesia, a partir do qual se aproximou o significado de ficção com os sentidos de fingimento (pretender falsamente, simular, imitar, formar, modelar). Com Platão, diz Lopes (2019a), a poesia entra em um paradigma de condenação e de legitimação via filosofia, tendo como base a questão da imitação (*mimesis*), subordinada a uma concepção racional da identidade com as coisas reais (Ideias). Nem toda imitação será condenável, mas, nesse caso, não basta que a poesia seja agradável; é preciso também que ela seja útil. “É a concepção instrumentalista da poesia que faz nascer um tipo de mediadores entre os poetas e a cidade” (Lopes, 2019a, p. 35).

Para exemplificar esse regime hegemônico na literatura, Lopes (2019a) comenta sobre a concepção de romance do classicismo, tradição ficcional em que o respeito à norma é fundamental, em que não se pode haver contradição entre as atitudes das personagens e as máximas gerais. O “exterior” é uma norma que deve ser rigorosamente representada no texto, em equivalência à construção de ideais. Sem incongruências. Na lógica de que a ficção se constitui como aplicação de um modelo normativo, é o geral que determina o particular, repudiando perturbações ou desvios de semelhança. O romance no classicismo, assim, deve obedecer à pureza das ideias, à verossimilhança e a princípios universais. Em resumo, nesse caso, não há espaço para singularidades, contingências, materialidades ou ruídos nas imagens “imitadas”.

Já o segundo regime de invocação da verossimilhança, mais próximo da tradição aristotélica, produz um deslocamento de posição quanto à norma, ao verossímil. Aristóteles

(*apud* Lopes, 2019a, p. 39), em *A poética*, diz o seguinte: “de preferir às coisas possíveis mas incríveis são as impossíveis mas críveis”. Ou seja: segundo os princípios aristotélicos, na construção de uma tragédia, o mais importante é o ser crível, e não exatamente o ser possível. Também diz Aristóteles (*apud* Lopes, 2019a, p. 39-40): “O poeta representou impossíveis. É um erro desculpável contudo, se atingiu a finalidade própria da poesia”. Com essas citações, Lopes (2019a) argumenta, então, que a fabulação, para Aristóteles, é orientada por uma recepção prescritiva vinda do exterior, pelo que “deve ser”. Ela afirma que, na primeira citação, há uma identificação da verossimilhança com o que pode ser admitido, enquanto, na segunda passagem, há uma subordinação a um critério pragmático, interessado no cumprimento de uma finalidade.

Nesse percurso, Lopes (2019a), então, vê uma aproximação entre a concepção aristotélica e o que ela denomina de um outro regime de invocação da verossimilhança na literatura, posterior ao classicismo. Dali em diante, o romance balzaquiano e outros casos paradigmáticos passam a afirmar a originalidade de suas obras enquanto repúdio da norma. Isto é: são, a priori, afirmação do inverossímil. Mas só até certo ponto: esse outro modo de operação ficcional, ao mesmo tempo, artificializa uma verossimilhança, uma vez que produz suas próprias máximas, justificadas por uma finalidade interna (o objetivo dentro da própria narrativa) e por uma intenção externa (o objetivo do autor). Há um princípio de identidade e de não contradição que toma a narrativa ficcional em uma gramática funcionalista, e mesmo econômica. Desse modo, é produzida uma verossimilhança do inverossímil, na medida em que a lógica do romance se torna autotélica, dependente de um “*telos* definido como lei de unidade da composição construída pela subordinação de todos os seus elementos a um fim” (Lopes, 2019a, p. 41). Lopes (2019a, p. 41) também afirma que a narrativa que “recusa a verossimilhança enquanto semelhança com um exterior não é por isso mais arbitrária do que a que se pretende verossímil: ambas possuem uma determinação finalista”.

Sendo assim, os dois regimes narrativos se mantêm no terreno da verossimilhança, diferindo apenas no modo como a invocam:

Diferem na medida em que a narrativa verossímil exhibe uma motivação que oculta a ficcionalidade dos seus elementos sob a máscara da determinação causal, enquanto aquela que não reivindica verossimilhança se expõe como funcionalidade, podendo sempre o leitor reconduzi-la ao verossímil (Lopes, 2019a, p. 41).

Mais à frente, a autora desenha, de maneira mais detalhada, a análise que faz sobre as características e as implicações dos dois tipos de narrativa. Com isso, são avistadas por ela relações não só com a verossimilhança, mas também com a dimensão da representação:

No seu fundamental, através da teoria, a noção de ficção ou é reconduzida à de fingimento, que implica uma dicotomia — sério/ fingido, frases reais/ pseudo-frases — em que o primeiro termo é valorizado como o termo normal; ou é apresentada como construção que a si mesma se atribui um estatuto particular, o de objecto imaginário dotado de uma finalidade interna gerada a partir de uma intenção concretizada como acto de produção de ficção. Em ambos os casos se trata de separar um determinado tipo de discurso, o discurso ficcional, do seu fazer, da sua ocorrência no tempo, isto é, de o ignorar como acontecimento, para o tornar dependente de um *telos*, que tanto pode ser o de uma intenção como o de uma produtividade linguística. O que assim se acentua é ainda a dimensão de reconhecimento em prejuízo da inovação. Isso acontece tanto nos casos em que se propõe como cláusula pragmática de convencionalidade o “como se” da leitura, como nos casos em que a redução da construção ficcional a um dispositivo de comunicação coloca como ponto de partida a intenção do autor, presumida ou expressa directamente. Trata-se sempre de actualizar oposições do tipo natureza/ artifício, mundo real/ mundo ficcional, activo/ passivo, as quais têm por base uma concepção da linguagem enquanto instrumento de representação e comunicação que se auto-anula para dar lugar ao outro – a imagem das coisas, a força do agir. O abandono desse tipo de oposições – natureza/ artifício, mundo real/ mundo ficcional — não é uma questão de passagem da representação à anti-representação ou auto-representação. Esta última seria apenas a escolha de um dos polos, o artifício (Lopes, 2019a, p. 52).

Lopes (2019a, p. 53) explica que ambas as concepções “implicam a representação como processo de reprodução infinita que exclui qualquer possibilidade de relação da linguagem com o seu exterior”. E continua, apresentando uma outra proposta de visualização:

A representação (que não exclui a anti-representação ou auto-representação) é originariamente um processo divergente: representar não pode ser criar uma imagem adequada à realidade porque a realidade é já ela própria representação. É nesse sentido que a *mimesis* não é uma imitação, mas, como pretende Derrida, um tipo de duplicação (*doublement*) que não é uma cópia conforme a um original, mas um suplemento, algo que não somente se acrescenta mas que supre a falha original do representado — a de não ser senão pela representação, que por conseguinte não pode ser a sua imagem ou cópia. A ilusão representativa, dominante na época das imagens do mundo, supõe a posição de um sujeito investido de uma imaginação produtora ou reprodutora que ignora a nossa condição de seres de linguagem, decifradores de enigmas, para se entregar à construção de um mundo de imagens. Essas imagens, representações ou ficções, são assim um modo de ignorar a ficcionalidade constitutiva da linguagem, implicada no desdobramento incessante, em que repetir é diferir, e correspondente ao seu potencial poético ou literário enquanto capacidade de dizer o mudar que a representação subordinada ao verossímil necessariamente falha (Lopes, 2019a, p. 53-54).

Portanto, com Lopes (2019a, 2019b), é possível delimitarmos os princípios e os modos de funcionamento de certas tradições ficcionais que se querem neutralizadoras ou apaziguadoras de suas relações contraditórias com as contradições da realidade (a “interior” ou a “exterior”). Diante de noções de representação, de eficácia, e de um modo de criação ficcional (de mundos) que é inseparável de uma norma de verossimilhança — seja com, seja contra esta, mas que a invoca —, Lopes (2019a, 2019b) recusa a subordinação da literatura à ideia de ficção como tal¹⁶. O ficcional, aquilo que é da ordem do possível, deve, na verdade, suspender esse pragmatismo. A literatura, desse modo, passa a ser compreendida como experiência, como afirmação das forças geradoras da multiplicidade.

Resumindo: para além de tentar encaixar simplificadamente o jogo narrativo da psiquiatria em algum desses regimes hegemônicos, mais nos interessa percorrer, agora com essas ferramentas disponíveis mas guardadas, as singularidades e as peculiaridades de sua história. O movimento de pensamento de Lopes (2019a, 2019b) será fundamental em nossos próximos desvios, sobretudo porque, para ela, a estratégia para a literatura se situar viva e singular no mudar do presente não é bem criar um mundo contraposto, mas *interromper* a cadeia de representação do mundo, imerso em excessos de significados. E essa nada mais é do que uma outra ideia de ficção — uma outra concepção ético-estético-política para a imaginação no contemporâneo, se quisermos.

Na obra já citada e mais conhecida de Castel (1978), *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, o autor anuncia no prefácio que o objetivo último que defende com o seu livro é o de ajudar a desenhar o novo mapa das sujeições que se instalava em um momento de redefinição e de renegociação da medicina mental — a psiquiatria —, em meio a outros discursos e dispositivos de controle em emergência. Afirma também que, por outro lado, não pretende “denunciar programas maquiavélicos de política-ficção” (Castel, 1978, p. 18). Estava, sobretudo, atento ao seu presente: “Lutar contra os processos de sujeição e de expropriação desenvolvidos pela medicina mental exige uma consciência precisa sobre o modo de ação dessas novas tecnologias ‘brandas’. Portanto, montar, remontar e desmontar suas articulações concretas” (Castel, 1978, p. 17).

¹⁶ Diz a autora: “O escritor é aquele que encontra as palavras e os ritmos para dizer o seu tempo: o tempo como tempo de mudança – memória, metamorfose, abertura ao outro que não é futuro como cálculo mas sim algo que é da ordem do improvável, do que não emerge de uma necessidade prévia mas que na liberdade funda a sua própria necessidade. Recusa-se assim, sublinhe-se, qualquer subordinação da literatura à ficção ou à representação” (Lopes, 2019b, p. 28).

Nesse contexto, dentre outros aspectos, Castel (1978), então, faz um intenso percurso histórico e analisa as condições de emergência da medicina mental na França pós-Revolução Francesa, entre o final do século XVIII e o decorrer do século XIX. Naquela época, a atmosfera e os princípios iluministas em ascensão impunham novos desafios administrativos e jurídicos para o Estado francês. Por exemplo: já que manter o uso de instrumentos administrativos antigos e soberanos — como era o caso da *lettre de chachet* (ordem do rei)¹⁷ — se tornou um sinal de fragilidade e um constrangimento político da razão liberal emergente, como, então, retirar, da paisagem social, figuras problemáticas para a ordem pública? E, principalmente, como resolver o problema da loucura, isto é, como legitimar racionalmente o sequestro de corpos por demais estranhos à gramática contratual, liberal, da época? Estratégias de legitimação deram conta para sustentar, supostamente sem ares arbitrários ou contraditórios, a retirada da liberdade do criminoso, do vagabundo e do mendigo. Os poderes executivo e jurídico reconheceram seus lugares, reequilibraram forças e responsabilidades. Mas e quanto aos loucos, que abalavam e “horrorizavam” a ordem pública de maneira tão singular?

Castel (1978) explica que, no caso da loucura, havia um desequilíbrio político de três poderes, concorrentes entre si: o executivo, o jurídico e o familiar. Diante disso, toda a confusão administrativa, ao não conseguir responder satisfatoriamente aos princípios da razão liberal, deixou em aberto a via de governo dos loucos. A saída criada foi a aproximação da figura do louco à figura da criança, e a concomitante medicalização do fenômeno da loucura como problema de governo: assim, com a entrada da psiquiatria em cena, foi possível produzir um novo estatuto de tutela essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual. O louco era como uma criança: irresponsável, demandava uma tutela brutal, praticamente absoluta, de seu responsável, o alienista. E, ainda mais importante, o louco era um doente: a alienação mental, uma contradição (e subversão) da razão, tinha cura, mas demandava um tratamento especial, moral, a ser operado, por razões técnicas e médicas, isolado da família e da sociedade.

Castel (1978, p. 32), com outras palavras, aponta como, inicialmente, todo esse processo de medicalização se tratava mais de uma reforma para legitimação do Estado liberal francês (inclusive uma reforma do próprio hospital, velho lugar agora reformado para os loucos, para

¹⁷ Explica Castel (1978, p. 23) que a ordem do rei era um instrumento outorgado por intermédio do ministro da Casa Real e solicitado ou pela autoridade pública ou pelas famílias. Primeira situação: “quando um insano perturbava a ordem pública, os serviços da chefia de polícia de Paris e os intendentes, nas províncias, podiam solicitar uma ordem de internação ao rei. Eles podiam até apoderar-se do louco, mas a sequestração provisória só passava a ser legal após a obtenção da *lettre de cachet*”. Segunda situação: a família “justificava, numa ‘petição’, as razões pelas quais solicitava o enclausuramento do insano (ou mais geralmente do perturbador da ordem familiar: pródigo, libertino, devasso, etc). Se o rei, por intermédio do ministro de sua Casa, fornecia a ordem, o insano passava a ser um desses ‘prisioneiros de família’ que representavam aproximadamente nove décimos das *lettres de cachet* sob o Antigo Regime”.

somente eles, espaço de racionalização e “humanização” via medicina mental) do que exatamente da invenção de novas práticas administrativas, médicas, científicas:

Assim, o dispositivo de controle da loucura, no século XVIII, só parece tosco se o medirmos com o metro do monopólio médico. Mas ele é frágil porque reparte as responsabilidades entre aparelhos concorrentes por meio de procedimentos complexos e desarmonicos. Essa síntese barroca irá, portanto, se desfazer no momento em que a instância de arbitragem, o poder real, for qualificada de arbitrária. Trata-se aqui, de um ponto fundamental: inicialmente não são tanto as *práticas* que serão levadas a mudar mas seu *princípio* de legitimação; e a impossibilidade de legitimar as antigas práticas enquanto tais suscitará as novas — ou imporá antigos procedimentos, que até então só tiveram um papel subalterno, no centro do sistema — assegurando dessa forma, por meio de um longo desvio, o triunfo da medicalização da loucura.

É bom enfatizar: eram tempos de uma contradição insuperável: como salvaguardar a ordem pública e, por outro lado, a liberdade dos cidadãos? Ou em outros termos: como responder a uma exigência administrativa de sequestração dos loucos e, ao contrário, respeitar as regras jurídicas iluministas? Além dos poderes executivo e jurídico, a instituição familiar, uma terceira via possível, também não seria capaz de responder satisfatoriamente a esse problema. De início, então, diante “da ambivalência de horror e piedade suscitada pelo louco, a medicina mental dará a cartada da benevolência” (Castel, 1978, p. 44), em aliança com a filantropia francesa. Castel (1978) formula a tese de que, em meio a esse contexto político, a medicina mental consegue sofisticadamente operar o deslocamento da insuperável contradição. A psiquiatria, portanto, nasce como a primeira especialidade médica para responder a um problema de governo, não médico, e ela o faz de maneira extremamente eficaz, conforme a boa ciência política que ela é desde o seu princípio:

Através da medicalização há um verdadeiro “deslocamento”, isto é, transformação da situação inicial por meio da transferência de certas atribuições das instâncias antagônicas para um *terceiro poder*. Esse deslocamento constitui a operação própria da medicina mental, através da qual, ela se inscreve na problemática política (Castel, 1978, p. 187-188).

O autor segue:

A medicina mental pode, inicialmente, deslocar a contradição porque se coloca no terreno de uma das partes e ratifica integralmente sua demanda: ela requer imperiosamente o que o poder administrativo exige absolutamente, a *sequestração* dos alienados. Mas, transforma-lhe o sentido, justificando-o com suas próprias razões. A noção de “isolamento terapêutico” é o

maravilhoso operador dessa alquimia. O isolamento terapêutico, como dissemos é, segundo Pinel, Esquirol e toda a tradição alienista, a atividade médica que “opera uma diversão no delírio”, “modificando a direção viciosa da inteligência e das feições dos alienados”. É a primeira medida a ser tomada, e urgentemente (ela deve, portanto, escapar à lentidão do aparelho judiciário) pois constitui uma condição necessária à cura. O isolamento terapêutico não é, portanto, um *seqüestro*, ato arbitrário de uma autoridade usurpadora, é uma *internação* requerida pela situação particular do alienado. Medida, sem dúvida, tão imperiosa, tão rigorosa e tão segura quanto a mais policial das detenções. Mas, através dela, o espaço de detenção se tornou o melhor meio terapêutico e, reciprocamente, o “estabelecimento especial” garante um isolamento tão eficaz quanto a melhor das prisões (Castel, 1978, p. 188).

Pacientemente, Castel (1978) evidencia como, na história, a psiquiatria transforma o sentido das sequestrações e racionaliza as suas práticas via deslocamento médico-humanista de um problema político:

A série administrativo-policial: salvaguarda da ordem pública-detenção-sequestro, torna-se assim a série médico-humanista: bem para o doente-isolamento-internação num estabelecimento especial-tratamento-cura (eventual). Se alguns maus espíritos se obstinam ainda em falar de repressão (pois trata-se, evidentemente, do exercício autoritário de uma coerção dolorosa), pelo menos ela se justifica plenamente pelas razões mais científicas e administradas pelos especialistas mais competentes e mais respeitáveis, os médicos (Castel, 1978, p. 188-189).

É essa, enfim, a resolução perfeita para a governabilidade dos loucos — ou, melhor dizendo, a solução perfeita para um problema não resolvido, mas reformado:

Medicalizar um problema é mais deslocá-lo do que resolvê-lo, porque é autonomizar uma de suas dimensões, trabalhá-la tecnicamente e, assim, recobrir sua significação sócio-política global, a fim de torná-la uma “pura” questão técnica, adscrita à competência de um especialista “neutro”. Operação cujos efeitos funcionam em dois níveis. No plano “ideológico”, trata-se de resolver ou desarticular verbalmente a contradição, numa nova síntese que garante, pelo menos, que a fórmula adotada era a melhor possível [...]. Não há mais golpe de força, arbítrio e escândalo, mas solução maduramente refletida, que leva em consideração todos os interesses presentes. No plano das práticas equivale a reduzi-las ao que é imediatamente manipulável num quadro técnico-científico ocultando tudo o que não é do âmbito de um tal “tratamento” técnico (psicológico ou orgânico) (Castel, 1978, p. 189-190).

À medida que o autor constrói sua tese de medicalização como deslocamento das contradições, é possível mapear como, na história da constituição da psiquiatria, as palavras “tecnicização”, “racionalização”, “deslocamento”, “manipulação”, “ocultação do não manipulável”, “medicalização” e mesmo “ficcionalização” se justapõem como sinônimos. No

livro, embora encontremos alusões diretas à ficcionalização (termos como “fictício” e “ficção”, por exemplo) no decorrer da discussão, essas referências, em geral, não aparecem de maneira tão explícita. Aqui, é um dos nossos trabalhos, portanto, intensificar e explicitar essa justaposição entre psiquiatria e ficção a partir da obra de Castel (1978). Atentemo-nos: em um outro trecho, o próprio autor destaca em *itálico* a expressão “como se”, que não é nada mais do que um procedimento de tradição ficcional:

Essa lógica da subjetivação (ou da individualização) constitui o modo próprio de intervenção da medicina mental e lhe confere seu sentido político específico. Assim, na racionalização e na prática efetiva do “isolamento terapêutico” está claro que não se suprime o antagonismo entre a ordem pública e a liberdade individual. Mas o segundo termo da oposição ficou invalidado como posição de direito e tornou-se um caso a ser “assumido”. O único problema será, doravante, saber se o caso é bem ou mal tratado segundo critérios técnico-científicos autônomos. Deslocamento, portanto, numa problemática inteiramente médica, de um problema de poder que se colocava inicialmente em outra parte e de forma diferente. Doravante, com a maior boa-vontade, o médico enquanto tal nada mais poderá senão operar nesse quadro técnico a fim de refinar seu dispositivo de intervenção especializada. A neutralidade médica erigiu como seu exterior o que era também seu interior. Fazendo necessariamente *como se* o conjunto dos problemas que lhe são apresentados implicassem somente em sua competência, ela reproduz doravante, através de cada uma de suas intervenções concretas, a escolha política que constitui o *status* social do alienado. A medicina mental reproduz, portanto, a exclusão social. Mas confere-lhe a forma mais “humana”, não somente justificando, do ponto de vista médico, suas razões, como também tratando da mesma forma seus efeitos (Castel, 1978, p. 190).

Ou seja, não apenas é instalado um modo de ficcionalização dos problemas e das contradições políticas da realidade, a ponto de esses novos sentidos serem compreendidos como propriedade médica; até mesmo os efeitos políticos da medicalização da psiquiatria, que poderiam escapar ao controle da gramática médica, são absorvidos como problemas também médicos. E, até hoje, é nesse ponto que a crítica à psiquiatria, muitas vezes, se embanana ou se acopla: lida com os efeitos políticos do político dentro de um campo médico, *como se* a questão pairasse em torno de um problema técnico e racional. Nesse caso, o deslocamento das contradições emergentes segue firme e forte, sempre a conquistar novos territórios e outros modos de legitimação sociopolítica. A nossa constatação é a de uma máxima histórica: o fracasso médico da psiquiatria é razão para dar mais razão à psiquiatria:

A colaboração regulada entre a medicina e a administração garante, doravante, a legitimidade do processo, salvo “excessos” tais como a precipitação, a falta de perspicácia diante das pressões familiares, os erros de diagnóstico, etc.

Razão a mais para reforçar a autoridade da intervenção médica, a fim de fazer dela um ato humano e cientificamente irrepreensível (Castel, 1978, p. 204).

Com o tempo, além disso, o desenvolvimento tecnológico da instituição psiquiátrica diante de novas necessidades de controle foi dissimulando melhor sua finalidade: “Em oposição ao que se manifesta claramente através da brutalidade do ‘isolamento terapêutico’, as tecnologias mais sofisticadas serão, ao mesmo tempo, mais ‘brandas’ e mais bem armadas para recobrir as relações de força com relações de sentido” (Castel, 1978, p. 191). Aqui, grifemos uma formulação importante para nós: a imagem de tecnologias que *recobrem relações de força com relações de sentido*. Castel (1978), com isso, pensa, logo em seguida, na imagem de um *iceberg*, do qual a dimensão médica seria a única parte manifesta. Mas preferimos, neste trabalho, partindo da mesma lógica de funcionamento, a imagem de um grande monumento maquínico: montagem que publiciza suas relações de força e expressões de poder — por mais que de um modo enigmático e obscuro, como o faz um obelisco, por exemplo —, e que, à medida que cresce, se desloca e se enraíza, sombreia as relações de força da praça (e do bairro, da cidade, de nossas formas de existir) com outras relações de sentido. Às vezes, não é noite, apenas uma sombra por demais insistente e assombrosa que, neutralizando a luz sobre partes do mundo de desordem e de contradição, transforma de modo muito eficaz a realidade, imprimindo-lhe, com sentidos supostamente mais legítimos, outros modos de se relacionar com os sentidos e as forças desse outro novo mundo.

Na França, depois da conquista da lei de 1838, que marcou a era de ouro do alienismo, os problemas permaneceram, mas as contradições abertas não existiam mais. A psiquiatria, ciência política a responder problemas de governo, em aliança com o Estado, garantiu a “conciliação formal dos antagonismos, que os desloca e poupa sua real solução” (Castel, 1978, p. 225). Ainda sobre a lei, Castel (1978, p. 224-225) aponta:

Compreende-se, assim, que a lei tenha podido modificar muito pouca coisa na prática e, não obstante, transformar a natureza dos discursos dos responsáveis, e isso, sem dever se referir a uma vaga função da “ideologia” oposta à “realidade”. Realidade da ideologia, ou melhor, eficácia particular a um certo tipo de discurso, que também transforma o mundo, porque trabalha essa específica do “administrável” cuja importância tentamos estabelecer aqui.

Já em relação às contradições internas da própria psiquiatria, ao seu modo de automedicalização em busca de legitimação científica, é fundamental evidenciarmos, também com Castel (1978), que a medicina mental, a primeira especialidade médica da história, já nasce velha:

um código médico já superado e um velho devaneio político encontram, em sua aliança, uma nova juventude. A vitória histórica do alienismo se deve a que ele soube juntar — ou melhor, não dissociar — uma trama médica, garantida pela respeitabilidade científica, e uma trama social, a dos filantropos e dos reformadores do período pós-revolucionário à procura de novas técnicas assistenciais (Castel, 1978, p. 98).

É curioso, porque, na época, a medicina se reorganizava enquanto profissão para produzir uma unidade, como o término da separação entre medicina e cirurgia. E a medicina mental desponta em um caminho contrário, se especializando. Também a medicina mental se afasta da fisiologia, do que posteriormente seria chamado de medicina somática. Novidade com coisas envelhecidas, eis o paradoxo:

à medida que a primeira especialidade médica cresce espetacularmente, estabelece-se uma distância cada vez maior em relação ao que deveria servir-lhe de fundamento, o desenvolvimento concomitante da medicina em geral. As “afirmações científicas demasiado jovens” da medicina mental repousam, de fato, numa referência médica muito envelhecida (Castel, 1978, p. 101).

Em resumo: produção de uma ciência ultrapassada para a ciência, por meio da qual se poderia responder cientificamente a um mandato não científico, não médico. “A ‘escolha’ desse corpo teórico parece orientada menos por sua ‘cientificidade’ médica do que por sua pertinência na codificação de uma problemática social” (Castel, 1978, p. 101). Essa operação ficcional, inventiva, não é, portanto, mera e pura ideologia moral, conforme poderiam acusar, mas uma via eficaz de realização do controle social da loucura ante os desafios político-administrativos postos em uma França pós-revolucionária. A medicina mental instrumentalizou as preocupações práticas dos higienistas e dos filantropos com um arsenal político-ficcional: “é o conjunto do sistema alienista que é capaz de reformular ‘cientificamente’ as exigências da nova política da assistência que se elabora no mesmo momento” (Castel, 1978, p. 102).

De modo ainda mais específico, quanto à questão do saber psiquiátrico nascente, outros apontamentos importantes são necessários: Pinel era contrário ao que denominava obscurantismo metafísico, cujo objetivo seria um ir além do fenômeno passível de observação empírica. É esse ir além, no entanto, que desembocará, em termos práticos, no modelo de cientificidade que busca uma sede/causa orgânica da doença, e que constituiria dali em diante a clínica médica — a era da abertura dos cadáveres. Para Pinel, segundo Castel (1978, p. 103), “a ciência contenta-se em encontrar seu ordenamento racional limitando-se ao que é dado na experiência. Ela distingue o essencial do acessório, o constante do acidental” a partir do que aparece à observação atenta. É daí a instauração de uma racionalidade classificatória, focada

minuciosamente em analisar os sintomas das doenças e o seu modo espontâneo de aparição, desenvolvimento e término natural. Pinel, baseado em Locke e Condillac, chamava o seu método de “filosófico”, contrário ao que denominava de “metafísico”, às vagas especulações sobre as causas ocultas dos fenômenos.

Fenomenologia descritiva *versus* observação clínica. Ou ainda: psicogênese *versus* organicismo. A medicina mental nascente navegava mesmo em uma contracorrente médica: os primeiros alienistas defendiam que as causas da alienação mental eram morais, civilizacionais. Castel (1978) enfatiza que seria um preço muito alto, no entanto, assumir o “divórcio” entre medicina e medicina mental, assumir a diferença de natureza do objeto psiquiátrico (moral, sobretudo: civilização, paixões, ideias, distúrbios sociais) e da sua terapêutica específica (tratamento moral como uma tecnologia pedagógica que objetiva a “desalienação”, o restabelecimento da ordem da razão sobre a loucura):

Na Salpêtrière, assim como nos novos asilos constituídos a partir do seu modelo, “abrem-se os cadáveres”, e procura-se, na forma do crânio, os sinais de uma deficiência orgânica, ou mesmo de uma malformação hereditária. Mas tudo se passa como se, uma vez prestada essa homenagem ao modelo moderno da cientificidade, voltasse-se às questões realmente sérias, que são de ordem prática e, para as quais, a anatomia não proporciona respostas (Castel, 1978, p. 108).

As questões de ordem orgânica não eram realmente sérias para o saber psiquiátrico, apenas objeto de reverência e instrumento de legitimação. Ao contrário da política e da antropologia, a anatomia não proporcionaria respostas de ordem prática ao controle social, pedagógico, da loucura, a não ser pela eficácia que o “como se”, forjador da gramática médica, teve em apaziguar ficcionalmente não só as contradições de um Estado liberal francês, mas as contradições internas de uma ciência política que precisava se manter médica para não ter seu monumento desmoronado, degolado, por poderes concorrentes. Com o tempo, então, dois modelos de doença mental se instalam: “um esquema organicista supondo uma lesão localizada na origem da doença; uma nosografia moral e social dos sintomas da desordem remetendo a uma psicopatologia das paixões e a um terreno social patogênico” (Castel, 1978, p. 108).

Porém, como já dissemos no início deste ensaio, a fraqueza teórica da psiquiatria não é exatamente a questão que importa, que nos exige atenção e energia. Pois, na sua história, não é do ponto de vista do saber que se apreende a força do empreendimento psiquiátrico:

É a fraqueza teórica do sistema alienista que faz sua força prática. Ou, em outras palavras, foi porque não autonomizou uma dimensão propriamente

“científica”, que a medicina mental pôde se realizar imediatamente através de seus objetivos práticos. Como os primeiros alienistas nunca instituíram uma ruptura, nem mesmo tomaram uma verdadeira distância em relação à concepção social “ordinária” da loucura, como eles reiteraram em suas nosografias a supremacia da ordem, da mesma forma que impuseram em seu tratamento a autoridade do poder dominante, então, ficaram desde logo no mesmo nível das estratégias políticas que visavam a perpetuação dessa ordem. Síntese teórico-prática, a medicina mental nomeou em sua teoria o que tinha por objeto combater em sua prática: certas fissuras dessa ordem (Castel, 1978, p. 117).

Castel (1978, p. 117) continua, sintetizando sua problematização:

A questão da “cientificidade” da psiquiatria é, portanto, um falso problema. Ela não operou nenhuma mutação na ordem do saber médico. Em compensação, soube marcar, com o selo médico, práticas que dizem mais respeito às técnicas disciplinares do que às operações de exploração clínica da medicina moderna. De que maneira? Através de uma dupla operação. Primeiro se referindo a um corpus médico já arcaico no momento de seu nascimento, o das classificações nosográficas do século XVIII. Em seguida, inscrevendo-os num espaço hospitalar em vias de reestruturação de uma nova tecnologia médica. Portanto, código médico, mas já ultrapassado. Ambiente médico também, mas reinterpretado no quadro de uma pedagogia autoritária sem relação com o trabalho clínico. Essa dupla inscrição se revelou suficiente para dar um rótulo médico a uma síntese que não o era, em função dos critérios da medicina atuante da época. Mas, tendo sido talhado, assim, tão largo, o hábito médico que lhe permitiu cobrir e legitimar fora do campo de sua estrita especialização. Pelo menos tanto quanto a constituição de um novo campo da medicina, o nascimento do alienismo deve ser interpretado como a segmentação de um novo grupo no seio dos profissionais da assistência. ‘Pelo menos tanto quanto’, ou seja, nem mais nem menos. A etiqueta médica possibilitou uma certa credibilidade ‘científica’ a um projeto político que, por sua vez, impôs a escolha do tipo de cientificidade desenvolvida. Eis aí as duas faces de uma mesma operação, através da qual, a problemática da assistência ultrapassou um novo limiar.

Mais à frente, no livro, essa questão do falso problema de cientificidade volta brevemente, quando Castel (1978, p. 144) critica como uma certa tradição de crítica à psiquiatria — próximas ao que se convencionou chamar de antipsiquiatria — se defronta com os mecanismos psiquiátricos, ficcionais, de produção de realidade social:

Críticas desse tipo insistem, em geral, sobre o caráter pseudocientífico das operações que, supostamente, fundam esses golpes de força (a doença mental é um “mito” etc.). Além da dificuldade que se tem, com isso, para compreender o que dá ao psiquiatra um tal poder, o essencial, sem dúvida, não reside aí. Um perito não é e não tem que ser um teórico. O que o determina não é tanto a força da verdade quanto a necessidade de ajustar os elementos conflitantes, dados numa situação concreta. Admite-se o caráter mais ou

menos aproximado de suas avaliações na medida em que ele ocupa uma posição estratégica num processo de decisão.

O autor retoma sua crítica da crítica mais à frente:

Talvez falte, às análises do tipo de Freidson, de Szasz e de A. T. Scull — que faz, nessa base, um notável estudo da conquista do monopólio do tratamento da loucura pelos psiquiatras ingleses, no início do século XIX — possibilitar compreender suficientemente por que o engodo funciona (Castel, 1978, p. 145).

Por que o engodo funciona e, talvez ainda mais basilar, como ele funciona? Nesse jogo de poder, não importa tanto para o Estado, para o capitalismo e para outras instituições o que *realmente* a psiquiatria faz ao nível das práticas (os seus mais diversos fracassos históricos e cotidianos enquanto medicina), mas o que ela *supostamente* faz como ciência médica. Esse seu poderio ficcional parece suficiente para lhe dar um aval político-administrativo sobre os focos de desordem. Portanto, não se pode negar, é claro, o triunfo dos psiquiatras em terem conseguido inventar, sempre atentos ao espírito social do seu tempo, uma sofisticada máquina de codificação da realidade, de produção sob medida de sentidos administráveis.

É o caso da monomania, por exemplo, invenção diagnóstica criada pelos alienistas pós-pinelianos para dar conta de contradições abertas, fragilizadoras da razão, que rondavam o âmbito da justiça no século XIX. Foi essa, para a psiquiatria, uma oportunidade arriscada de alargar o conceito de loucura e explorar territórios fora do asilo. Loucura: não mais um fenômeno patológico constituído necessariamente pelo delírio. A partir da monomania, haveria uma loucura sem delírio: perversa, mais obscura, mais virtual, ainda mais perigosa, não mais digna de benevolência, não mais seguramente curável. O psiquiatra, responsável pelas irresponsabilidades da loucura em expansão na sociedade, não conseguiria mais assegurar à ordem pública que um monomaniaco estivesse curado, pois nele não havia expressão do delírio; nele havia o silêncio do mistério, a imprevisibilidade perigosa de atos enigmáticos e monstruosos.

Através da monomania os psiquiatras conseguiram realizar muito bem a difícil tarefa de responder àquilo para o que foram feitos socialmente: desvendar a subjetividade para codificar os comportamentos que são problemáticos em outros códigos e, portanto, que não são geríveis pelos outros aparelhos. Pois codificar é gerir através de um mandato social. O diagnóstico inaugura um destino institucional. Para começar, asilo ou prisão, dependendo do acusado ser ou não reconhecido como monomaniaco. Mas, posteriormente, e de uma forma mais sutil, a gama das possibilidades se ampliará através do desenvolvimento de um leque institucional, cuja diversificação se fará

paralelamente ao refinamento dos crivos de interpretação e à diversificação das populações a serem “atendidas”. A atividade da perícia deixará, então, de funcionar sobre o modo dicotômico “ou... ou”: ou louco ou criminoso. Ela situará o indivíduo numa escala de responsabilidade e de desempenhos. Ela se tornará atividade de triagem, de despistagem, de orientação, de classificação. Ao mesmo tempo, será levada a abarcar um número crescente de indivíduos (Castel, 1978, p. 170-171).

Com a criação do diagnóstico da monomania como uma resposta a uma demanda jurídica, o registro mudou: “não se trata mais de um ‘retorno à razão’ que anula o parêntese patológico, mas da permanência de uma natureza perversa que pode simular os sinais exteriores da normalidade” (Castel, 1978, p. 172). Isso torna o irresponsável para sempre perigoso: é preciso, em vez de prendê-lo, interná-lo para sempre. Um campo virtual, de incerteza, de obscuridade, se amplia: há a constante possibilidade de haver algo por detrás da aparência e é preciso suspeitar da normalidade. Qualquer sinal virtual de estranhamento, muitas vezes inverificável, aciona a caça preventiva. E, como ato preventivo, de cautela, de prudência, o psiquiatra majorará o perigo, ampliará o seu terreno de incidência como mandatário de regulador das desordens sociais. Só há alívio público se os alienados, mesmo aparentemente curados, seguirem presos, sob suspeição dos psiquiatras, para sempre. Eis o tamanho poder da ficção:

Prova, ao mesmo tempo, do caráter amplamente fictício — do ponto de vista do saber — e essencial, do ponto de vista do controle social, do diagnóstico psiquiátrico: é através de um prognóstico de periculosidade, do qual, mesmo os psiquiatras mais cientistas nunca conseguiram fornecer critérios positivos indiscutíveis, que ele pesa, sobretudo, para condicionar completamente o destino social de um sujeito (Castel, 1978, p. 174).

Essa conquista — a das perícias —, na verdade, abalou as próprias retaguardas da medicina mental. Por exemplo: o que fazer com um perverso ineducável, se o tratamento moral é uma tecnologia pedagógica? E como prevenir toda a sociedade contra os novos perigos da loucura a partir de um dispositivo tecnológico tão limitado como o asilo? Não sem dificuldades, a psiquiatria foi dando seu jeitinho:

Trata-se, sempre, de prevenir contra uma ameaça difusa e de afirmar a competência exclusiva dos novos especialistas para detectá-la e neutralizá-la. O caráter dicotômico da oposição normal-patológico ainda restringe essa atitude à procura de “verdadeiros loucos” que um meio inocente não é capaz de descobrir. Mas esse freio é frágil, na medida em que até mesmo esse olhar desmantela uma percepção objetivista da loucura: ele procura sinais escondidos de desordem atrás das aparências de um comportamento racional.

Início de uma reversão, cujas consequências ainda não deixamos de sofrer: é a normalidade que é suspeita de ser uma “aparência”, e que deverá ser comprovada diante de um tribunal de especialistas em patologia (Castel, 1978, p. 174-175).

Com isso, ponto sem retorno: o parâmetro ficcional de realidade-norma da psiquiatria se complexifica dramaticamente, pois supera dicotomias de verossimilhança, modulando-as. Se a anormalidade, agora, pode simular normalidade, então a realidade cotidiana, banal e insuspeita pode ser, na verdade, sob o faro científico e especialista da psiquiatria, uma *aparência* que precisa ser institucionalizada. Psiquiatrização da sociedade, psiquiatrização da realidade. Ora: para uma ciência política de controle e de higiene social, quais “aparências” (corpos-alvos) mais convenientemente “pareceriam” com sinais perigosos de anormalidade?

Em outros trabalhos clássicos da década de 1970, não é muito difícil encontrarmos excertos que captem o jogo de poder da psiquiatria a que estamos nos referindo, como o trecho seguinte do livro *Danação da norma*, de Machado e outros autores (1978, p. 395): “[...] o campo próprio da medicina mental, medicina prevalentemente moral que deve — para continuar médica — referir-se ao substrato físico sobre o qual, direta ou indiretamente, mas sempre de modo obscuro, diz pretender operar”. Páginas mais à frente, os autores (Machado *et al.*, 1978, p. 447) complexificam o debate e definem, de maneira precisa, a instauração de um jogo autorregrado da medicina mental na realidade brasileira do século XIX:

A psiquiatria, portanto, não se constitui no Brasil como uma idéia, uma idealidade discursiva, um simples efeito ideológico: uma justificação ou legitimação que tem como objetivo ofuscar, mistificar, obscurecer os mecanismos de dominação de uma classe sobre outra. Sua ação é muito mais penetrante, eficaz e positiva. Ela atinge diretamente o corpo das pessoas; é uma realidade que desempenha um papel de transformação dos indivíduos, assumindo o encargo de sua vida, gerindo sua existência, impondo uma norma de conduta a um comportamento desregrado. Denota, assim, a presença da medicina em um aspecto da realidade que até então lhe era estranho, desconhecido, exterior. Através da psiquiatria o médico penetra ainda mais profundamente na vida social, dá as cartas em um jogo que passa a existir segundo regras por ele mesmo criadas.

Birman (1978, p. 418), por sua vez, em *A psiquiatria como discurso da moralidade*, fala em camuflagem, após apresentar as justificações médicas de Pinel que objetivavam legitimar a utilização do trabalho do alienado como “instrumento de cura” do tratamento moral num asilo: “Procurava-se assim camuflar o aspecto fundamental da utilização do trabalho, como

instrumento repressivo sobre o corpo e as idéias do alienado, através de pseudo-argumentações científicas”.

Percebamos: oculto, opaco, obscuro, camuflado, encoberto, escondido, *como se*: palavras que, elas próprias, se convocam constantemente no campo psiquiátrico. Tais signos, ao operarem, nesse contexto, como alusões diretas ou indiretas à ficção constitutiva do monumento psiquiátrico, estão presentes tanto nas análises críticas que almejam desmontar os seus mecanismos de funcionamento, como nas críticas mais suscetíveis à medicalização pela via do desmascaramento, ou ainda em narrativas declaradamente medicalizantes que prometem trazer, enfim, a verdade-redenção da psiquiatria, reformando (apaziguando) as suas contradições mais explícitas.

Atualmente, no mercado editorial, fazem sucesso títulos marqueteiros como *Psiquiatria: uma história não contada*, de Jeffrey Lieberman com Ogi Ogas (2016), ou ainda *O que os psiquiatras não te contam*, de Juliana Belo Diniz (2025). Cada um ao seu modo de convocar o público a partir de tons autocríticos e confessos, os dois surfam na promessa da revelação de um oculto, para despertar a curiosidade dispersa de leitores: *marketing* e ficção estão entrelaçados, por certo, na codificação saturada de sentidos no contemporâneo — não podemos esquecer que há uma indústria, um mercado e especialistas da ficção (Lopes, 2019a, 2019b).

Em relação ao primeiro título, Robert Whitaker (2015), jornalista estadunidense, referência importante na denúncia ao estatuto de cientificidade da psiquiatria contemporânea, escreveu um artigo ácido contra o livro de Lieberman (Lieberman; Ogas, 2016), psiquiatra e ex-presidente da Associação Americana de Psiquiatria. Com o objetivo de se contrapor, baseado em evidências, aos argumentos da obra do psiquiatra, Whitaker (2015, tradução nossa¹⁸) inicia o seu texto de maneira a menosprezar o livro:

Após terminar o novo livro de Jeffrey Lieberman, *Shrinks: The Untold Story of Psychiatry* [traduzido no Brasil como *Psiquiatria: uma história não contada*], fiquei tentado a deixá-lo de lado e não escrever nada, embora eu tivesse comprado o livro com a intenção de fazê-lo. A razão foi que achei impossível levar o livro a sério e, na verdade, não acho que ele tenha a intenção de ser um livro sério. Lieberman, que é um ex-presidente da Associação Americana de Psiquiatria, não apresenta quaisquer dados científicos para apoiar sua narrativa, nem parece que ele tenha se baseado em fontes primárias para documentá-la. Muito do que é contado parece ser tirado de fontes secundárias, e o que resta é uma espécie de conto *pop* da ascensão da psiquiatria à glória. Até mesmo o texto promocional da editora basicamente reconhece isso, proclamando-o um “conto” que é povoado por “verdadeiros

¹⁸ Tradução feita com o uso do Gemini, ferramenta de Inteligência Artificial do Google, e revisada por mim.

heróis... que ousaram desafiar o *status quo*”. Isso soa como uma sinopse para uma história de aventura.

Quanto a Lieberman ter desenterrado uma história não contada, *Shrinks* relata uma história que a Associação Americana de Psiquiatria vem contando ao público americano desde que publicou o *DSM III* em 1980. Os transtornos no *DSM* são doenças reais do cérebro; as drogas prescritas para eles são bastante seguras e altamente eficazes; e pesquisadores psiquiátricos estão fazendo grandes avanços na descoberta da biologia dos transtornos mentais. O progresso terapêutico e de pesquisa pode ser encontrado a cada passo.

Por mais que o seu tom inicial possa ser mera retórica para desacreditar cientificamente a estratégia política e publicitária utilizada por Lieberman — frisemos: um ex-presidente da Associação Americana de Psiquiatria —, como, ainda assim, Whitaker (2015) considera que o ato de forjar um ar de novidade para uma narrativa político-ficcional que se reproduz e triunfa de maneira eficaz desde a década de 1980 não foi uma obra feita para ser levada a sério? “O marketing é agora o instrumento de controle social, e forma a raça impudente dos nossos senhores”, lembra-nos Deleuze (1992, p. 224).

Já em relação à publicação da psiquiatra brasileira Diniz (2025), *O que os psiquiatras não te contam*, o tom do livro é mais ameno, comedido — não é um canto de glória, mas de sensatez conciliatória. Cita, nas epígrafes e no corpo do texto, autores que marcam, historicamente, outra perspectiva em relação ao mundo e à ciência, como Georges Canguilhem, Michel Foucault, Donna Haraway, Bruno Latour, Isabelle Stengers, Frantz Fanon e Sueli Carneiro. No entanto, afirma que o objetivo do livro é o de desmistificação de um “senso comum” que reduz a psiquiatria à prescrição de medicamentos e de diagnósticos. Diniz (2025) refuta a mitologia cerebral que fundamenta a psiquiatria contemporânea, é contrária à redução do humano a um cérebro sem história, mas faz isso, curiosamente, ao mesmo tempo que se coloca em cima do muro: não questiona radicalmente o conceito de doença/transtorno mental, muito menos o seu estatuto epistemológico, para confortar novamente o conceito patológico no campo da medicina. “Transtornos psiquiátricos não são mitos¹⁹, mas tampouco são doenças como outras quaisquer” (Diniz, 2025, p. 9). Misturando-se com princípios e conceitos psicanalíticos, o livro se diz uma jornada contra as promessas exageradas, as ilusões, os mitos:

E meu desejo com este livro é contribuir para que as pessoas encontrem formas sustentáveis de lidar com a angústia e o sofrimento. Para isso, ao longo das próximas páginas, pretendo mostrar a realidade do estudo do comportamento humano, do cérebro, das emoções e do tratamento do sofrimento mental, desmentindo promessas exageradas e sugerindo os caminhos possíveis para conviver melhor com as mazelas da existência, de

¹⁹ Referência implícita e direta à obra do psiquiatra húngaro Thomas Szasz (1979), *O mito da doença mental*.

modo que seja possível criar condições para desfrutar dos pequenos momentos de alegria que a vida sempre pode oferecer. Este livro é uma jornada para entender os mitos, as ilusões, as fabricações, as cortinas de fumaça que envolvem as neurociências e a psiquiatria, além de uma proposta de desmistificar o discurso que fez com que acreditássemos que o nosso cérebro é o culpado pela nossa infelicidade.

Em suma, a psiquiatra brasileira, com posições autocríticas dentro de seu campo, defende a recuperação da escuta (e da psicoterapia) como tecnologia fundamental para ir além de métodos protocolares e medicamentosos. Mas esse seu desconforto emerge como uma conversa amena e pública com seu campo, com fins de conservação. O percurso, a “jornada” para efetivar a sua defesa, é a tentativa de revelação da verdadeira psiquiatria, a honesta, que conta a verdade sobre ela própria. Autocrítica política que supostamente se afasta da política para salvar a ciência dos excessos do passado e do presente, “erros” que ocorreriam devido à influência não exatamente da própria ciência, mas da cultura²⁰.

Por último, importa agora voltarmos às produções de Robert Whitaker (2017, 2024), que, de forma mais incisiva, aposta na denúncia jornalística da desonestidade e da corrupção da psiquiatria biológica. Aqui, nos baseamos em duas de suas publicações: seu livro *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental* (Whitaker, 2017) e um recente capítulo de livro, intitulado *Anatomia de uma indústria: comércio, pagamentos a psiquiatras e traição ao bem público* (Whitaker, 2024). Estrangeiro (já que jornalista), o autor imerge intensamente em terreno psiquiátrico e expõe em detalhes, concretamente, em trabalho extenso, os bastidores, as farsas e os “podres” de uma psiquiatria estadunidense vinculada à expansão (e criação) do mercado de psicotrópicos e de diagnósticos. Há, sem dúvidas, uma ferida importante que ele instaura nesses seus trabalhos investigativos, ferida para a qual não há volta ou possibilidade de esconderijo por parte da psiquiatria hegemônica.

Visto que Whitaker (2017, 2025) se posiciona na gramática do *establishment* médico-científico, seguindo os rigores normativos do que se chama hoje de medicina baseada em evidências, o seu modo de colocar o problema é, inclusive, uma entrada estratégica para quem não tem familiaridade com o tema: a) é habilidoso em demonstrar como a psiquiatria falseia as

²⁰ Isso fica ainda mais evidente quando, no posfácio do livro, escrito por Tossato (2025), o autor “salva” a razão e a ciência, ao apontar que a eugenia e a bomba atômica foram fruto de interesses externos, irracionais, econômicos, privados, pessoais, a partir da manipulação humana, não objetiva, de provas racionais. Eis um trecho que ilustra essa posição: “Assim, a ciência é, como foi dito, uma construção que expressa um conhecimento extremamente importante para as nossas vidas. Seu conhecimento procura ser objetivo, com todos os problemas que isso envolve; mas não é só isso. Podemos dizer que a ciência ainda não atingiu o objetivo de Galileu, de sua autonomia, de maneira que ela caminha tendo ao seu lado interesses que não são legítimos sobre o ponto de vista ético e moral, como a bomba e a eugenia” (Tossato, 2025, p. 226-227).

suas provas e fracassa na gramática que ela própria diz dominar e se basear cientificamente (por exemplo: pesquisas rigorosas, muitas delas escondidas no decorrer da história, explicitam como a hipótese do desequilíbrio químico cerebral, na verdade, nunca foi provada); b) ele evidencia, com dados e provas, a função dos psicotrópicos desde a sua invenção na década de 1950 (invenção comparada, nessa época, a uma espécie de lobotomia química) e aponta como, apesar dos discursos publicitários serem sempre de segurança e de eficácia, as drogas psiquiátricas são iatrogênicas e produtoras de dependência orgânica; c) articula, documental e historicamente, como se estabeleceu a aliança lucrativa, corrupta, entre pesquisa científica, indústria farmacêutica, psiquiatria e *marketing*.

Mas se o próximo passo for o de radicalização dos fundamentos contra o modo e o modelo de racionalização da psiquiatria contemporânea, precisaremos nos aventurar na experimentação de ao menos três desafios: 1) focar nos triunfos, no jogo político-ficcional que, por criar suas próprias regras e sempre se remodelar, tende incansavelmente à eficácia; 2) recusar a gramática médico-científica como recurso crítico²¹, gramática esta utilizada pela psiquiatria para deslocar suas contradições internas e as da realidade em processo de medicalização; 3) nunca perder de vista que se trata mais de uma disputa de poder do que estritamente de uma disputa de saber.

A questão que problematizo, então, não é a denúncia em si, mas compreendê-la como ponto de partida e de chegada, como meio incansável para alcançar uma vitória moralmente honesta contra as enganações das quais a sociedade, desavisada, seria vítima. As denúncias (jornalísticas, teóricas, analíticas, artísticas), é claro, contribuem para publicizar o que está às escondidas — ou, ao menos, o que está operando de maneira mais ou menos cristalizada, mais ou menos confortável — e são capazes de estabelecer o compartilhamento de um incômodo em comum, coletivo, ao instaurar um modo de olhar um problema sem ponto de retorno possível. Lembremo-nos, exemplificativamente, de como as denúncias ao horror dos manicômios brasileiros foram cruciais, na história dos movimentos da luta antimanicomial, para mobilização social de uma revolta que não se satisfaria mais com uma mera humanização/racionalização/reforma dos manicômios, somente com sua destruição (Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987).

Desinstitucionalizar a psiquiatria via denúncia é uma oportunidade política de abertura de caminho, mas é imprescindível, nesse caminhar, dar alguns passos a mais de prudência e de

²¹ Por exemplo: é utilizado, como um recurso crítico comum, o conceito de “epidemia de diagnósticos e de drogas psiquiátricas”, formulação que inverte a campanha psiquiátrica de “epidemia de transtornos mentais” (modo de legitimar a expansão da medicalização da população como fato técnico, científico, epidemiológico), mas que, ainda assim, preserva esse problema político dentro da linguagem médica.

complexidade, a fim de evitar fáceis capturas: denunciar o quê, afinal? A ficção? E com que objetivo ético-político? Tensionar, em nome de melhores intenções ou condições, uma despolitização-tecnificação de uma ciência que é fundamentalmente política? Aliás, no limite, haveria alguma ciência neutra, técnica ou apolítica?

É fundamental, portanto, que levemos em consideração o que Castel (1978, p. 45) rememora: “nenhuma contradição entre ciência e compaixão, nem entre benevolência e autoridade”. A meu ver, hoje, a radicalidade das lutas contra a psiquiatria passa pelo pressuposto básico de que também não há contradição alguma entre o fracasso médico e o triunfo político do monumento psiquiátrico. Em vez de somente jogar esse jogo do fracasso (fracasso mais nosso do que da psiquiatria, no fim das contas), cabe a nós recriar os nossos próprios jogos, em que rir, por exemplo, seja sinônimo de compromisso (seriedade) com as badernas e as festas coletivas — pequenas ficções, jogos de máscaras que sustentam as contradições do mundo e transformam os seus sentidos.

Conta-se²² que, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Jael Patrício de Lima, em Aracaju, o projeto Vida em Festa decorreu de uma estratégia para lidar com uma época de suicídios presentes e frequentes no território do serviço. Dessa situação crítica, povoada de mortes, o projeto se constituiu como um compromisso do coletivo de profissionais e de usuários em construir, desde meados de 2014/2015 até hoje, diferentes festas temáticas dentro do CAPS, a fim de celebrar a vida. No pós-pandemia, a partir de 2022, o Vida em Festa se consolidou como ato de mobilização coletiva mensal, a ocorrer sempre na última quarta-feira de cada mês. São festas que, em geral, conseguem escapar do calendário institucional da “saúde”, da rotina técnica do serviço, e que se deslocam para um compromisso com o carnaval, o samba, o *rock*, a seresta, a semana da consciência negra etc. Em vez de psiquiatrizar e psicologizar o fenômeno do suicídio, pedagogizando e normatizando os meses do ano — conforme acontece com campanhas preventivistas como o janeiro branco ou o setembro amarelo —, a saída tecnológica não foi a de instrumentalizar-controlar a vida dentro de um protocolo médico-prescritivo, mas a de festejá-la num ritual periódico e singular.

Assim, eficácia clínica ou laboratorial, no campo da subjetividade, torna-se uma falsa questão. Isso, por óbvio, se a deslocarmos de um problema médico para um problema ético-político: eficaz sob que critérios, a fim de atingir que objetivos? De maneira simples e rigorosa, enquanto gramática de uma ciência política, é preciso considerar que os tratamentos morais de

²² A história do projeto, apesar de não estar (ainda) formalizada em um trabalho escrito, é contada e recuperada oralmente pelos próprios frequentadores do serviço de atenção psicossocial. Para escrever o parágrafo, tive o cuidado de pesquisar e de confirmar todas as informações aqui publicizadas com Laís Suelen Gonzaga Almeida, atual coordenadora do CAPS aracajuano.

Pinel e Esquirol eram, sim, eficazes, que a brutal lobotomia sempre cumpriu com o seu objetivo de morte em vida (coroando o seu criador com um Prêmio Nobel), e que as drogas psiquiátricas, evidentemente, também produzem, ontem e hoje, efeitos incontestavelmente eficazes no corpo social do Brasil e do mundo²³.

²³ Uma pista, formulada por Castel (1978, p. 226), na qual nos inspiramos: “Mas, e quanto à eficácia propriamente médica, a da terapêutica? Para responder a uma tal questão seria preciso poder avaliar os resultados efetivos desse tratamento moral que supostamente constitui, na época, o essencial da atividade terapêutica asilar. Empreendimento difícil, para o qual algumas estatísticas discutíveis são de pouca valia. O que se pode constatar não é animador. Mas talvez seja preciso, antes de mais nada, compreender que, também nesse caso, a rentabilidade do ‘encargo’ não se mede somente por meio de seus resultados positivos avaliados em índices de cura. Pode haver uma eficácia simbólica do funcionamento institucional que projete a imagem invertida de uma eficácia propriamente terapêutica”.

2 ENTRE A CASA VERDE E A CASA BRANCA

2.1 O JANTAR SECRETO DE SIMÃO BACAMARTE COM JOHN F. KENNEDY

Só faz de conta que a política não interessa quem manda, meu bem. E Deus sabe que a política interessa muito. O problema é que ele [quem manda] disfarça o seu interesse político. Ele faz em câmaras secretas. Ele faz, aí, sim, em chás. Em almoços. Imagina se os japoneses não estão interessados em política... Pra caralho! Mas não se trata de ser ostentatório: “podemos resolver no jantar das sextas-feiras”. Nós(!) não podemos resolver no jantar das sextas-feiras. Nós não somos da elite dominante desse país, por mais que alguns de vocês tenham alguma pretensão a ser, se é que algum tem — eu não tenho. Então não é chá e simpatia. Isto é um curso rebelde. Nós perdemos. Nós somos derrotados. E, se vocês não fossem derrotados, não vinham pra essa universidade [Unicamp]. Iam pra USP, pra PUC, pra outra qualquer. Ou pra Harvard. Pra aqui é que não viriam, seguramente. Isto está claro. Estamos lutando pela hegemonia? Imagine-se. Estamos lutando apenas pra não ficar malucos. Para não dizer besteira demais. Para não contribuir com a nossa gota de fel para um veneno alheio. Tomemos a nossa cicuta com tranquilidade, meus filhos.

— Maria da Conceição Tavares, em uma sala de aula [transcrição nossa].

Década de 1960, meados de uma noite de carnaval. O estimado Dr. Simão Bacamarte, após um longo hiato de internação de si mesmo, décadas loucas de morte em vida, de trancafiamento voluntário em busca de sua salvação mental, ouve chamados do mundo lá fora. Mesmo de dentro da Casa Verde, continente seguro para (e contra) a loucura, é possível sentir o som das marchinhas de carnaval, o brilho dos cortejos, o cheiro do lança-perfume — parágrafos a céu aberto. Metros afora, o mundo segue firme e forte, e continua a ser chamado de Itaguaí, pequena grande cidade universal. De súbito, alguém toca a campainha. O rosto de Simão pulsa como um tambor. Ele abre a porta após quase um século: lhe espirram um telegrama da Casa Branca, assinado pelo presidente dos Estados Unidos da América.

É evidente que, de antemão, já se poderia argumentar que essa é uma história inverossímil. Na historiografia oficial, cuja maior referência é *O alienista*, obra de Machado de Assis (2017), conta-se, com convicção, que o fim de Dr. Simão Bacamarte foi a morte:

Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. Dizem os cronistas que ele morreu dali a dezessete meses no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. Alguns chegam ao ponto de conjecturar que nunca houve outro louco além dele em Itaguaí, mas esta opinião, fundada em um boato que correu desde que o alienista expirou, não tem outra prova senão o boato; e boato duvidoso, pois é atribuído ao Padre Lopes, que com tanto fogo

realçara as qualidades do grande homem. Seja como for, efetuou-se o enterro com muita pompa e rara solenidade (Assis, 2017, p. 79).

Por outro lado, sabemos das sutilezas do conceito de morte. E de como é consenso, dentro do campo antimanicomial brasileiro, que o manicômio, mais do que um espaço físico, é uma lógica de produção de morte em vida — uma morte social, em suma. Sendo assim, no trecho acima, último parágrafo machadiano do qual se tem notícia sobre o fato, o historiador utilizou-se de recursos linguísticos mais complexos, para prenunciar o processo inusitado de autoinstitucionalização voluntária, encampado pelo Dr. Bacamarte. O recado de Machado de Assis (2017) é preciso, sem rodeios: a psiquiatrização de si mesmo é uma marcha fúnebre. Nosso Grande Cientista, médico à frente de seu tempo, que adiantou o projeto da medicina mental em décadas e décadas, dedicando-se ao estudo e à cura de si mesmo, tornou-se, porém, também anacrônico, ao perder acontecimentos importantes do mundo após a Segunda Guerra Mundial: sobretudo as incontáveis tentativas de reforma do hospital psiquiátrico (e da própria psiquiatria) e a invenção dos psicotrópicos. Nessa época, mais do que nunca, psiquiatrizar(-se) não poderia mais se resumir a manicomializar(-se). Novas tecnologias e projetos de controle entraram no jogo. Na década de 1960, por exemplo, uma psiquiatria de ponta, sofisticada, emerge nos Estados Unidos da América. Gerald Caplan, com o suporte de Estado de John F. Kennedy, cria uma nova ciência política²⁴, chamada de psiquiatria comunitária ou preventiva.

O telegrama, pequeno recado transnacional, ultrapassou os muros da Casa Verde e foi capaz de abrir-lhe as portas: o presidente John F. Kennedy, no papel, reconhecia a genialidade científica do nosso estimado doutor nacional e o convidou para um jantar secreto: sexta-feira, às 19h, na Casa Branca. Não sabemos, ao certo, os detalhes da reunião ocorrida às escondidas, isto é, exatamente os participantes, os conteúdos, os novos projetos de colonização estadunidense. Entre o verde e o branco das duas casas, há o cinza da história.

No entanto, chama a atenção que, hoje, o Dr. Simão Bacamarte seja filiado a uma associação brasileira de psiquiatria, tenha alugado a Casa Verde para a gestão de um pastor neopentecostal, e possua um novo sonho autenticamente científico: tornar-se um grande empresário, um CEO²⁵ da saúde (cérebro-)mental da sociedade brasileira.

Ora, investiguemos!, ó, sonho meu, tão curioso fenômeno — e com ciência, é evidente.

²⁴ Na seção anterior, nos aproximamos do modo como Castel (1978) analisa, historicamente, a psiquiatria enquanto uma ciência política: é ela que desloca um problema administrativo e jurídico-contratual (as contradições que envolvem a necessidade de Estado de tutelar a loucura) para um problema exclusivamente médico — de início, uma espécie de benevolência filantrópica da razão.

²⁵ Sigla empresarial que se refere ao topo da hierarquia de uma empresa e significa *Chief Executive Officer*.

2.2 CRISES NA GUERRA, DIREITO À SAÚDE, REFORMAS NO CORPO

Em 1976, durante o 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil, um relatório é apresentado no Rio de Janeiro por Joel Birman e Jurandir Freire Costa. No texto, intitulado *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária* (Birman; Costa, 1994), os autores marcam a psiquiatria comunitária como força-referência de transformações radicais para a nova psiquiatria daquele tempo e para aquele Brasil. Em vez de escreverem um relatório “técnico” sobre os rearranjos de assistência psiquiátrica para o país, eles apontam preocupações incisivas e decisivas em relação aos fundamentos teóricos que sustentam o projeto da psiquiatria comunitária. No mínimo, podemos citar, a partir do texto, a operação de duas mutações fundamentais: a saúde mental (não mais a doença) torna-se o novo objeto psiquiátrico, e a comunidade, no mesmo sentido, torna-se o seu novo espaço de intervenção (Birman; Costa, 1994). Abalos sem ponto de retorno nos campos epistemológico, cultural e governamental: os efeitos das ondas desse oceano psi são sofisticados e avassaladores, de tal modo que, hoje, mais do que nunca, vemos e sentimos suas ondas, mas não avistamos oceano algum.

Porém, duas décadas antes da publicação do livro *Princípios de psiquiatria preventiva*, de Caplan (1980), em 1964, e da criação da lei “Community Mental Health Centers Act of 1963” pelo Governo Kennedy — respectivamente, marcos teórico e governamental da psiquiatria preventiva —, mudanças importantes ocorriam nos arranjos institucionais do mundo. Da Segunda Guerra Mundial, emergiram crises-transformações clínico-políticas para a medicina, a psiquiatria e o Ocidente. Sobre isso, Birman e Costa (1994) citam, por exemplo, um pequeno trecho de uma conferência de Foucault (2010), de 1974, no Rio de Janeiro, trecho no qual o autor comenta sobre o Plano Beveridge, modelo de saúde inglês que serviu de referência para a organização de saúde de outros países no pós-guerra. Com o plano, um novo imperativo de governo se instaura: não mais simplesmente o direito à vida, mas à saúde. Eis o fragmento da fala de Foucault (2010, p. 167-168):

A data desse Plano tem um valor simbólico. Em 1942, em plena Guerra Mundial, na qual perderam a vida 40 milhões de pessoas, consolida-se não o direito à vida, mas um direito diferente, mais rico e complexo: o direito à saúde. Num momento em que a guerra causava grandes estragos, uma sociedade assume a tarefa explícita de garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde.

Mas a pista histórica tem mais peripécias. Ao chafurdarmos diretamente a conferência de Foucault (2010), *Crise da medicina ou crise da antimedicina*, encontramos, em sua voz, muitas outras pontuações valiosas. Ele analisa que, além do simbolismo do Plano Beveridge, há outras quatro razões que lhe dão uma importância salutar: um novo direito, uma nova moral, uma nova economia e uma nova política. A primeira razão é que esse novo direito, um direito à saúde, desloca o vetor de preocupações entre Estado e indivíduos: entre o século XVIII e o início do século XX, a máxima era a de indivíduo em boa saúde em prol do Estado; depois, a formulação se inverte para a de Estado em prol do indivíduo em boa saúde. Se é antiga a função estatal de garantir a saúde física dos indivíduos, é muito diferente, portanto, quando essa preocupação se desloca: de um objeto em prol do próprio Estado — a fim de garantir a força física nacional (para trabalho, produção, defesa e ataque militares) — para um objeto a ser garantido (e custeado) pelo Estado para os próprios indivíduos. Saúde, novo imperativo: direito dos cidadãos e objeto de ação do Estado (Foucault, 2010).

A segunda razão apontada por Foucault (2010) é o estabelecimento de uma nova relação moral dos indivíduos com seus corpos. A partir do Plano Beveridge, o direito a interromper o trabalho quando necessário e desejável — isto é, o direito de estar doente — torna-se mais importante que obrigações individuais de limpeza e de higiene. Essas obrigações, anteriormente, eram requisitos para os indivíduos e as suas famílias gozarem de boa saúde; essa moral, antes central, deixa de ser falada, para que o Estado assuma a dianteira como garantidor e promotor da saúde individual.

A terceira razão se refere a uma nova economia produzida: a saúde entra nos cálculos da macroeconomia, custa alto nos orçamentos de Estado, torna-se uma fonte específica de despesas. Diz Foucault (2010) que os Estados, desde o início do século XX, tentavam corrigir as desigualdades de rendimentos ou de bens a partir do orçamento público. Com o advento das despesas da saúde e de sua ausência (custos da interrupção de trabalho, por exemplo), a equiparação/redistribuição das desigualdades não dependeria mais do orçamento,

mas do sistema de regulação e de cobertura econômica da saúde e das doenças. Ao garantir a todas as pessoas as mesmas possibilidades de se tratar e de eventualmente curar-se, pretendeu-se corrigir em parte a desigualdade de rendimentos. A saúde, a doença e o corpo começam a ter suas bases de socialização e, por sua vez, se convertem em um instrumento de socialização dos indivíduos (Foucault, 2010, p. 170).

Por fim, a quarta razão é a instauração de uma nova política do corpo. A saúde se torna objeto de luta política, um problema a ser discutido e tensionado: é preciso lutar quanto à

maneira como o Estado irá garantir e assegurar os gastos dos indivíduos com a saúde (Foucault, 2010). De um símbolo, portanto, o Plano Beveridge encaminha e opera quatro formulações concretas, cruciais para o futuro:

Tomando como ponto de referência simbólica o Plano Beveridge, observa-se, no decênio 1940-1950, a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia, uma nova política do corpo. Os historiadores costumam relatar com grande cuidado e meticulosidade o que os homens dizem e pensam, o desenvolvimento histórico de suas representações e teorias, a história do espírito humano. É curioso, no entanto, que sempre tenham ignorado o capítulo fundamental, que seria a história do corpo humano. A meu ver, para a história do corpo no mundo ocidental moderno, deveriam ser selecionados esses anos 1940-1950 como datas de referência que marcam o nascimento desse novo direito, dessa nova moral, dessa nova política, dessa nova economia do corpo. Desde então, o corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado, um dos grandes objetos de que o próprio Estado deve encarregar-se (Foucault, 2010, p. 170-171).

Recortado um parágrafo de sua fala, de novo Foucault (2010, p. 171-172):

Poder-se-ia dizer que atualmente está surgindo o que, na realidade, já se vinha preparando desde o século XVIII, quer dizer, não uma teocracia, mas uma somatocracia. Vivemos num regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, etc. É justamente o nascimento dessa somatocracia, que desde o começo viveu em crise, o que me proponho a analisar.

No momento em que a medicina assumia suas funções modernas, mediante a estatização que a caracteriza, a tecnologia médica experimentava um de seus raros, mas imensos, progressos. O descobrimento dos antibióticos, isto é, a possibilidade de, pela primeira vez, lutar de modo eficaz contra as doenças infecciosas, é contemporâneo do nascimento dos grandes sistemas de Segurança Social. Foi um progresso tecnológico vertiginoso, no momento em que se produzia uma grande mutação política, econômica, social e jurídica da medicina.

A partir desse momento se estabelece a crise, com a manifestação simultânea de dois fenômenos: o avanço tecnológico importante, que significou um progresso capital na luta contra as doenças, e o novo funcionamento econômico e político da medicina, sem conduzir, de maneira alguma, ao maior bem-estar sanitário que caberia esperar, e sim a uma curiosa estagnação dos possíveis benefícios resultantes da medicina e da saúde pública. Este é um dos primeiros aspectos da crise que pretendo analisar, fazendo referência a alguns de seus efeitos para mostrar que esse desenvolvimento recente da medicina, sua estatização e socialização — de que o Plano Beveridge dá uma visão geral — são de origem antiga.

De fato, não se deve pensar que a medicina permaneceu, até nossa época, como atividade de tipo individual, contratual, entre o doente e seu médico, e que só recentemente essa atividade individualista da medicina se defrontou com tarefas sociais. Procurarei demonstrar, pelo contrário, que a medicina é, pelo menos desde o século XVIII, uma atividade social. Em certo sentido, a “medicina social” não existe, porque toda a medicina já é social. A medicina

foi sempre uma prática social e o que não existe é a medicina “não-social”, a medicina individualista, clínica, do colóquio singular, apenas um mito mediante o qual se defendeu e justificou certa forma de prática social da medicina: o exercício privado da profissão.

Escapa ao escopo deste ensaio a curiosidade que os trechos anteriores apontam em relação aos movimentos de pensamento de Foucault. Mas, aqui, podemos ao menos sinalizar que, ali, suas inquietações já esboçam claramente duas formulações que serão desenvolvidas mais à frente em sua obra: o conceito de biopolítica e a história da medicina social na Europa. Não à toa, é em outra conferência que ele dá no Rio de Janeiro, no mesmo ano de 1974, texto seu mais conhecido (*O nascimento da medicina social*), que Foucault (1979) usará o termo “biopolítica” pela primeira vez²⁶ e fará um passeio mais demorado pelas diversas experiências de medicina social a partir de três modelos paradigmáticos: o alemão, o francês e o inglês. Quanto à conferência a que estamos dando maior atenção no momento, uma das questões que movimenta a sua fala, localizada em um país periférico e colonizado como o Brasil, é a de estabelecer um percurso histórico do modelo de desenvolvimento da medicina na Europa desde o século XVIII (Foucault, 2010). Isso, a fim de recusar falsas ideias de crise da medicina e da antimedicina que rondavam sua época, e de contribuir para sociedades coloniais e semicoloniais — que, por problemas massivos de saúde em razão de doenças infecciosas e por outras questões, demandavam por medicalização — pensarem o melhor modo de aplicação ou de reconstituição desse modelo médico europeu/colonial, evitando suas consequências negativas (Foucault, 2010).

Já em Nova York, 1946, ainda a mesma década que Foucault (2010) assinala como fundamental para a profusão de uma somatocracia, é assinada a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), com seu novo e famoso conceito de saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Brasil, 1949). A saúde, além de um direito universal a todos os povos e seres humanos, é tomada agora como um estado ideal, completo, a sempre ser alcançado por Estados, populações e indivíduos do mundo. Nessa constituição, há outros princípios menos lembrados, mas não menos importantes, para nosso percurso de pensamento. São eles, inclusive, de acordo com o texto constitucional (Brasil, 1949), princípios “fundamentais para a felicidade de todos os povos, para a harmonia de suas relações e para a sua segurança”:

O gozo do melhor estado de saúde que lhe seja possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sejam quais forem sua raça, sua religião, suas opiniões políticas, sua condição econômica ou social.

²⁶ A informação é apontada, por exemplo, em um artigo de Reis (2014) e em um outro de Danner (2010).

A saúde de todos os povos é condição fundamental para a consecução da paz e da segurança, e depende da mais estreita cooperação de indivíduos e de Estados.

Os resultados obtidos por cada Estado ao melhoramento e na proteção da saúde, são preciosos para todos.

A desigualdade de desenvolvimento dos diversos países no que se refere ao melhoramento da saúde, e à luta contra as doenças, particularmente das doenças transmissíveis, é um perigo para todos.

O sadio desenvolvimento da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver em harmonia com um meio de uma contínua mutação é essencial a êsse desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios decorrentes do conhecimento das ciências médicas, psicológicas e ciências afins é essencial para lograr-se o mais alto grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa por parte do público, são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os Governos são responsáveis pela saúde de seus povos; êles só poderão desincumbir-se dêsse encargo tamanho as medidas sanitárias e sociais apropriadas (Brasil, 1949).

Em síntese, princípios de reordenamento institucional e de poder nas políticas do corpo no mundo ocidental. São tempos de reformas no capitalismo agora imperializado pelos Estados Unidos da América. Com isso, Birman e Costa (1994) destacam que, no mesmo período da década de 1940, ao hospital psiquiátrico foi demandado um esforço de guerra: tornar eficazes e rápidos o tratamento e a recuperação dos doentes mentais, sobretudo dos soldados veteranos que vivenciaram as zonas de combate²⁷. Ainda pensando com Birman e Costa (1994), outras iniciativas de reforma, com a psicanálise como instrumento adaptativo, grupal e pedagógico, também apareceram. É que, aos poucos, o hospital psiquiátrico foi-se tornando um alvo de múltiplas críticas (que, aliás, sempre existiram desde o século XIX²⁸, mas que, nesse momento, se encontram com uma abertura histórica muito oportuna), passando a ser visto como um objeto ativo de deterioração humana, de cronificação e de desadaptação de um grande exército de reserva para o capitalismo, de desperdício desarrazoado de recursos financeiros e humanos (Birman; Costa, 1994).

²⁷ O documentário *Let there be light* (1946) acompanha veteranos de guerra em um hospital psiquiátrico do exército estadunidense. O filme, nos primeiros segundos, explicita problemas instaurados pelos traumas da guerra. Por exemplo: segundo o documentário, cerca de 20% das baixas do exército estadunidense durante a Segunda Guerra Mundial foram de ordem “neuropsiquiátrica”. Além disso, “métodos especiais de tratamento” foram experimentados, como a hipnose e a narcossíntese (*narcosynthesis*). O filme também enfatiza, já de início, que esses métodos são muito eficazes não para “neuroses em tempo de paz” (*peacetime neuroses*), em geral crônicas, mas para os casos agudos, como a “neurose de guerra” (*battle neuroses*). É importante destacar que há, aí, uma evidente distinção social: esses numerosos soldados não são exatamente loucos, nem menos humanos, mas humanos dignos, capazes de cura, e, portanto, devem ser recuperados para o trabalho, ressocializados pela nação pela qual lutaram. O filme, no fim das contas, era uma propaganda, via Estado estadunidense, das novas “façanhas” psiquiátricas de então. Mas, censurado, foi lançado apenas em 1980.

²⁸ Castel (1978) conta, por exemplo, de críticas (ainda que marginais) ao mandato social da psiquiatria, bem como ao modelo asilar, desde o século XIX na França. Inclusive, o autor afirma que um desses críticos, M. Garsonnet, pode ser considerado, sem anacronismos, um antipsiquiatra.

Assim, tentativas de transformar o asilo psiquiátrico, considerado um espaço psicotizante e produtor de doenças, em um espaço terapêutico, de saúde mental, emergem: daí, a psicoterapia institucional na França; daí, as comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos da América (Birman; Costa, 1994). De maneira implícita, é esboçado o deslocamento do objeto psiquiátrico para a saúde mental. E isso, inicialmente, é operado a partir da reforma do hospital psiquiátrico para uma espécie de “réplica” dinâmica e social, restrita e experimental, do mundo social extra-hospitalar:

[...] lugar privilegiado onde um aprendizado vai ocorrer, onde o paciente será recuperado para a vida social e familiar: espaço de pedagogia social. As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizadas pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação (Birman; Costa, 1994, p. 50).

O grupo, para essas perspectivas psiquiátricas em emergência, é considerado o núcleo básico de qualquer vida social. Saúde mental e adaptação social estão, desse modo, entrelaçadas: “não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais”²⁹ (Birman; Costa, 1994, p. 52). É no grupo que se deve intervir, é a partir dele, do convívio grupal e comunitário, que é possível readaptar um indivíduo, grupo ou família adoecidos (sim, porque não são mais apenas os indivíduos passíveis de adoecimento mental), que é possível se aproximar de uma virtualidade ideal, sempre permanente, chamada saúde mental:

Portanto, apesar de informável num sistema teórico, o que podemos claramente ler nas entrelinhas das novas práticas e das novas instituições, é a criação de um novo objeto da psiquiatria, que é a Saúde Mental. Este é delineado com linhas bem marcadas:

- 1) A Saúde Mental é definida em termos adaptativos, como a capacidade do sujeito de integrar-se num grupo;
- 2) Adaptar-se num pequeno grupo representa a possibilidade do indivíduo de submeter-se, nem que seja aparentemente, às suas regras, formuladas por seus líderes formais, que se traduzem na sua linguagem e na realização de suas tarefas práticas;
- [3)] A Saúde Mental representa não uma coisa, mas uma virtualidade permanente, presente no interior de todas as individualidades e, como tal, é uma potencialidade que tem que ser redescoberta para combater e sobrepor-se

²⁹ É de praxe o novo na psiquiatria possuir velhos correlatos na história. Dois anos depois do relatório de Birman e Costa, o próprio Birman (1978), em seu livro clássico *A psiquiatria como discurso da moralidade*, destaca o critério de cura psiquiátrica do então chamado tratamento moral de Pinel e Esquirol como simplesmente um critério adaptativo. Portanto, com diferenças aqui e acolá, com mutações inovadoras no decorrer dos séculos, o que a psiquiatria realiza, desde seu nascimento, é um processo coletivo de adaptação social, preservando a sua instituição enquanto ciência política.

ao mal, que está caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social;

4) Daí esta tática singular, presente em todas as Comunidades Terapêuticas, que consiste em falar às partes boas (Saúde) do doente, isto é, àquela que garantiria a realização das tarefas reguladas pelo grupo e o exercício do discurso da instituição. A Saúde Mental é uma essência que está mais além das aparências, nas profundezas do doente, representando a sua capacidade de trabalhar e de se comunicar num certo código.

Entretanto, estes temas estão apenas esboçados neste primeiro momento. Sua explicitação se dará no nível da Psiquiatria Comunitária. Esta já está aí preparada e montada, armando seus instrumentos. Todos são terapeutas, qualquer um pode ser, quando não se visa mais uma doença, mas a promoção da Saúde Mental (Birman; Costa, 1994, p. 52).

Em resumo, então, essas psiquiatrias, ainda sem uma síntese teórica, nomeadas como psiquiatria social, forjam-se na guerra; e são todos esses projetos-esboços do pós-guerra que a psiquiatria comunitária terá o mérito, já na década de 1960, de condensar como uma nova psiquiatria, como uma nova e organizada política de governo (Birman; Costa, 1994). Diz John F. Kennedy em uma mensagem ao Congresso, em fevereiro de 1963 (Anexo B):

Chegou a hora de uma abordagem nova e audaciosa. Novas ferramentas e conhecimentos médicos, científicos e sociais estão agora disponíveis. Uma série de estudos abrangentes iniciados pelo Congresso, pelo Poder Executivo e por grupos privados interessados foram concluídos, e todos apontam na mesma direção.

Governos em todos os níveis — Federal, Estadual e local —, fundações privadas e cidadãos individuais devem, todos, enfrentar as suas responsabilidades nessa área. O nosso combate deve focar-se em três objetivos principais:

Primeiro, devemos procurar as causas da doença mental e do retardo mental e erradicá-las. Aqui, mais do que em qualquer outra área, “um grama de prevenção vale mais do que um quilo de cura”. Pois a prevenção é muito mais desejável para todos os envolvidos. É muito mais econômica e é muito mais provável que seja bem-sucedida. A prevenção exigirá tanto programas específicos selecionados, dirigidos especialmente a causas conhecidas, quanto o fortalecimento geral dos nossos fundamentais programas comunitários, de bem-estar social e educacionais, que podem fazer muito para eliminar ou corrigir as duras condições ambientais que frequentemente estão associadas ao retardo mental e à doença mental [...].

Segundo, devemos fortalecer os recursos subjacentes de conhecimento e, acima de tudo, de mão de obra qualificada, que são necessários para montar e sustentar o nosso combate à deficiência mental por muitos anos vindouros. Equipes de muitos das mesmas profissões servem tanto os doentes mentais quanto os retardados mentais. Devemos aumentar os nossos programas de treinamento existentes e lançar novos; pois os nossos esforços não podem ser bem-sucedidos, a menos que aumentemos consideravelmente, na próxima década, o quantitativo de profissionais e subprofissionais que trabalham nesses campos. [...] Devemos também expandir os nossos esforços de pesquisa, se quisermos aprender mais sobre como prevenir e tratar a invalidez ou o mau funcionamento da mente.

Terceiro, devemos fortalecer e melhorar os programas e instalações que servem os doentes mentais e os retardados mentais. A ênfase deve recair sobre o diagnóstico oportuno e intensivo, o tratamento, o treinamento e a reabilitação, para que os que sofrem de problemas mentais possam ser curados ou que as suas funções sejam restauradas na medida do possível. Os serviços para ambos, o doente mental e o retardado mental, devem ser de base comunitária e fornecer uma gama de serviços para atender às necessidades da comunidade.

Birman e Costa (1994), no decorrer de seu relatório, mapeiam as principais características e problemáticas que envolvem o projeto da psiquiatria estadunidense, especificamente a preventiva. Outros desses pontos serão aqui apresentados mais à frente. Porém, mais nos interessa, com isso, situar as fronteiras de curiosidade e de opacidade, as (supostas) infelizes coincidências com o presente, a partir das quais zarpamos em aventura ensaística de pensamento com a história. Dito de outro modo: por um lado, Paulo Amarante (1996, 2003, 2013, 2018) sempre enfatizou a psiquiatria comunitária como um contramodelo da reforma psiquiátrica brasileira, inspirada, isto, sim, na psiquiatria democrática italiana, nos ventos radicais de Trieste, de Franco e Franca Basaglia; por outro lado, são dramáticas as últimas décadas de psiquiatrização brutal do tecido social brasileiro. Aposta-hipótese: há uma herança estadunidense, traduzida, em esquecimento, como saúde mental, categoria-balaio do poder psiquiátrico contemporâneo, que ainda nos soa sonho. Saúde mental: promovê-la, hoje, é o mesmo que adaptar, que prevenir desvios?

2.3 PREVENIR É REMEDIAR (UM GRAMA DE PREVENÇÃO VALE MAIS DO QUE UM QUILO DE CURA)

Neste momento de perguntas inquietantes, importa uma incursão nossa por entre desvios históricos: a prevenção, na verdade, não é novidade na psiquiatria. Sempre foi o meio pelo qual se tornou possível expandir o campo de intervenção psiquiátrica. Castel (1978), por exemplo, destaca como a ideia de degenerescência, de Morel, na segunda metade do século XIX, contribuiu decisivamente para o que chamou de racismo antilouco e para a ação direta e indireta da psiquiatria em outros campos ainda não medicalizados, a partir de uma desumanização-caça das “linhagens” dos alienados em potencial, novos riscos de desordem fora do asilo. Não por acaso, Castel (1978, p. 264-265) faz, em dado momento, uma relação direta dos projetos de Morel com os de Caplan:

Essa extensão formidável do papel médico é ao mesmo tempo uma profundada [sic] transformação de sua modalidade de exercício. O médico não será mais, como no asilo, o agente exclusivo, nem mesmo o operador direto das ações em que é parte interessada. Poderá aconselhar, inspirar, esclarecer a totalidade dos “decisores”, todos aqueles cuja função profissional e/ou cuja posição na hierarquia social levam a exercer uma ação política em direção às massas: “Sua pretensão não é a de se colocar como uma força mediadora exclusiva, ela convoca para essa obra de regeneração todos aqueles a quem são confiados o bem estar e os destinos das populações, todos aqueles que detêm os meios de realizar os projetos de melhoramentos que a ciência médica submete a seu exame” [citação direta de Morel].

Trata-se justamente de antecipar a função que os partidários da *preventive psychiatry* irão pretender realizar, reivindicando um lugar em todos os lugares de decisão da comunidade. Que toda comissão tenha seu psiquiatra consultor, que toda assembléia se refira ao parecer do especialista competente. A função de perito, como vemos, está em vias de se fragmentar, disseminando o velho sonho platônico do rei filósofo. Devemos lembrar-nos — a República de Platão o comprova — que tais utopias só se desenvolvem nas sociedades de classes. E também — nossa sociedade nô-lo mostra — que é justamente lá que elas se realizam. “Por que, pergunta Morel num outro texto, seria impossível estender para fora o que se faz em nossos asilos?”. Infelizmente é o que se precisa também perguntar.

A transformação do fundamento teórico da doença mental irá, desse modo, produzir um duplo efeito em contraste mútuo. Por um lado, os prognósticos pessimistas comandados por uma etiologia orgânica, o aumento do número dos incuráveis, o aparecimento dos ineducáveis, irão fechar a noite asilar sobre si mesma. Enormes “morredouros” onde a referência médica se torna cada vez mais paródia. Por outro lado, abre-se um campo infinito de intervenções: prevenção, profilaxia, despistagem... o médico oferece seus serviços e se multiplica, quer estar presente em todas as linhas de frente onde emerge um risco de desordem.

Já no Brasil, é incontornável o caso da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que, conforme demonstra Costa (2007), atuou politicamente em questões sociais da época (nas décadas de 1920 e 1930), radicalizando o discurso preventivo a partir da eugenia. Os psiquiatras pareciam sonhar em dispor de um sistema médico-policial nacional, em agir eugenicamente não no nível individual apenas, mas no da sociedade. Com esse objetivo, intensificaram as campanhas contra o alcoolismo, um exemplo de seus apelos às medidas políticas para solucionar problemas psiquiátricos. A pressão massiva pela “repressão enérgica” por meio de medidas legais e policiais contra o consumo de álcool e contra os “ébrios” dava o tom da LBHM como, enfim, um *lobby* higienista para além dos manicômios (Costa, 2007).

Ainda sobre a prevenção psiquiátrica no Brasil, Roberto Machado *et al.* (1978) discutem como, na segunda metade do século XIX, a medicalização do Hospício de Pedro II dependia diretamente da medicalização da sociedade. Ou seja, para que a admissão/sequestração do louco em um manicômio ocorresse sem arbitrariedades administrativas e seguisse protocolos médico-científicos, minimamente básicos (com dados como nome, idade, causa da moléstia, histórico de vida e de sintomas etc.), dois movimentos eram fundamentais: 1) a presença do médico (e do saber psiquiátrico) em outras instituições, como justiça, família, polícia, administração, para lapidar os caminhos até a porta do hospício; 2) garantir ao alienista um mandato social exclusivo para gerir a loucura. Para tal, o psiquiatra Teixeira Brandão, em uma postura crítica mais radical à situação asilar — a fim de fortalecer o próprio asilo e a psiquiatria como “instituição reguladora da percepção social da loucura” (Machado *et al.*, 1978, p. 480) —, encampou a tarefa científica de medicalizar a legislação³⁰. O seu argumento tinha como base justamente a prevenção, a defesa da coletividade contra a perturbação da ordem e da moral públicas: o manicômio, propriedade da psiquiatria e tecnologia médico-científica destinada à gestão da loucura, sequestra o louco não para reprimi-lo, mas para tratá-lo, para prevenir a sociedade dos perigos loucos.

Por mais que a medicina mental, desde o seu início na França, seja uma ciência política que dá pitacos sobre a civilização e sua relação com a loucura, pode-se dizer que “a primeira incursão que o alienista faz claramente fora do asilo consiste na sua imposição como peça indispensável ao funcionamento do aparelho judiciário” (Castel, 1978, p. 162). Vale lembrar que, novamente, é a questão da periculosidade, da prevenção, que abre essas portas. Na relação

³⁰ Somente uma lei medicalizada seria capaz de, em um só tempo, transformar o estatuto do louco para o de doente e de incapaz. Inspirado na psiquiatria francesa, Teixeira Brandão defendia que, a partir da medicalização da legislação, seria a noção de menoridade instaurada sobre os loucos que legitimaria o Estado a regular esses corpos cuidadosamente, sem arbitrariedades, sem ferir, inclusive, os caros princípios de liberdade individual. Após tentativas frustradas tensionando de fora do legislativo, Teixeira Brandão se tornou deputado em 1903 e instituiu a primeira lei dos alienados do Brasil (Machado *et al.*, 1978).

entre justiça e psiquiatria, é pela via de um problema aparentemente marginal que as duas se aproximam na França. Na época, um desafio gritava de fundo: afinal, o que fazer com os criminosos estranhamente monstruosos, perigosos, sem responsabilidade jurídica, mas não exatamente loucos? Como pensar a desresponsabilização de um impulso das paixões, da vontade, e não do delírio, da inteligência, da desrazão? Isso produziu efeitos fundamentais na psicopatologia psiquiátrica, pois a medicina mental precisava, diante do desafio imposto, provar sua competência e sua aptidão para patologizar atos involuntários, enigmáticos, monstruosos, sem delírio (Castel, 1978).

Essa margem entre crime e alienação mental abre um futuro de extensão do patológico a partir da casuística da responsabilidade e da irresponsabilidade, do voluntário e do involuntário. Inicialmente, na tradição clássica, a patologia da loucura é marcada pelo delírio, definida basicamente como distúrbios do entendimento, da razão. Para Pinel, situações patológicas sem delírio eram uma surpresa e não cabiam exatamente em seu suporte teórico, em seu empirismo baseado na filosofia de Locke e de Condillac, no qual a busca arrojada por causas obscuras, metafísicas, era recusada. E se, por exemplo, Georget (um outro psiquiatra francês da época) diz categoricamente em 1820 que não existe loucura sem delírio, poucos anos depois ele próprio já baliza, em meio às problemáticas da perícia médico-legal, uma mudança basilar: há as lesões da vontade e as do entendimento ou delírio (Castel, 1978).

Nesse contexto de crise jurídico-psiquiátrica, é Esquirol quem cria o diagnóstico da monomania, caracterizada por uma micromania, involuntária, que deixa intacta a razão, sem a subverter. Assim, os perigos enigmáticos de uma razão não calculável, da qual a justiça não daria conta sozinha, ficam a cargo da psiquiatria, que assume a função de desenvolver uma casuística patológica, ficcional, em relação aos casos em questão: “a operação alienista, que patologiza novos setores do comportamento, é complementar à operação judiciária que visa remanejar o direito de punir numa base completamente racional” (Castel, 1978, p. 170). Assim, o eterno perigo virtual das novas categorias de loucura, na eficácia incerta quanto às curas dos casos enigmáticos, abre uma outra maneira de caça, que podemos chamar de prevenção (Castel, 1978).

Satisfeitas as digressões históricas, voltemos, então, ao tema da prevenção na psiquiatria comunitária: ainda que com incontáveis exemplos correlatos no passado, pode-se dizer que há algo de novo, empoeirado, instaurado pela psiquiatria preventiva. Porque esta se baseia, para

estabelecer os seus princípios, no modelo da História Natural da Doença, o qual preconiza três níveis de prevenção, a primária, a secundária e a terciária — ou seja, se baseia num modelo imprescindível para a epidemiologia e a saúde pública contemporâneas, de onde emergem conceitos fundamentais, como os determinantes e condicionantes de saúde (Birman; Costa, 1994). Se a doença mental é como as outras enfermidades, com uma história natural dividida em três momentos principais de desenvolvimento evolutivo, eis as três possibilidades de intervenção-assistência psiquiátrica em aliança com o Estado:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (Birman; Costa, 1994, p. 54).

Birman e Costa (1994) argumentam que não há muitas novidades, dentro da assistência psiquiátrica, em relação às prevenções secundária e terciária, já que estas remetem, basicamente, aos processos de diagnóstico, tratamento e cura/readaptação. Nesses dois níveis, a psiquiatria comunitária entende que, já instaurada a doença mental, é preciso diagnosticá-la e tratá-la o quanto antes, precocemente, para prevenir os riscos de agudização e de piora do quadro; e que, após a cura/readaptação, é preciso, ainda assim, acompanhar o paciente no sistema global de assistência, para evitar recaídas, novas crises.

O ouro dessa nova era psiquiátrica, lapidado e vendido por Gerald Caplan, está mesmo, portanto, na prevenção primária. Tendo sido importante, para os projetos das duas décadas anteriores (1940 e 1950), experimentar a promoção de saúde mental em hospitais psiquiátricos, réplicas confinadas do espaço social, em grupos já adoecidos, cronificados, é chegada a hora de expandir o laboratório de ajustamento social para as comunidades propriamente ditas, antes mesmo da irrupção disruptiva de qualquer desvio das normas grupais, agora sinônimo de doença mental (Birman; Costa, 1994). Todos os esforços de teorização e de governo se voltam principalmente à prevenção primária, aos determinantes da doença mental nos meios social e individual, aos seus fatores de risco — em resumo, às condições possíveis de conduzir ao que se está chamando de doença mental, por mais que seja teoricamente impossível (ao menos dentro de um sistema de racionalidade médico-científica hegemônica, não psiquiátrica) estabelecer relações causais diretas para uma doença mental, a não ser por hipóteses organicistas transformadas em mitos teóricos (como é o caso, atualmente, do mito do

desequilíbrio químico cerebral) ou por meras suposições³¹. Aí, nas comunidades, com foco nas populações de “alto risco”, supostamente caracterizadas por sistemas de segurança individual (e ambiental) mais “frágeis”, se concentram os recursos financeiros, técnico-assistenciais e teóricos da psiquiatria preventiva. Inaugura-se uma nova atenção: o “psiquiatra torna-se uma espécie de funcionário burocrático do equilíbrio comunitário” (Birman; Costa, 1994, p. 55).

Prevenir a doença mental é, pois, promover a saúde mental; é garantir a promoção de bem-estar, imbricado com outros setores e programas de bem-estar social, como educação e reforma urbana; é intervir em diversos níveis, mas sobretudo nas tensões comunitárias que ameaçam se desequilibrar das normas grupais, a fim de bloquear a possibilidade de emergência desses desvios. A psiquiatria, agora, é como um termostato social: sua função é equilibrar contextos, reequilibrar o desvio, fazer a comunidade e seus indivíduos recuperarem a homeostase (Birman; Costa, 1994). Para um projeto tão ousado, formas de multiplicar e de expandir a agência psiquiátrica para além do próprio psiquiatra são utilizadas: a partir de uma educação psiquiátrica nos meios de comunicação de massa, por exemplo, conta-se com uma cultura na qual se multipliquem os agentes terapêuticos, sejam técnicos (dentro dos serviços institucionais), sejam comunitários (dentro dos próprios dispositivos da comunidade). O psiquiatra é o legítimo supervisor da saúde mental, um campo amplo e indefinido do qual a psiquiatria torna-se, então, uma subteoria (Birman; Costa, 1994).

A partir desse momento, a chave saúde-doença nada mais é do que um processo de adaptação-desadaptação social. Ao contrário do que afirma John F. Kennedy em sua mensagem ao congresso estadunidense (Anexo B), não vale mais prevenir do que curar (remediar), pois tais verbos, na história da psiquiatria e no seu presente em metamorfose, se embananam como sinônimos. Para Birman e Costa (1994, p. 59), a prevenção estabelecida pela psiquiatria comunitária não tem sustentação teórica e etiológica; segundo eles, eis o que ocorre:

³¹ Conta o próprio Caplan (1980, p. 42), de maneira genérica e frágil, em relação ao seu enfoque teórico-assistencial na prevenção primária: “Esta abordagem baseia-se no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento, e que, pela alteração do equilíbrio de forças, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis”. Imediatamente depois, ele assume: “Mas sabemos pouquíssimo sobre a etiologia da maior parte dos distúrbios mentais” (Caplan, 1980, p. 42). Em outro trecho mais à frente, propõe ele, então: “Na ausência de um conhecimento das causas dos distúrbios mentais, a prevenção primária deve ser dirigida no sentido de melhorar os recursos assistenciais não-específicos na comunidade e de reduzir aquelas condições que temos algumas razões para acreditar que são perniciosas, se bem que não possamos citar qualquer prova adequada de que elas são claramente propícias a esta ou aquela perturbação mental. A indefinição e a ausência de uma base validada para os nossos esforços tornaram necessário que ordenemos as nossas idéias de algum modo sistemático, a fim de que os nossos programas preventivos sejam dirigidos para metas claramente definidas; isso nos permitirá avaliar e modificar os nossos métodos, ao refinarmos as nossas hipóteses sobre influências nocivas e benéficas em conformidade com a experiência crescente e os progressos na pesquisa etiológica” (Caplan, 1980, p. 44-45). Para o autor, no modelo preventivo, a escala do “mapa” assistencial deve ser macroscópica, o que exige um “certo turvamento dos detalhes individuais”, microscópicos, próprios de uma teoria psiquiátrica focada meramente no indivíduo.

[...] uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negacionismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social.

Entre o ovo e a galinha: capturaram, no decorrer da história, as lutas progressistas em prol da ampliação (e politização, socialização) do conceito de saúde e de saúde mental, ou nós que fomos capturados por esses conceitos?

2.4 À FRENTE, UM PASSADO SATURADO DE AGORAS

Para o povo Aymara, comunidade indígena da região andina, que vive hoje entre as fronteiras da Argentina, Chile, Bolívia e Peru, o passado e o presente são um só tempo: o passado-presente é o que se está vendo ou o que foi visto. Esse tempo, à vista, está sempre adiante, à frente, de maneira cíclica. Já o futuro, na cosmovisão e língua aymaras, pode ser traduzido como o que não foi visto, o que não se pode ver. Enquanto o passado-presente está à frente, o futuro está atrás, atrás de nossas costas, e é preciso esperar que o tempo passe (Layme Pairumani, 1993; Quispe Villalobos, 2021).

Essa maneira singular dos aymaras de pensar e viver o tempo nos convoca a compreender a história de maneira não linear, a partir de concepções não hegemônicas no Ocidente. No percurso que seguimos até então nesta seção ensaística, no tecer de relações de vizinhança entre a Casa Verde e a Casa Branca, uma urgência futura corre em nossas costas, ainda obscura: diante de uma sociedade radicalmente psiquiatrizada, do cinza entre a abertura-reforma da Casa Verde e a colonização-reforma da Casa Branca, que história seria possível de escrever sobre as reformas psiquiátricas no Brasil, especialmente se não seguirmos a história já instituída, se nos aventurarmos a colocar Trieste entre parênteses? Evidentemente, não tenho, aqui, a pretensão de responder a tal pergunta, de fazer essa operação complexa e demorada, mas de simplesmente produzir uma rachadura no campo antimanicomial, de provocar outras possibilidades de narrar e de visualizar um passado saturado de agoras, como disse certa vez Walter Benjamin (1987).

Há muito esquecido. E há muito diante de nossos olhos. Segundo Desviat (2015, p. 62), “as ideias de prevenção, risco e população de risco constituem, juntamente com a teoria da crise, os elementos conceituais da psiquiatria preventiva ou comunitária”. Agouros laboratoriais do neoliberalismo. Mas, curiosamente, parece novidade que uma específica perspectiva clínica de crise, compartilhada no cotidiano dos trabalhos psicossociais brasileiros, apareça em Caplan (1980; Birman; Costa, 1994): isto é, a crise como ambiguidade, como objeto privilegiado de intervenção: tanto um indicador de desequilíbrio, de fissura no sistema de segurança do indivíduo, de caminho inicial ou agravamento evolutivo de um quadro de uma doença mental, de diminuição da capacidade adaptativa diante de novas situações, quanto uma oportunidade valiosa de crescimento, de enriquecimento pessoal, de produção de instrumentos terapêuticos individuais, de promoção da saúde mental e bem-estar.

Hoje, num contemporâneo em crise, acometem-nos desejos voluntários de autopsiquiatria, servidão paradigmática. Seria isso uma espécie de atualização do

pastorado? Ainda seguiríamos, ao buscar um ideal de saúde mental, a tal busca pela salvação cristã³² (Foucault, 2008)? De todo modo, é avassalador como, em cerca de quinze anos, campanhas e termos para educar a população, como o “setembro amarelo” e a “psicofobia”, promovidos pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), tenham se incorporado de maneira tão radical na gramática cultural e legal do país³³. Com um mês amarelo, pintaram de branco a Casa Verde, estratégia agudamente eficaz de pulverização e de recolonização da psiquiatria no Brasil. Afinal, o manicômio sequestra, enquanto uma nova psiquiatria captura os meios sociais de produção de sentido, produz tutela amortecida, camuflada de progressismo, como pedágio necessário, inclusive, para a garantia de direitos (acessibilidade, inclusão, condições dignas de vida, retaguardas de sobrevivência) de grupos vulneráveis e excluídos.

No âmbito clínico-cultural, são mais numerosas as tentativas de crítica e de resistência à colonização estadunidense. Em geral, porém, elas se atêm às mudanças mais óbvias e escandalosas da psiquiatria atual, com a qual lidamos de maneira gritante no cotidiano e cujo cenário aparentemente conhecemos melhor. Imbricamentos com as políticas de Estado, em geral, ficam em segundo plano ou mesmo fora do escopo da crítica. Aí, habitam muitos temas e estratégias de resistência: (des)medicalização e psiquiatria; (des)prescrição de drogas psiquiátricas; denúncias de aliança e de corrupção entre psiquiatria, *marketing* e indústria farmacêutica; psicopatologia, crítica aos rótulos diagnósticos e historicização do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM); combate ao reducionismo biomédico e aos mitos bioquímicos, genéticos e cerebrais; análise crítica do neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico; militância de grupos autodenominados sobreviventes da psiquiatria; movimentos de despatologização da vida; politização sociológica das causas do sofrimento psíquico/transtorno mental etc. Esses debates, embora minoritários e muito atacados pelo *establishment* psi no Brasil e no mundo, são recorrentes e têm força-projeção, inclusive na arena das redes sociais.

Já para questões administrativas, assistenciais, jurídicas e legais, corre o conceito, no Brasil, de contrarreforma psiquiátrica, para dar sentido crítico aos graves retrocessos nas políticas públicas de saúde mental desde 2015 no país, inclusive à ascensão, com estímulo fundamental do Estado brasileiro, das chamadas comunidades terapêuticas, novas reconfigurações dos velhos manicômios, agora fazendas e sítios neopentecostais de abstinência, tortura, evangelização, escravidão e morte (Conselho Federal de Psicologia, 2018; Costa, 2020,

³² As questões esboçadas que envolvem essa pergunta precisam ser cuidadosamente pensadas em um trabalho de pesquisa posterior.

³³ Falo de maneira mais detalhada sobre essas campanhas da ABP no último ensaio desta dissertação, em *Nota de desinstitucionalização: reformar ou abolir a psiquiatria?*.

2025; Ministério Público Federal, 2025; Rocha *et al.*, 2023). O artigo de Oka e Costa (2022), por exemplo, faz um extenso apanhado das políticas de saúde mental sob a perspectiva conceitual de contrarreforma, chegando às seguintes conclusões:

Constatamos que se trata de um movimento abrangente, indo além do setor saúde e da própria Saúde Mental, organizado por diferentes ministérios, políticas setoriais, atores estatais, bem como não-estatais, com participação importante de instituições de representação das categorias médicas e da psiquiatria. Ao mesmo tempo, tal processo representa, nas particularidades da SM, a ofensiva do capital neoliberal que requebra sob novas formas, velhos interesses e *modus operandi* tradicionais no âmbito da Saúde Mental, tais como: o desmonte dos serviços e propostas substitutivas de base territorial-comunitária; a reinstitucionalização das lógicas asilar-manicomial e hospitalocêntrica; o absolutismo médico-psiquiátrico; a moralização da abordagem ao uso de drogas; perpetuações e recrudescimentos de violações de direito; e a mercantilização e privatização do cuidado na área. Entendemos que a defesa da Reforma Psiquiátrica passa, necessariamente, pela análise e entendimento das contradições e dos obstáculos que não apenas estrangulam e tolhem seu desenvolvimento, como, no presente momento, a colocam em xeque, junto dos avanços que trouxe consigo e da própria conquista que ela *per se* representa. Sendo assim, o presente esforço constitui um esforço preliminar, mas, a nosso ver, relevante, ao propiciar um panorama — dinâmico — que possa servir como ponto de partida para a continuidade da implementação e desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, superando seu atual estágio de negação e descontinuidade na/pela Contrarreforma Psiquiátrica.

Essa perspectiva, apesar de ser uma maneira estratégica de mapear todos os retrocessos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, é também um sinal de que pressupomos certos princípios originários da reforma (isto é, princípios fundantes contra os quais teriam surgido correntes em sentido oposto; avanços “por si” que a reforma representaria), sem muitos tensionamentos complexos, nuances não dicotômicas, e outros projetos de poder envolvidos na história. Com isso, ao menos dois efeitos que, explicitados, certamente doem e nos incomodam: 1) esquecemos, por exemplo, que a ABP apoiou publicamente a reforma psiquiátrica brasileira (Dias; Muhl, 2020; Jorge; França, 2001), e segue a apoiando do jeito dela, com os termos e projetos dela (Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.*, 2006, 2014, 2020); 2) e perdemos de vista (des)continuidades importantes com o projeto de colonização da psiquiatria estadunidense, vinculada diretamente à Casa Branca, desde, ao menos, a década de 60.

Nos últimos anos, iniciativas mais diretas de articulação entre as duas geografias de pensamento (isto é, do âmbito clínico-cultural, assim como do âmbito estatal, o qual engloba questões administrativas, assistenciais, jurídicas e legais) estão acontecendo. Pela relevância acadêmica e administrativa mais evidente, podemos exemplificar essas iniciativas a partir do

trabalho de Marcelo Kimati Dias, atual diretor do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD), do Ministério da Saúde. Dias e Muhl (2020), em um artigo, investigam, por exemplo, os agenciamentos entre dois movimentos distintos, para concluir que não há oposição entre eles: a articulação e a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil; e a expansão de uma psiquiatria alinhada à indústria farmacêutica, fenômeno em geral conhecido como epidemia de psicotrópicos (ou de drogas psiquiátricas). Anos depois, Dias (2023) foi o organizador do livro *Medicalização e políticas de saúde mental no país*, no qual são articulados, diretamente, debates clínico-culturais, a partir do conceito de medicalização, com as políticas de saúde mental, a partir do conceito de contrarreforma psiquiátrica, considerado aqui um dispositivo mais amplo, incluindo aspectos culturais e epistemológicos.

No entanto, chama a atenção como, nesses trabalhos, mesmo os que historicizam a chamada psiquiatria contemporânea, articulada às políticas públicas de Estado, não há menção à psiquiatria comunitária estadunidense como um vetor fundamental de incidência a todos esses âmbitos. Mencioná-la, pois, é um esforço desta dissertação.

Vejamos, por exemplo, o desenho da rede assistencial construída pela psiquiatria comunitária:

Os princípios que nortearam o trabalho dos Centros de Saúde Mental Comunitária foram a acessibilidade (localização conveniente e, se necessário, descentralização dos serviços); informações adequadas à população-alvo sobre a existência e as características dos diferentes programas; gratuidade; disponibilidade; ênfase na prevenção da doença; levantamento das reais necessidades de toda a população e não apenas dos que já recebiam tratamento; abordagem eclética e utilização de qualquer tratamento útil; responsabilização do governo perante o doente e sua família.

Os serviços essenciais que todos os centros de saúde mental tinham que proporcionar, para uma população entre 75 mil e 200 mil habitantes, eram: os atendimentos de emergência e a hospitalização, durante 24 horas por dia, todos os dias da semana; a hospitalização parcial, as consultas externas e a educação da comunidade. Em 1975, foram acrescentados os seguintes programas: infantil, gerontopsiquiátrico, de avaliação e acompanhamento dos pacientes internados no hospital psiquiátrico estatal de referência, as casas de transição, os referentes ao alcoolismo e à dependência de drogas e, por fim, o sistema de avaliação dos programas (Desviat, 2015, p. 61).

Infelizes coincidências?

2.5 O BRASIL E A SERPENTE

O Manifesto de Bauru, de 1987, marca, em suas próprias palavras, uma ruptura nos movimentos da luta antimanicomial no Brasil: o lema “por uma sociedade sem manicômios” inaugura um compromisso ético-político em não se conformar com uma mera racionalização e modernização dos serviços (Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987). Seria preciso, na verdade, transformar radicalmente a sociedade e o modo como esta se relacionava com a loucura, objeto de lucro e de exclusão por parte do Estado e da propriedade privada. No entanto, embora a luta, a partir dali, tenha estabelecido a marcação de uma diferença radical com o conceito de desinstitucionalização da psiquiatria comunitária, entendido como mera desospitalização e racionalização de serviços e recursos (Amarante, 1996), uma inquietação de Pelbart (1990), aparentemente mais solitária, mais “estraga-prazeres”, foi incorporada pelo movimento, com o tempo, de uma maneira deslocada, distensionada.

É que, atualmente, no cotidiano da luta e dos serviços de atenção psicossocial pelo Brasil afora, é comum ouvirmos o uso do conceito de “manicômio mental” como uma maneira de ajudar na imagem-argumento de que o manicômio ultrapassa os seus muros físicos, sendo uma lógica que, antes de tudo, está “em nós mesmos”, em nossas práticas, em nossos pensamentos. Ora, por mais que isso seja verdade e que, entretanto, eu tenha a suspeita de que o alargamento do que chamamos de manicômio desde a década de 1980 tenha simplesmente o nome de psiquiatria (a rigor, a instituição por excelência), o conceito de “manicômio mental”, criado por Pelbart (1990), possui camadas mais complexas, nos convocando a atenção para um outro dilema grave e enraizado no processo da reforma psiquiátrica brasileira. Para nós, neste ensaio, para além de um preciosismo conceitual, é sobretudo a sua série de questões levantadas, já esquecida, que nos interessa na íntegra:

A pergunta mais geral que precisa ser colocada inicialmente é a seguinte: o que significa de fato, no plano da cultura, essa utopia asséptica de uma sociedade em que os loucos não mais estariam confinados nos asilos, nem discriminados nas famílias, nem segregados no trabalho? Quando derrubarmos definitivamente os muros do manicômio e acolhermos entre nós seus antigos inquilinos, quando passarmos a considerá-los serenamente como nossos vizinhos, em suma, quando os loucos passarem a fazer parte integrante de nossa paisagem cultural e antropológica a mais cotidiana — aí, nesse futuro longínquo mas a cada dia mais próximo, o que acontecerá efetivamente com os loucos, e com a loucura?

Trata-se de saber primeiramente se faremos com os loucos aquilo que já se fez com homossexuais, índios, crianças ou outras minorias — ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios — mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu

potencial de desterritorialização. Por potencial de desterritorialização entendo aqui esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e transpor ou deslocar os limites, sempre de outro modo, seja através de um devir-bicha, de um devir-negro, de um devir-nômade ou de um devir-louco, e ora assumindo um rosto estranho, ora ameaçador, sacrílego, herege, criminoso ou delirante.

Ao borrarmos essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a? Não estaremos, com um carinhoso abraço de urso, conjurando o perigo que os loucos representam? Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem? Para dizê-lo de modo ainda mais incisivo, será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social? (Pelbart, 1990, p. 132-133).

Mais ou menos, perigos como esses faziam parte do radar político da época, mas hoje nos parecem uma inconveniente surpresa. Como fomos dopados? Paulo Amarante (1996, p. 19), em *O homem e a serpente*, faz um discreto e lúcido contraponto em nota de rodapé, em referência justamente à psiquiatria comunitária, a reformas de engenharia psiquiátrica, caracterizadas por amenas mudanças epistemológicas e concretas — amenas, é claro, se pensadas sob um paradigma de desinstitucionalização radical da relação sociedade-loucura:

Cumpre assinalar que, nos projetos de desinstitucionalização decorrentes das versões anteriores, a indústria farmacêutica geralmente tende a oferecer apoio, uma vez que a expansão do território psiquiátrico pode significar aumento de situações consideradas patológicas e, conseqüentemente, aumento do consumo de medicamento.

Mas esse apoio, em si, obviamente, não explica muita coisa, mais explicita a confusão em que nos metemos. No mesmo livro, páginas antes, Amarante (1996) faz críticas contundentes à psiquiatria preventiva. O autor reforça a perspectiva de que esse modelo estadunidense opera uma sofisticação e modernização da intervenção psiquiátrica, sem, no entanto, colocar, de fato, a institucionalização e o manicômio em questão: este, ainda existente, passa apenas a ser considerado em grande parte obsoleto para os novos projetos não mais prioritariamente assistenciais, de cura, da psiquiatria. Pretende-se, na verdade, focar em prevenção, em promoção da saúde mental, a partir de um ideal de saúde mental asséptico, sem doenças, o que, ao mesmo tempo, amplia o território de patologização do social, ao alargar o conceito de doença para o de desvio, de desajustamento, de mal-estar social (Amarante, 1996). Nesse modelo, “todos têm virtude de curar” (Birman; Costa, 1994, p. 51): afinal, não mais se almeja exatamente reduzir sintomas, e, sim, promover (re)adaptação social em um grupo.

Desviat (2015), ao se debruçar sobre a psiquiatria comunitária, apresentou alguns antecedentes culturais, políticos e legais da sua constituição. Um deles é o filme de ficção *The snake pit*, traduzido no Brasil como *A cova da serpente* (1948), que teve efeitos políticos importantes na cultura estadunidense, ao ressaltar a desumanidade dos hospitais psiquiátricos: nessa época, como já vimos, o modelo de violência psiquiátrica, centrado no horror ineficiente do manicômio, começou a “pegar mal”. A serpente, aliás, é um bicho que também aparece no título do livro de Amarante (1996), *O homem e a serpente*, em referência a uma fábula oriental, usada recorrentemente por Franco Basaglia como símbolo de luta pela liberdade. De modo resumido, diz a fábula que, certa vez, enquanto um homem dormia, uma serpente entrou pela boca do homem e se alojou em seu estômago, passando a impor-lhe uma vontade alienante; depois, mesmo ela já tendo ido embora, o homem não mais sabia o que fazer com sua liberdade, contra o que ainda o aprisionava, contra o resquício-hábito de ter perdido a capacidade de viver e de desejar de maneira autônoma (Amarante, 1996).

É curioso que, não à toa, Deleuze (1992) afirme que a serpente, não mais a topeira monetária, do confinamento, seja o bicho das sociedades de controle. Para ele, depois da Segunda Guerra Mundial, novas forças, que se instalaram lentamente, precipitaram um outro regime: sociedades de controle a substituírem as disciplinas. Assim, essa história de reformar e de dispersar meios de confinamento (hospitais psiquiátricos, fábricas, escolas, famílias, prisões), característicos das sociedades disciplinares (analisadas demoradamente pela obra de Foucault), nada mais é do que uma crise do que não somos mais, do que estamos deixando de ser. Agora, dominações ao ar livre rivalizam com os velhos confinamentos: novas liberdades e novas, brutais, máquinas ondulatórias, autodeformantes, de controle.

No texto, em 1990, Deleuze (1992) aponta como os jovens estranhamente pediam para ser “motivados”, encantados pelas alegrias do *marketing*, agora um sofisticado instrumento de controle social, difícil de ser captado como uma tecnologia de sujeição. Na mesma França, em 1981, Castel (1987, p. 42) parece já farejar as mudanças, ao apontar o risco de vermos a medicina mental, diante do espraiamento do conceito de doença mental (e da consolidação do que Deleuze nomeará depois como sociedade de controle), tornar-se “um modo generalizado de resolução dos conflitos”. No Brasil de 2025, jovens festejam no TikTok chás-revelação de diagnóstico psiquiátrico, alegres com a promessa publicitária do nascimento de uma nova história, apaziguadora de contradições insuportáveis. O processo de perceber novas formas de dominação é doloroso, e cada regime impõe suas dificuldades, exige das novas gerações compreender as finalidades a que estão destinadas, para produzir outras armas de resistência:

Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas (Deleuze, 1992, p. 220).

No fim, os anéis de uma serpente são mais complicados que os buracos de uma toupeira, porque isso nada mais é do que uma nova mutação do capitalismo, cujas crises reconfiguram outros regimes de dominação, abrem as condições de emergência, em meio às agonias da transição para outros modos de viver capitalistas, da invenção de máquinas nunca antes sentidas, encaradas como mais modernas, mais humanas, mais libertárias, menos danosas. Dos moldes rígidos e brutos das instituições para uma modulação ondulatória e sofisticada de fluxos dispersivos, no novo capitalismo a empresa substituiu a fábrica (Deleuze, 1992). E a empresa tem uma alma — aliás, é ela própria uma alma. Somos gases almados, todos gerentes de uma mesma empresa: “A família, a escola, o exército, a fábrica não são mais espaços analógicos distintos que convergem para um proprietário, Estado ou potência privada, mas são agora figuras cifráveis, deformáveis e transformáveis, de uma mesma empresa que só tem gerentes” (Deleuze, 1992, p. 224).

Em nosso caso, me pergunto ao zigzaguear com o ensaio de Deleuze (1992), aqui a pensar o fenômeno de uma sociedade radicalmente psiquiatrizada: a Casa Verde, manicômio analógico para e contra a loucura, espaço concentrado de produção de doença mental, propriedade do psiquiatra, via colonização, se esparrama de branco enquanto nos transformamos em uma sociedade de gerentes psiquiátricos? O empreendimento da psiquiatria, afinado aos novos ares capitalistas de seu tempo, passa a se preocupar sobretudo com o setor de vendas, com a qualificação, ampliação e racionalização do setor de serviços de saúde mental, com a compra de ações flutuantes para a conquista de novos mercados, enquanto os vendedores, todos gerentes, eminentes varejistas de diagnósticos e de drogas, uns mais psiquiatras que outros, sonham em se transformar um dia em CEO desse gigantesco monumento político-ficcional?

Nas sociedades de controle, nunca se termina nada. Deleuze (1992) exemplifica que, na educação, o exame é substituído pela lógica da formação permanente. Relembremo-nos também da prevenção terciária, concebida pela psiquiatria comunitária: não há exatamente uma cura, um fim do tratamento, mas uma readaptação social que, quando bem-sucedida, deve ser ainda assim acompanhada pelo Estado, para evitar o risco de novas crises e disrupções (Birman;

Costa, 1994). Para a maioria desviante³⁴, não há confinamento; há, porém, sempre uma dívida, riscos a serem controlados e neutralizados. Deixamos de ser, para o Estado, indivíduos; assinamos não mais com nosso nome, com nossa matrícula, mas com uma senha de acesso — qual é ela mesmo? Eis “a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (Deleuze, 1992, p. 225).

Eureka! Foi uma serpente-serpentina quem bateu à porta de Dr. Simão Bacamarte e desabou sobre o homem uma felicidade excitante, inusitada, sem luz no fim do túnel. Sem luz, não porque não há mais luz — pelo contrário, grandes luzes invadem hoje os nossos olhos em excesso (Didi-Huberman, 2011) —, mas simplesmente porque não há mais túnel por onde possamos escapar.

³⁴ Termo que dá título a um texto de Franca Basaglia e Franco Basaglia (2010b), no qual nos debruçaremos no ensaio/tópico 2.7.

2.6 TRIESTE ENTRE PARÊNTESSES

Tinha [eu] que ser examinado pelo Henrique Roxo. Há quatro anos, nós nos conhecemos. É bem curioso esse Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei por que não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério — que mistério! — que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele.

— Lima Barreto, *Diário de um hospício*.

Como venho demonstrando, as chaves de leitura e de escrita sobre a reforma psiquiátrica brasileira e sobre a psiquiatria contemporânea, principalmente na última década, diante de escândalos assustadores e de retrocessos acachapantes, estão sendo problematizadas no país em caráter de urgência. Nesse sentido, um outro ponto fundamental a ser pensado e lembrado é o esforço cada vez maior de descolonizar as referências europeias e estadunidenses no modo como visualizamos e contamos a história psiquiátrica no Brasil, situada na periferia colonizada do capitalismo mundial, em meio a recortes de raça, classe e gênero — recortes antes convenientemente cortados, apagados, sem profusão, do processo reformista brasileiro.

Esse trabalho de desinstitucionalização da memória (e, ao mesmo tempo, de invenção de novas ideias, de novas tecnologias de luta) pode, hoje, ser encontrado em propostas radicalizantes, como: a) a noção de luta antimanicomial pensada no texto da então residente Bárbara dos Santos Gomes (2019), em *Encontros antimanicomial nas trilhas desformativas*; b) a cartografia de saberes e fazeres antirracistas em saúde mental, que desembocou no delineamento de três ideias-força para a descolonização da reforma psiquiátrica, escrito por Emiliano de Camargo David, Maria Cristina Vicentin e Lia Schucman (2024), em *Desnortear, aquilombar e o antimanicomial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira*; e c) o conceito-movimento de AquilombaSUS, tecido por Tadeu de Paula Souza, Emiliano de Camargo David e Rachel Gouveia Passos (2025), em *AquilombaSUS: ancestralidade e tecnologia relacional de produção de saúde*.

Nesse contexto, visualizamos que tal desinstitucionalização da memória possui um ponto marcante e acurado quando, também há poucos anos, Rachel Gouveia Passos (2018) nos questionou de maneira radical: holocausto ou navio negreiro? Isto é, será mesmo o holocausto nazista, conforme nos contou Franco Basaglia após uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena em 1979, a imagem que mais se aproxima da realidade dos manicômios brasileiros?

É esse, enfim, o espelho da nossa tragédia humanitária? Lima Barreto (2017, p. 168), memorado no artigo de Passos (2018), recorta a seguinte imagem sobre o ficcional cemitério dos vivos, do qual foi objeto e testemunha em vida:

Alguns não suportam roupa no corpo, às vezes totalmente, outras vezes em parte. Na Seção Pinel, num pátio que ficavam os mais insuportáveis, dez por cento deles andavam nus ou seminus. Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento. É uma luz negra sobre as coisas, na suposição de que, sob essa luz, o nosso olhar pudesse ver alguma coisa. Aí é que há os berradores; mas, como em toda parte, são só os seus gritos que enchem o ambiente. Eles são relativamente poucos.

Em outro trecho, Lima Barreto (2017, p. 164) complementa as proveniências da paisagem:

Os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, em geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros, que levam a sua humildade, teimando em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira ensebada e uma manta sórdida; são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros etc.

Na história do Brasil, argumenta Passos (2018), as práticas manicomiais estão mais ligadas ao horror do navio negreiro, ao colonialismo, às lógicas escravocratas e racistas. A Europa e os Estados Unidos da América não são os nossos espelhos, mas temos dificuldades de nos recortarmos com nossas próprias lentes, outras tecnologias de ver. Passos (2018) defende que debater as relações de raça, gênero e classe, aproximando a luta antimanicomial da luta antirracista, feminista e anticapitalista, bem como racializar os corpos e a história da loucura e da reforma psiquiátrica, faz parte dos novos rumos da luta antimanicomial brasileira.

Em outro trabalho, especificamente sobre a realidade das Residências Terapêuticas no Rio de Janeiro, Passos (2017) se atém às problemáticas das cuidadoras dessas casas, em sua maioria mulheres negras — ligadas a um longo processo colonial, racista e patriarcal de subalternização e de invisibilização. Desse ponto de partida, a pesquisadora demonstra como, desde o século XIX, as mulheres escravizadas e africanas livres serviam sua força de trabalho aos hospícios, e como isso vem se atualizando no cenário contemporâneo da reforma psiquiátrica brasileira, por meio da precarização e da mercantilização do trabalho. Passos (2017)

também identifica que as atribuições quanto ao papel das cuidadoras não são evidentes, vacilam entre trabalho doméstico e trabalho do cuidado. Ela argumenta que a não exigência de uma formação específica e o não reconhecimento dessa ocupação como profissão fortalecem ainda, além de outros pontos problemáticos, tanto relações hierárquicas entre trabalhadoras(es) quanto práticas de caráter maternalista. A essencialização do “feminino”, para a mulher negra, produz efeitos brutais que, atualizados no capitalismo neoliberal via mercado privado ou políticas públicas, remetem, na história, à exploração sexual produzida pelo senhor de escravos (a função da mulher negra como ama de leite, por exemplo, para servir na casa-grande). Conclui Passos, então (2017, p. 90):

A escassez de literatura acerca do trabalho das mulheres negras nos hospícios brasileiros é um dos componentes da invisibilidade reproduzida em nossa sociabilidade. Ao possibilitarmos, ainda que minimamente, reflexões sobre a apropriação desse trabalho por parte da psiquiatria tradicional e, posteriormente, pela Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial, identificamos que as mulheres negras permanecem no “mesmo lugar social”, ou seja, continuam exercendo atribuições subalternas e consideradas inferiores. Nesse sentido, a lógica escravocrata perpetua-se com outras características e nomenclaturas expressas no “mito da democracia racial”. Trazer à tona esse debate, em destaque na política de saúde mental, possibilita-nos recuperar o Lema da Luta Antimanicomial e sua direção radical pautada em um projeto societário de transformação. Ainda que muitos tenham se desviado do caminho que estava proposto em 1987, no Encontro de Bauru, e tenham aceito executar a RPb [Reforma Psiquiátrica brasileira] a qualquer custo, uma nova geração de antimanicomiais vem questionando as estratégias adotadas e recuperando os princípios originais do Lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Logo, questionar as desigualdades e opressões/explorações de classe, gênero e raça/etnia faz parte das mudanças que se deseja e almeja alcançar não só em relação às pessoas em sofrimento psíquico, mas também em relação à utopia que nos direciona na busca por uma transformação societária que esteja pautada no fim da propriedade privada!

Desmontados muros, grades, correntes, continentes na geografia da história, aí estão elas e eles, outros passados-presentes a emergirem da paisagem à nossa vista. Neste nosso ensaio, duas arquiteturas paradigmáticas do monumento psiquiátrico se avizinham na memória. De um lado, a Casa Verde, aparato tecnológico manicomial que marca a constituição da psiquiatria no Brasil, atrelada a um paradigma asilar europeu, sobretudo francês, e que, no decorrer dos séculos, torna-se um eficaz depósito de gentes socialmente mortificadas, se efetivando nos diversos Brasis afora com diferentes transformações, funções e singularidades em cada território manicomializado. Do outro lado, a Casa Branca, sede imperialista e condensadora das mutações psiquiátricas no Ocidente do pós-guerra, tendo como modelo paradigmático de exportação global a psiquiatria comunitária, preventiva, feita em laboratório

interno para ajustar os desvios de uma sociedade capitalista avançada, ainda por vir na maioria dos países de sua época, incluindo o Brasil. A sofisticada arquitetura da Casa Branca, desse modo, está menos para um novo espelho da psiquiatria brasileira (ou contramodelo, contraespelho, contrarreferência da reforma psiquiátrica do Brasil, como já apontamos) e mais para uma herança maldita, colonial-parasitária, com a qual precisamos nos defrontar hoje. Como desmontá-la, entretanto? E mais: como ela pode se agenciar com um domicílio do poder colonial e racista brasileiro, isto é, a casa-grande?

De início, nos valeremos de uma clássica e famosa formulação de Franca Ongaro Basaglia e Franco Basaglia (2010d)³⁵, o conceito de “doença mental entre parênteses”, para retorcê-la poeticamente. Para eles, a psiquiatria tradicional, carcerária, sempre colocou o doente mental entre parênteses, sem visualizar as complexidades de cada sujeito, sem olhar para a pessoa institucionalizada, sempre anulada por pressupostos estigmatizantes, legitimados pelos diagnósticos psiquiátricos. Assim, inspirados na fenomenologia de Husserl, os italianos inventaram a saída de colocar não o doente mental entre parênteses, mas, ao contrário, o próprio fenômeno da doença mental em indefinição. Isso ajudou no processo de destruição do manicômio e, mais do que isso, abriu as portas para uma crítica epistemológica radical contra as sustentações teóricas da violência psiquiátrica. Assim, não se tinha exatamente o intuito de negar a existência da doença mental, mas de complexificá-la, colocando em questão a própria psiquiatria como instituição legítima em definir e enclausurar um fenômeno tão complexo como o da loucura (Amarante, 1996; Basaglia, 2010d).

Se, portanto, naquele contexto italiano, transformar a política atencional em relação à doença mental foi uma tecnologia fundamental para uma desinstitucionalização radical da relação sociedade-loucura, será fundamental para nós, hoje, desconcentrar-desinstitucionalizar o nosso olhar de Trieste, da inventiva experiência italiana. Ora, se é atualmente urgente a invenção de saídas criativas para repensarmos a reforma psiquiátrica brasileira e a própria luta antimanicomial, remapear as fronteiras dos nossos passos coletivos (para complexificá-los, evidentemente) parece ser o passo seguinte, inescapável: um compromisso ético-político das

³⁵ Aqui, dois pontos importantes em relação à referência dos trabalhos basaglianos nesta dissertação. O primeiro ponto é que os escritos de Franco Basaglia estão reunidos em uma mesma obra (Basaglia, 2010d) e que, no caso do conceito de “doença mental entre parênteses”, encontramos formulações a seu respeito de maneira mais dispersa, no decorrer dos escritos selecionados. O segundo ponto é que Franca Ongaro Basaglia, embora não esteja contemplada nas formalidades da referência da ABNT, é sempre citada no corpo do texto da presente dissertação quando tiver participado dos escritos com Franco Basaglia. Essa foi uma solução encontrada para não perpetuar o apagamento das contribuições diretas de Franca no decorrer da história como pensadora, autora e ativista. Inclusive, esse apagamento de gênero, promovido pelo movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira, foi objeto de *mea culpa* pelo próprio Amarante (2023) em um recente dossiê para a *Revista Cult*.

novas gerações com uma nova indefinição contra a psiquiatria, ainda a ser demoradamente indefinida por muitos. Estamos, enfim, sedentos e sedentas por novas tecnologias de luta, daquelas que abrem contornos para um futuro incontornável, cinza e, ainda assim, e por isso mesmo, encantador, paisagem de desejos.

Apesar de a formulação conceitual de colocar Trieste entre parênteses, até onde se sabe, nunca ter sido apresentada precisamente nesses termos, a própria Passos (2018), em seu artigo, produz a inquietação de que a história oficial da reforma psiquiátrica brasileira se limitou a Trieste e invisibilizou, por exemplo, a experiência revolucionária de Frantz Fanon na Argélia, enquanto o próprio Franco Basaglia o apontou como uma referência direta para pensar uma psiquiatria politizada e um processo revolucionário, para além dos reformismos limitantes de uma ação terapêutica. É preciso, diz Passos (2018), que se coloque como uma questão a ser discutida e repensada pela luta antimanicomial se o apagamento das influências e contribuições de Fanon contra o colonialismo e suas expressões na Argélia possui relação com o racismo estrutural que nos constitui enquanto sociedade brasileira.

Uma pausa concentrada, agora, é bem-vinda. Até aqui, em nosso percurso de pensamento, tocamos em tecnologias de luta, estranhamos a definição cristalizada dos objetos em meio aos jogos sociopolíticos de opacidade e de transparência, para apostar em tecnologias de instauração dos cinzas. Conforme discutimos mais demoradamente na primeira seção desta dissertação, Haraway (1995) fala de uma visão científica que, em vez de fundir a realidade, objetiva ver junto sem pretender ser outro: conhecimento situado, corporificado, sem transcendência, sem divisão entre sujeito e objeto. Em tal radicalidade epistemológica, apenas a perspectiva parcial, para ela, promete visão objetiva, e garante responsabilização. A essa posição objetiva e corporificada, a autora dá o nome de conexão parcial.

Esse processo de corporificação do conhecimento, para Haraway (1995), ocorre com a inserção de uma prótese significante: o conhecimento científico se dá a partir das tecnologias protéticas de ver, interfaces com nosso aparato biológico que produzem padrões de realidade. É essa relação entre um aspecto concreto da realidade e a semiose, campo de produções de significado, que institui uma conexão parcial, um objeto material-semiótico inventivo. Se, digita Haraway (1995, p. 40-41), “objetos são projetos de fronteiras”, um outro padrão de visualização/objetificação, criativo e singular, se instaura quando, num objeto (em nosso caso, a Casa Verde), acoplamos uma prótese significante (a Casa Branca) e ainda uma prótese-

parênteses (Trieste), que chamarei aqui de prótese cinza. Pois é justamente esse entre cinza, indefinido, negativo, dentro de um objeto fronteiro estabelecido, que, aposto eu, pode contribuir na fissura do campo antimanicomial brasileiro, a fim de uma demorada e frutífera aventura de estranhamento do nosso passado-presente.

Quanto ao cinza, já apontamos como Foucault (2000, p. 260) o relaciona diretamente com a genealogia, um fazer histórico paciente, que exige um indispensável retardamento, uma visão onde menos se espera: “A genealogia é cinzenta; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, muitas vezes reescritos”. A genealogia, também, se opõe à origem das coisas — origem que uma história metafísica vive a procurar. Foucault (2000), partindo de Nietzsche, envolve a defesa de que a noção de origem (*Ursprung*) produz diversos efeitos problemáticos: a) o pressuposto de que existe uma identidade primeira nas coisas, um segredo *a priori*, um antes imutável, simplesmente à espera de ser desvelado, enquanto, ao contrário, no começo há somente a discórdia, o disparate; b) a “origem está sempre antes da queda, antes do corpo, antes do mundo e do tempo; está do lado dos deuses e, para narrá-la, sempre se canta uma teogonia” (Foucault, 2000, p. 263); c) a origem seria o lugar da verdade e do seu reino, da verdade pura, objeto in(al)cansável da busca de conhecimento. Diante do cinza, não queremos, então, desvelar os mistérios de uma origem da psiquiatria brasileira, antes não revelada.

Ainda em relação aos princípios genealógicos, Foucault (2000) estabelece que o objeto próprio da genealogia são os conceitos de emergência (*Entstehung*, o ponto de surgimento, o princípio e a lei singular de um acontecimento) e de proveniência (*Herkunft*, o tronco, uma rede subindividual e desidentitária de mil acontecimentos, difícil de desembaralhar). Na primeira seção, nos havemos com a emergência da psiquiatria na França e o interstício cênico, de máscaras-ficção, de montagem-desmontagem que se instaura desses jogos de poder entre dominadores e dominados. Agora, vale nos concentrarmos nos movimentos de proveniência da sociedade radicalmente psiquiatrizada na qual vivemos hoje: se somos os corpos que somos, provenientes de um tronco sintetizado com o nome de saúde mental, nossa tarefa (uma tarefa coletiva que apenas se inicia neste ensaio introdutório) é a de embaralhá-lo, cindir as origens e seus parentescos.

A proveniência genealógica não se trata de uma categoria da semelhança (raça ou tipo social, por exemplo), a partir da qual se poderia reencontrar em algo (indivíduo, sentimento ou ideia) características genéricas que permitam assimilar facilmente uma coisa com outra. Não é um espelho apaziguador, feito para produzir reconhecimento, ou um porto-pátria condensador, no qual possamos enfim nos reencontrar. A proveniência está mais próxima da instauração de

uma confusão, pois é ela que “permite reencontrar, sob o aspecto único de uma característica ou de um conceito, a proliferação dos acontecimentos através dos quais (graças aos quais, contra os quais) eles se formaram” (Foucault, 2000, p. 265). É a proveniência que permite ordenar as marcas diferentes e singulares, para colocá-las à parte. Assim, as antigas continuidades que forjam uma identidade coerente são dissociadas, embaralhadas em uma rede complexa, de mil acontecimentos perdidos:

A história, genealogicamente dirigida, não tem por finalidade reencontrar as raízes de nossa identidade, mas, ao contrário, obstinar-se em dissipá-la; não busca demarcar o território único de onde viemos; essa primeira pátria à qual os metafísicos nos prometem que voltaremos; ela pretende fazer aparecer todas as descontinuidades que nos atravessam (Foucault, 2000, p. 279).

Na análise de proveniência, portanto:

A genealogia não pretende recuar no tempo para estabelecer uma grande continuidade para além da dispersão do esquecimento; sua tarefa não é mostrar que o passado está ainda ali, bem vivo no presente, animando-o ainda em segredo, após ter imposto a todos os obstáculos de percurso uma forma esboçada desde o início. Nada que se assemelharia à evolução de uma espécie, ao destino de um povo. Seguir o filão complexo da proveniência é, pelo contrário, manter o que se passou na dispersão que lhe é própria; é situar os acidentes, os ínfimos desvios — ou, pelo contrário, as completas inversões —, os erros, as falhas de apreciação, os cálculos errôneos que fizeram nascer o que existe e tem valor para nós; é descobrir que, na raiz do que conhecemos e do que somos, não há absolutamente a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente. Eis por que, sem dúvida, qualquer origem da moral, a partir do momento em que ela não é venerável — *Herkunft* nunca o é — é crítica (Foucault, 2000, p. 265-266).

A proveniência, assim, se relaciona com o corpo e com tudo o que se refere ao corpo, noção que dialoga diretamente, inclusive, com a ideia foucaultiana de somatocracia (Foucault, 2010), investigada brevemente ainda nos primeiros passos desta seção crítica. Agora, novamente, é o corpo o lugar que exige de nós uma atenção preciosa de análise:

O corpo — e tudo o que se refere ao corpo: a alimentação, o clima, o solo — é o lugar da *Herkunft*: no corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados, assim como dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também se ligam e subitamente se exprimem, mas nele também se desligam, entram em luta, se apagam uns e outros e prosseguem seu insuperável conflito.

O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto a linguagem os marcam e as idéias os dissolvem), lugar de dissociação do Eu (ao qual ele tenta atribuir a ilusão de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência, está, portanto, na

articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado pela história, e a história arruinando o corpo (Foucault, 2000, p. 267).

Marcas e ruínas, eis a herança que nos constitui e que, no entanto, não possuímos, pois essa herança não é um ter que se acumula e que se cristaliza nos corpos; é, na verdade, “antes um conjunto de falhas, fissuras, estratos heterogêneos que a tornam instável e, do interior ou de baixo, ameaçam o frágil herdeiro [...]” (Foucault, 2000, p. 266). Não há, na investigação da proveniência, pois, possibilidade para a fundação de um começo institucional, imóvel, monumental, edificante. O tronco-herança deve ser agitado, fragmentado, deformado. Quanto mais investigarmos, se investigarmos, a saúde mental, hoje uma ideia universalizante que apazigua a confusão histórica em que nos encontramos, mais ela tende a perder os ares frágeis que ainda a sustentam como um tronco gigantesco e em expansão.

Por mais que isto doa e remexa o corpo (um corpo coletivo, por certo), o contemporâneo dá muitas pistas de que Trieste, a cidade dos sonhos de toda uma geração de luta, precisa ser colocada entre parênteses. Entre a Casa Verde e a Casa Branca, duas arquiteturas em cuja vizinhança se indefine agora um território cinzento e infamiliar, a complexidade é uma imensidão que se abre aos nossos olhos e que nos convida ao impulso de uma aventura que demanda rigor e coragem. Sentidos e tintas serão materiais indispensáveis para nos responsabilizarmos pelas fronteiras implodidas durante o percurso a seguir, bem como para mantermos a nossa parcialidade objetiva, situada — afinal, não somos deuses científicos onipresentes, nem é o intuito deste trabalho a produção de um tratado dos fragmentos de tudo.

2.7 A TOLERANTE SOCIEDADE CONTRA OS POBRES

O modelo asilar condiciona, assim, por sua vez, uma espécie de modelo ideal de doente que compete à psiquiatria: indigente, com grandes episódios patológicos espetaculares, perigoso ou incurável. Tal será o pedestal da prática alienista e, em suma, seu material privilegiado. Basta descrevê-lo para dar-se conta a que ponto ele é limitado. Psiquiatria para pobres, mas também pobre psiquiatria, que é obrigada a “escolher” seus sujeitos em função de critérios essencialmente negativos: os que estão mais afastados da cultura médica, os que têm mais chances de se revelar incuráveis, os que são os mais pobres, tanto em dinheiro como em “*insight*”, para recompensar o médico por suas penas. Este já devia estar sonhando com o *Yarvis syndrom*³⁶. Em todo caso, devia observar com pesar o aumento dos “maluquinhos”: toda uma clientela mais rica, mais interessante, mais gratificante, mais numerosa, que teria que abandonar à prática privada ou universitária.

— Robert Castel, *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*.

De acordo com Amarante (2010, p. 11), foi Franco Basaglia quem produziu “a primeira, mais forte e mais competente crítica à psiquiatria preventiva”. Originária ou não, a crítica, escrita em 1969, é muito valiosa. E foi efeito direto de um convite que Basaglia recebeu para conhecer, como professor visitante, um centro comunitário de saúde mental de Nova York, inserido no quadro do programa de Kennedy para “doentes e deficientes mentais”, logo após o fim da experiência de que o psiquiatra participou em Gorizia, na Itália (Amarante, 2010; Basaglia, 2010c). Antes de Trieste, portanto, Basaglia (2010c) escreve a *Carta de Nova York. O doente artificial*, esboçando uma primeira hipótese crítica acerca do projeto estadunidense.

Nos dois anos seguintes, em 1970 e 1971, ele continua tomando o caso estadunidense como exemplo paradigmático para o presente-futuro, e publica, em parceria com Franca Basaglia, respectivamente, *A doença e seu duplo* (Basaglia, 2010a) e *A maioria desviante* (Basaglia, 2010b), dois textos que amadurecem, reforçam e aprofundam o caldo contra a suposta democratização promovida pela emergente psiquiatria comunitária, projetada para a colonização interna de uma sociedade capitalista avançada. Nesse período, tornou-se cada vez mais evidente que o império estadunidense almejava absorver e controlar as próprias marginalidades a partir de uma sofisticada, multidisciplinar e sociológica produção de uma enorme instituição tolerante — no limite, a sociedade mesmo. Assim, Basaglia (2010c, p. 160), em relação com a geografia de seu tempo, se autoriza a finalizar a carta de Nova York no tom de um fotógrafo do futuro:

³⁶ Significado do termo de acordo com o próprio Castel (1978, p. 240), em nota de rodapé: “*Young, Attractive, Rich, Verbal, Intelligent, Sophisticated*, ‘Yarvis’, sigla utilizada na América do Norte para significar o cliente ideal da psicanálise, tipo exatamente inverso do paciente de asilo”.

Este é um breve *flash* do nosso futuro político-institucional. Com seu desenvolvimento tecnológico, os Estados Unidos nos precedem, sugerindo soluções técnico-institucionais para todo problema social, de maneira a reduzir gradualmente a sociedade inteira a uma enorme instituição tolerante, sutilmente controlada. Na Itália, ainda estamos na fase violenta-repressiva, e só em alguns setores as contradições que explodiram tornaram obrigatórias novas propostas. Mas o exemplo dos Estados Unidos — como espelho deformante da nossa realidade — pode nos alertar contra qualquer solução parcial e a-dialética, que é apenas a face invertida do mesmo sistema, confirmando, num plano real, a recusa a reconhecer toda ação anti-institucional como a proposta de um novo modelo técnico, o qual contribuiria para acobertar, sob uma nova ideologia, as contradições sociais recém-evidenciadas.

A luz do breve *flash* nos remete, portanto, não a um destino irremediável ao qual outros países, como no caso da Itália, estariam fadados em linha reta, sem curvas ou descontinuidades, mas a um estado de lucidez diante da obscuridade daquele presente-futuro em transformação e tensionamento. Ainda no início da carta, diz Basaglia (2010c, p. 151) sobre os motivos de se dispor àquela experiência estrangeira: “Meu interesse por esse tipo de experiência nasce do fato de ela ser a expressão da nova legislação, no campo psiquiátrico, de um país de alto nível tecnológico, que representa concretamente o nosso futuro político e institucional”.

Por futuro político e institucional, compreendamos, aqui, a exportação de uma democracia capitalista reconfigurada, a tendência legalizada e experimental instaurada por um Estado imperialista para racionalizar os conflitos sociais, operar tecnicamente sobre as contradições da realidade e gerir a revolta popular via um outro modo de psiquiatrização e de governamentalidade da sociedade. Um modo conservador, em resumo, que preserva a violência — manicômio, seu ponto de retaguarda — e dilata a repressão com ares democráticos, tolerantes e inovadores de integração social:

Aqui — sob uma mesma lei que as orienta — agem simultaneamente, de modo complementar, as instituições da violência, com seu significado explicitamente excludente, discriminante e destrutivo, e as instituições da tolerância, as quais, por meio do novo conceito de psiquiatria social e comunitária, e da interdisciplinaridade, tendem a resolver tecnicamente os conflitos sociais. As primeiras, ainda explicitamente destinadas à exclusão dos elementos de distúrbio social; as segundas, à readaptação da cada vez mais vasta gama de “marginais” que esse sistema sócio-econômico continua a produzir (Basaglia, 2010c, p. 152).

Para ele, não há abertura, nesse caso político-institucional, para a perpetuação de um processo de mudança das necessidades concretas da população e do “doente”. É, portanto, uma resposta ao manicômio que se reduz à tecnicização e racionalização do problema e que se

indisponibiliza a resolvê-lo concretamente, o que, inclusive, barra a terapêuticidade da situação. Mesmo dentro de um centro comunitário de saúde mental, serviço-chave do que o autor nomeia como instituições da tolerância, “a negação da realidade manicomial é só aparente. O nivelamento dos papéis, a eliminação da violência, a afirmação dos valores democráticos nas relações (novos dogmas da psiquiatria comunitária) são apenas uma face da realidade, que deve ser dialética” (Basaglia, 2010c, p. 154). O autor continua, ao defender uma postura radical diante do que viu:

Os papéis se nivelam na ação; os valores democráticos se afirmam numa luta comum a todos os níveis; a violência deve ser destruída também como possibilidade de suporte para as novas realidades psiquiátricas. A negação da dimensão manicomial ocorre sobretudo mediante a destruição da existência do manicômio por trás do setor psiquiátrico aberto e comunitário. Se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes transtornados, o resto é uma mistificação. Ou a organização comunitária interna e externa consegue criar um suporte suficiente para os doentes mentais do setor do qual está encarregada, ou o jogo comunitário só serve ao *staff*, à sua sobrevivência e aos seus problemas psicológicos. Nesse caso, é a própria instituição manicomial que permite, com sua presença e com sua ação, o surgimento das novas unidades psiquiátricas aparentemente mais abertas e não discriminatórias. Com a retaguarda defendida pela dureza do manicômio, as novas instituições psiquiátricas podem permitir-se a dedicação à doença mental também nos seus aspectos sociais, alargando aparentemente a própria esfera de ação, mas sem cumprir substancialmente a própria função (Basaglia, 2010c, p. 154).

Os valores democráticos, tomados como dogmas publicitários, se capilarizam na cultura via tecnologia multidisciplinar, em meio a um regime produtivo de absorção da pobreza “como objeto de um novo ciclo produtivo, sem lhe alterar o papel e a condição” (Basaglia, 2010c, p. 155), enquanto milhares de pessoas definidas como crônicas ou transtornadas seguem internadas em hospital psiquiátrico. Conclui Basaglia (2010c, p. 155), então, que o caráter preventivo da nova unidade psiquiátrica de Nova York “não incide sobre a cultura da doença mental, perpetuando assim o preconceito de sua incurabilidade, contra o qual presume lutar”.

Democratização e prevenção: par que, sem imposições ditatoriais ou jurídicas, com técnicas de consenso (como a “reaching a consensus”, utilizada para resolver conflitos sociais), objetiva a subordinação espontânea dos grupos que administra, sem dialetizar a realidade concreta dos sujeitos sociais, cujos jogos de poder são agora psicologizados e individualizados

como tensões e conflitos internos³⁷ (Basaglia, 2010c). O par não democratiza nem previne exatamente, portanto; converte a violência em uma tolerância estéril. A função primária de um serviço de saúde, que supostamente seria o de tratar doenças de determinado território, é deslocada para a função de expansão dos doentes, de alcançar o máximo de marginais-desadaptados possíveis, para incluí-los novamente, de alguma maneira, no fluxo produtivo do país. Preventivamente, criam-se novas categorias de enfermos a serem assistidos e de técnicos a assistirem-nos: “emotional patients” para os primeiros, determinados por fatores sociais explícitos; “social workers” e “social organizers” para os segundos, operadores de uma rede de controle técnico-social penetrante e sutil, na qual se borram as fronteiras entre norma e desvios (Basaglia, 2010c).

É a ampliação dos doentes mentais (e não a sua redução), proveniente de uma gigantesca operação artificiosa, que justifica a existência do novo aparato psiquiátrico-administrativo estadunidense. Como com os manicômios, que vivem para organizar a própria sobrevivência, não há novamente uma finalidade terapêutica em jogo, mas uma finalidade autojustificadora do próprio gigantismo (Basaglia, 2010c). Contradição epidemiológica, ficcionalizada; lógica epidêmica³⁸:

De fato, ela [a artificialidade da instituição] cria um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição (dentro do ciclo produtivo) capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência. Deste modo, o sistema econômico produz um novo tipo de desadaptação, que ele recupera, criando, em seu nome, uma nova instituição dentro do ciclo produtivo. A prevenção, nesse caso, serve para dilatar o campo da “doença” mais que para reduzi-lo (Basaglia, 2010c, p. 155-156).

É, exaustivamente, sempre o de sempre:

Quer se discutam os problemas do poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque

³⁷ Basaglia (2010c, p. 160), em um trecho, sintetiza os efeitos dessa configuração: “A autoridade tem medo de ser confrontada e exibir sua verdadeira face; a tolerância teme revelar sua dureza; o subordinado teme ser instrumentalizado; o chefe teme não ser obedecido. Nesse jogo, em que todos têm a ilusão democrática de participar do poder, a tendência inevitável é a de cada um servir-se da própria fatia, sem pensar no uso comum que deveria ser feito dela, confirmando mais uma vez a vitória da divisão do trabalho em todos os níveis”.

³⁸ Hoje, na cultura brasileira, é comum a difusão do poder psiquiátrico a partir do discurso de epidemia de depressão, ansiedade e outros transtornos mentais, com alarmantes dados estatísticos. Como resistência dentro do campo, se costuma inverter a formulação: a epidemia, na verdade, seria de diagnósticos e de drogas psiquiátricas. A rigor, no entanto, não há epidemia de nada, sobretudo se quisermos pensar esses fenômenos políticos, sociais e econômicos sem passar pelo pedágio de uma gramática médico-psiquiátrica.

ele serve de instrumento de controle a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas (Basaglia, 2010c, p. 158).

Mas Basaglia (2010c) escreve a quem, no fim das contas? Embora seu texto seja nomeado por ele mesmo como uma carta, não há, lá, a definição de um destino epistolar, pessoal, mesmo aberto, para o seu esboço crítico. Há apenas a explicitação do remetente e da sua localização mais ou menos aproximada — a cidade de Nova York, uma unidade psiquiátrica. Nesse sentido, curiosamente, a carta, nomeada como tal, mais se distancia de uma carta e mais se aproxima do que Silviano Santiago (1986) afirma constituir um poema: objeto que impulsiona a linguagem ao infinito da travessia, destinado a um outro sempre anônimo e singular, que não é nem todos nem uma única pessoa. A viagem de um texto que tem destino indefinido, que não foi escrito para um percurso passageiro e batido, exige olhos abertos, paciência e imaginação; um poema, por assim dizer, encoraja o leitor a se responsabilizar pela leitura que é feita do texto, bem como à variação do percurso de leitura, à transgressão dos seus monumentos (Santiago, 1986). Sorte a nossa (de leitores e leitoras), que podemos então assinar a leitura da não carta e reconfigurar a sua recepção com possíveis outros rumos. Basaglia, crítico transitivo. Ora um fotógrafo do futuro, ora um correspondente da revolta:

A pobreza está-se tornando uma indústria aqui. Trata-se de uma obra de colonização interna, com suas táticas diversas para uma só estratégia: a manutenção do status quo econômico geral. O *Welfare*, com o velho sistema assistencial, tenta aliviar a chaga do desemprego, mas ao mesmo tempo enfraquece a força da revolta. Se, depois, a revolta for definida como “doença”, com as instituições destinadas a curá-la, o ciclo estará completo e o sistema ficará protegido de qualquer surpresa, por mais algum tempo. O hospital de luxo para os pobres não é senão a face tolerante do sistema, que inventou um novo meio para sobreviver e um novo objeto a englobar no mesmo ponto de distância e de objetificação — no ciclo produtivo (Basaglia, 2010c, p. 158-159).

Tanto na *Carta de Nova York* quanto, por exemplo, em *A maioria desviante* (este, escrito em parceria com Franca Basaglia), Basaglia (2010b, 2010c) cita o emblemático programa político de “Guerra à Pobreza”, instituído em 1964 por Lyndon B. Johnson, sucessor presidencial de John F. Kennedy³⁹. LBJ, como era conhecido, tinha como *slogan* de governo

³⁹ John F. Kennedy foi assassinado em novembro de 1963, semanas depois de ter instituído a lei da política de saúde mental comunitária.

nada menos que “A Grande Sociedade”, um programa amplo com vistas ao “engrandecimento” interno do império estadunidense, remodelando os valores de consumismo e individualismo, objetos de insatisfação da geração emergente dentro do país (Azevedo, 2005). Para o presidente Johnson (*apud* Azevedo, 2005, p. 306), a tal Grande Sociedade deveria promover “não só as necessidades do corpo e as demandas do comércio, mas o desejo por beleza e a fome por um sentido comunitário”. Seria, assim, o momento de incluir todos no “sonho americano”, de estender a liberdade e a abundância da próspera nação aos compatriotas, de atacar os obstáculos (injustiça racial e pobreza, em síntese) para a igualdade de oportunidades e a melhoria das condições de vida de todos os cidadãos. Belo bélico, porém; sonho com ares de pesadelo da guerra.

De acordo com Cecília Azevedo (2005), o programa societário de LBJ se dividiu em dois caminhos: a promulgação dos direitos civis, institucionalizada pelo *Civil Rights Act*, de 1964, e o *Voting Act*, de 1965; e as políticas de combate à pobreza, programa que ficou conhecido como “Guerra à Pobreza”. De um lado, tolerância e inclusão; do outro, ataque belicamente preventivo. É contraditório mas explícito o que LBJ (*apud* Azevedo, 2005, p. 307) diz em seu primeiro discurso ao Congresso, em janeiro de 1964:

Porque é justo, porque é sábio, e porque, pela primeira vez em nossa história, é possível vencer a pobreza [...] Infelizmente, muitos Americanos vivem no limite da esperança — alguns por sua pobreza, e outros por sua cor, e muitos mais por causa de ambos. Nossa tarefa é ajudar a substituir o desespero por oportunidade. Essa administração, aqui e agora, declara incondicional guerra à pobreza na América. Eu conclamo este Congresso e todos os Americanos a se unirem a mim neste esforço... Nosso objetivo não é somente aliviar os sintomas da pobreza, mas curá-los e, acima de tudo, preveni-la.

Ora, se é doença a pobreza — uma categoria socioeconômica, não médica —, e é ela o inimigo que deve ser neutralizado, cabe ao Estado e à sociedade estadunidenses investir em esforços e tecnologia de ponta para tal. É preciso, a um só tempo, sofisticar e aprofundar o saber em relação às chagas da pobreza — sem constrangimentos para admitir e expor as suas contradições e desigualdades —, e dispor de exército, estratégia e arsenal para tal enfrentamento. A missão, portanto, exige multidisciplinaridade, capilaridade e intersectorialidade: a medicina (e, no bolo, a psiquiatria) não conseguirá dar conta de tamanho problema sozinha. A sociologia e outras ciências humanas, nisso, ganham destaque e importância:

Quando, com o *Economy Opportunity Act*, o presidente dos Estados Unidos declara, em 3 de março de 1964 numa mensagem ao Congresso, a “guerra à pobreza” como programa nacional, a pobreza americana adquire um papel preciso como objeto das organizações assistenciais: tenta-se resolver uma só face do problema, dando com a mão visível o que se continua a tirar com a mão escondida. O fato de, depois, estudiosos, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, organizadores sociais se dedicarem a investigar o assunto não passa de racionalizações que servirão para ocultar cada vez mais a verdadeira natureza do problema (Basaglia, 2010b, p. 206-207).

O trecho acima está em *A maioria desviante*, texto em que Franco Basaglia (2010b) investiga, com Franca Basaglia, as mutações do objeto psiquiátrico, ainda partindo do exemplo paradigmático dos Estados Unidos da América. Nessa crítica de 1971, os autores se empenham em analisar as novas tecnologias de violência e de repressão psiquiátricas, e como essa psiquiatria mais sofisticada, que emerge interessada em outro modo de dominação ideológica, só é possível e necessária em sociedades de capitalismo avançado. Enquanto a psiquiatria clássica fez nascer, fortalecer e ampliar o seu monumento político-ficcional a partir da fusão das lógicas médica e judiciária — psiquiatra, a um só tempo, como médico e tutor da ordem —, a psiquiatria comunitária precisou apostar em soluções menos rígidas. Para o primeiro caso, Franca e Franco Basaglia (2010b) nomeiam essa forma rígida de cindir o normal e o patológico ora de ideologia médico-judiciária, ora de ideologia custodialístico-punitiva, ora de ideologia da diversidade. Essa velha ideologia, para eles, se baseia não na noção recente de desvio, mas nas figuras brutas e genéricas do psicopata e do delinquente. É dessa diferenciação que eles partem, pois:

Por outro lado, nos Estados Unidos, que tomamos aqui como exemplo paradigmático para comprovar as teses que estamos sustentando, o problema foi racionalizado num terreno multidisciplinar de natureza diferente, em que a ideologia médico-judiciária foi-se identificando com a sociológica, por causa da necessidade de promover e garantir a totalização do controle de um fenômeno que se vai disseminando com um explícito questionamento dos valores sociais da norma. Lá, a definição de anormalidade original já não é suficiente para explicar e conter um fenômeno que se configura, explicitamente, como resultado de uma exclusão/auto-exclusão para fora da produção, enfrentadas e parcialmente absorvidas pelas organizações sociais de assistência, presentes na tolerância repressiva do capitalismo avançado. Foi a pressão dessas contradições que obrigou a uma tomada de posição global, concretizada na lei Kennedy de 1963, que reconhece o problema da saúde mental como problema eminentemente social. Chegou-se à compreensão de que, diante da produção, a morbosidade pode tornar-se — exatamente como a saúde — um dos pólos determinantes da economia geral do país. Isso é demonstrado pela absorção, no ciclo produtivo — mediante a criação de novas instituições terapêutico-assistenciais — das faixas de “marginais” que antes estavam excluídas, permitindo e assegurando seu controle social, como controle técnico (Basaglia, 2010b, p. 189).

Antes de seguirmos aos pormenores do texto, façamos uma pausa estratégica. No atual momento de nosso ensaio, peço licença polifônica para dar voz aos dois autores, antes de nos aproximarmos novamente, mais à frente, de questões específicas entre a Casa Verde e a Casa Branca. As coordenadas à vista indicam que o contato mais demorado e direto com as críticas de Franco e Franca, sem intervenções, será necessário para nossos passos seguintes — embora, é verdade, o discurso direto na linguagem seja, no fim das contas, sempre indireto e coletivo⁴⁰. Lembra Agamben (2009), além disso, que ouvir os clássicos, lê-los enquanto os reescrevemos, é um modo de conversar com o nosso contemporâneo. Assim, diante dos interesses e dos obstáculos da pesquisa, e instaurada a licença polifônica, eis a instalação de uma bricolagem das vozes basaglianas, lançadas como memórias em fluxo contínuo de pensamento:

Nesse caso, a nova ideologia de tipo sociológico vem sobrepor-se às arcaicas ideologias psiquiátricas, como uma reserva potencial de elaborações ideológicas ulteriores. Assim, o estigma genérico de desvio passa a substituir o de psicopatia-delinquência, mais específico e mais violento. Os rígidos parâmetros da ciência médica ficam suavizados pela entrada em campo das chamadas ciências humanas, que no entanto não modificam a essência do fenômeno, mas alargam-no em uma totalização indiferenciada e falsa que parece unir os opostos, sem na realidade enfrentar o problema de suas mútuas diferenças e relações.

Entre nós, contudo, o nível de desenvolvimento do capital ainda não tende a exprimir-se em sua dimensão total e, portanto, não se exige um tipo de controle totalizante. Aqui, a ideologia da diversidade, na qual se baseia a definição de anormalidade original com que se classifica a estrutura da personalidade do desviante-psicopata, ainda é suficiente para garantir, por contraste, a integridade dos seus valores (Basaglia, 2010b, p. 190).

[...] É impossível — enquanto não necessário ao capital — adequar um nível de desenvolvimento a outro nível em que as novas ideologias técnico-científicas operam em resposta a exigências socioeconômicas específicas, como correspondente racionalização destas. Ou, para sermos mais claros, torna-se impossível adotar sistemas de controle social de tipo mais avançado quando, sob muitos aspectos, os velhos ainda são suficientes.

⁴⁰ Dizem Deleuze e Guattari (1995, p. 17-18): “Não existe enunciação individual nem mesmo sujeito de enunciação. [...] O caráter social da enunciação só é intrinsecamente fundado se chegamos a mostrar como a enunciação remete, por si mesma, aos *agenciamentos coletivos*. Assim, compreende-se que só há individuação do enunciado, e da subjetivação da enunciação, quando o agenciamento coletivo impessoal o exige e o determina. Esse é precisamente o valor exemplar do discurso indireto, e *sobretudo do discurso indireto ‘livre’*: não há contornos distintivos nítidos, não há, antes de tudo, inserção de enunciados diferentemente individuados, nem encaixe de sujeitos de enunciação diversos, mas um agenciamento coletivo que irá determinar como sua consequência os processos relativos de subjetivação, as atribuições de individualidade e suas distribuições moventes no discurso. Não é a distinção dos sujeitos que explica o discurso indireto; é o agenciamento, tal como surge livremente nesses discursos, que explica todas as vozes presentes em uma voz, as risadas de meninas em um monólogo de Charlus, as línguas em uma língua, em suma, as palavras de ordem. [...] É a noção de agenciamento coletivo de enunciação que se torna a mais importante, já que deve dar conta do caráter social”.

O manicômio, a prisão, a escola, as instituições que proveem ao controle dos desvios etc., correspondem ao tipo de repressão adequada ao nosso nível de desenvolvimento socioeconômico. O resto — o uso da nova linguagem técnica que não corresponde à realidade — é fruto de uma importação ideológica que, mediante a adequação formal às novas técnicas, prepara o terreno para aquilo que deverá ser o novo tipo de controle, necessário quando nossa realidade econômica também se modificar, segundo a lógica do capital. Por isso, a nova linguagem agora adotada pelos técnicos — linguagem nascida alhures como resposta técnica e ao mesmo tempo econômica para a realidade socioeconômica que foi amadurecendo — limita-se aqui a recobrir a velha, conservando desta, sob as novas definições formais, a mesma natureza, que somente uma ação prática real poderia subverter. Porém, quanto mais a distância entre a linguagem e a realidade aumenta, tanto mais será preciso confiar-se às palavras e à sua ambiguidade constitutiva (Basaglia, 2010b, p. 191).

No caso específico dos desvios, sua introdução no campo das novas ciências sociais — com a conseqüente dilatação do problema e, assim, do terreno de investigação e tratamento — tende a substituir, em correspondência com as formas precedentes de controle, as teorizações e as práticas precedentes, considerando-as fases superadas e não mais necessárias. De fato, a velha ideologia custodialístico-punitiva mostra-se insuficiente para a totalização do controle, em correspondência com o desenvolvimento do capital. Por isso, agora é possível desnudar, mediante análises sociológicas e sociopsiquiátricas, o que já não é necessário esconder.

A literatura norte-americana é particularmente rica em análises que denunciam os aspectos mais contraditórios da vida social dos EUA: investigações sociológicas sobre os guetos negros, simultâneas às campanhas integracionistas (quando a população de cor tiver compreendido e aceito seu lugar na civilização dos brancos); análises sociológicas sobre as condições dos doentes mentais nos asilos psiquiátricos (referimo-nos particularmente às análises de E. Goffman); estudos sobre o problema dos desvios, com relativa instituição de novos centros psiquiátricos destinados ao seu controle; críticas à “objetificação” do homem perpetrada pelas velhas teorias que produzem as novas.

A análise do papel dos desviantes nos Estados Unidos permite-nos compreender o quanto sua existência pode mostrar-se ameaçadora, caso não seja reabsorvida pelo jogo social, representando um perigo inversamente proporcional à força de que uma sociedade dispõe para manter presenças antagonistas em seu interior. Na forma da “democracia capitalista”, o poder consegue de fato conservar sob controle as forças de oposição, e é isto que possibilita a manipulação da situação. A tolerância diante das forças antagonistas é diretamente proporcional à segurança e à força do controle.

Assim, no momento em que a faixa dos desviantes se estende e a “distância” entre normal e anormal é reduzida pelo poder totalizante do capital, é necessário absorver o desviante, fazendo-o entrar, justamente enquanto tal, numa categoria ideológica que deve defini-lo (isto é, continuar a produzi-lo na forma exata e necessária) e ao mesmo tempo contratá-lo. O desviante como problema real (que evidencia a face perdedora do capital, enquanto rejeição aos seus valores ou expressão de sua falência) torna-se o problema do desviante como uma das faces do capitalismo vencedor, ao ser assumido como problema técnico, para o qual estão prontas soluções técnicas apropriadas (em particular, as acionadas pela psicanálise, pela psiquiatria social etc., nascidas como respostas a exigências práticas e transformadas em instrumentos de manipulação).

A ideologia do desvio como problema interno à dinâmica do capitalismo avançado serve, neste caso, para confirmar a funcionalidade das contradições mediante sua racionalização (Basaglia, 2010b, p. 203-205).

O volume de literatura americana mais recente dedicada ao assunto é impressionante: aparentemente, isso pode mostrar-se como uma repentina tomada de consciência sobre o que está por baixo da “sociedade do bem-estar” e como uma análise impiedosa das suas chagas. Na verdade, esses aspectos da sociedade americana, no momento em que são difundidos e explicitados como problemas que é preciso conhecer para enfrentar, perdem o caráter ameaçador com o qual se manifestam, para tornar-se uma ideologia pela qual se buscam soluções da mesma natureza (Basaglia, 2010b, p. 206).

O problema do controle da natalidade nos países do terceiro mundo apresenta — sob a fachada de uma intervenção humanitária de vanguarda — a mesma ambiguidade. Ambiguidade que é patente na cínica declaração de L. B. Johnson: “Cinco dólares investidos no controle da natalidade produzirão mais benefícios na América Latina do que cinco dólares investidos no desenvolvimento econômico”. O ritmo do aumento progressivo da população em zonas subdesenvolvidas entra, portanto, em conflito com os desígnios imperialistas dos grupos que, para sobreviver, devem manter regimes burgueses-latifundiários que impedem o desenvolvimento e a industrialização. O controle da natalidade retardaria indefinidamente o desenvolvimento latino-americano. Assim como ocorre com qualquer problema, também essa questão só poderá ser considerada quando perder sua funcionalidade no quadro imperialista: caso contrário, conservar-se-ia a ilusão de se resolver o duplo do problema, sem que sequer se enxergasse sua face real.

Esta ainda é a situação dos negros nos Estados Unidos: eles se tornam menos ameaçadores quando têm seus direitos reconhecidos e quando se admite que são excluídos. Mas isto não significa que se assista a um processo real de transformação: através das ideologias que foram feitas deles, o negro, o doente mental, o desviante, o pobre — faces diversas do mesmo problema — são reconhecidos pela nova sociologia como “parte integrante” do sistema social. Mas não se trata da conquista de uma participação ativa. Eles se tornam apenas instrumentos úteis a toda a sociedade, nessa função de pertencerem à “única classe média” na qual é cada vez mais difícil identificar diferenciações e distâncias, reduzida como está a uma dimensão homogênea, totalmente controlada por um centro de poder cada vez mais restrito (Basaglia, 2010b, p. 211-212).

Numa fase de capitalismo avançado a ideologia da diversidade, que sancionava a inferioridade do outro mediante a afirmação da própria superioridade, já não é necessária, sendo a finalidade principal, agora, o controle total. A própria ideologia da sociedade enferma de Fromm, com a qual se havia tentado sucessivamente ocultar as contradições do capital, foi abandonada. Na fase de totalização subsequente, a distância entre são e doente foi-se de fato reduzindo: de um lado, reconhecendo-se uma forma de produtividade também na doença; de outro, vindo a produção a assumir aos poucos a forma do controle social.

O processo de racionalização no campo dos desvios, ainda em fase de desenvolvimento, é particularmente evidente. Nos Estados Unidos, faz-se coincidir a ideologia do desvio com o problema do desviante, identificando o

desvio “primário” (que corresponde à exclusão da produção) com um desvio “secundário” de caráter ideológico: o estigma (Basaglia, 2010b, p. 212-213).

Na cultura americana, portanto, o desviante é absorvido no terreno de uma ideologia interdisciplinar que deveria garantir, de um lado, maior objetividade no tratamento; de outro, a identificação da natureza social de todo problema humano. Mas, se as pessoas se limitam a considerar o social como o conjunto das interações ao nível psicológico e psicodinâmico, o que aparece como um alargamento e aprofundamento do problema não passa de um ulterior giro circular dentro de um campo fechado, cujas fronteiras nunca são transpostas. O que muda é o tipo de organização do controle, que vem a configurar-se diferentemente quando se verificam dois tipos de modificações: ou o número dos chamados psicopatas aumenta, a ponto de tornar-se impossível controlá-los com técnicas puramente médicas; ou reduz-se a distância entre saúde e doença. Em ambos os casos, são necessárias novas formas de organização social que garantam o domínio (Basaglia, 2010b, p. 215).

Em síntese, a guerra à pobreza, ou a prevenção asséptica de saúde mental, são operações que, ao seu modo brutal e sofisticado, objetivam o apaziguamento e o controle das tensões sociais nas novas democracias capitalistas, com vistas, no fim, também ao aniquilamento da revolta. Se esse aniquilamento não se efetiva por completo na vida social, ao menos parece seguir como um sonho a habitar a Casa Branca — ou tantas outras casas condensadoras de poder.

Por isso, convenhamos: pobre, pobre presidente Johnson (*apud* Azevedo, 2005, p. 308), vítima da ingratidão dos pobres de seu país, injustiçado por ser lembrado não pela sua guerra tolerante contra os pobres, bem do qual era missionário-publicitário, mas pela sua guerra bárbara contra o povo vietnamita:

Eu tentei fazer possível a toda criança, independente da cor, crescer numa boa casa, tomar um café da manhã consistente, frequentar uma escola decente e conseguir um emprego bom e estável. Eu pedi tão pouco em retorno, apenas um pequeno obrigado. Apenas um pequeno reconhecimento. Só isso. Mas veja o que consegui no lugar disso. Revoltas em 175 cidades. Saques. Incêndios. Tiros.... Jovens aos milhares saindo das universidades, marchando pelas ruas, cantando aquela terrível cantiga sobre quantas crianças eu tinha matado naquele dia... (Hey, hey, hey, LBJ, how many kids you killed today?)... Isso arruinou tudo.

Ora, ora — morro de rir: para a revolta não há cura, pobre Johnson; sobre a revolta não há controle absoluto.

Mas... e o Brasil?

Em um sentido próximo do caminho analítico de Franca e Franco Basaglia (2010b, 2010c), Birman e Costa (1994, p. 64), no texto-relatório de 1976, em que criticam a entrada da psiquiatria comunitária no contexto brasileiro, apontam o seguinte sobre o modelo estadunidense:

Este modelo, por sua vez, inspirou-se, claramente, nas fontes extrapsiquiátricas, que foram os programas de desenvolvimento comunitário. Nos Estados Unidos da década de 60, estes programas visaram prevenir a instabilidade social decorrente da marginalização de minorias segregadas, como os negros, os pobres, os “hippies”, os toxicômanos etc. Este acontecimento histórico-político deu origem a um pernicioso equívoco psiquiátrico. Inicialmente, os psiquiatras assimilaram o “desvio social”, produto da inadaptação política e econômica dos indivíduos, ao comportamento eventualmente desviante dos doentes mentais. Através de um “deslizamento conceitual” produzido sobre as noções de “adaptação-desadaptação”, confundiu-se “desvio social” com “doença mental” e passou-se a acreditar que os métodos sociológicos de prevenção da divergência social poderiam tornar-se métodos de prevenção da doença mental.

Os autores, no entanto, expressam a pressuposição de uma honestidade da psiquiatria comunitária e utilizam termos mais comedidos — por exemplo, “pernicioso equívoco” ou “confundiu-se” —, como se constrangidos a fazer críticas mais contundentes que pudessem soar como acusações explícitas. Logo depois, Birman e Costa (1994, p. 64) continuam o texto, analisando a inserção do modelo preventivista no Brasil:

Em seguida, generalizou-se a idéia de que todo modo de organização comunitária repetiria a organização social dos grupos segregados da sociedade norte-americana. O modelo transposto para o Brasil permaneceu até hoje insuficientemente criticado. Se aquelas comunidades funcionavam, efetivamente, como “Gemeinschaft Community”, este não é o caso das comunidades urbanas brasileiras. Pelo menos a psiquiatria comunitária ainda não conseguiu demonstrar satisfatoriamente esta identidade. O *ethos* cultural brasileiro, bem como a força de discriminação racial e social no Brasil são fundamentalmente diferentes de seus equivalentes norte-americanos. Em consequência, a suposta adesão dos indivíduos e os programas de psiquiatria comunitária são um pressuposto inconsistente, produto de inferências e extrapolações indevidas.

Embora seja novamente uma fala que pressupõe um interesse honesto da psiquiatria comunitária em estabelecer precisões científicas nas suas formulações conceituais, os autores percebem a impossibilidade (ou inadequação), naquele momento, de transpor o modelo estadunidense para as cidades brasileiras. Traduzem essa percepção, porém, não como fizeram Franca e Franco Basaglia (2010b), em uma perspectiva socioeconômica, de compreender que

o império estadunidense inaugurava, no seu modo de organização social, um estágio diferente do capitalismo. Interpretam o fenômeno, na verdade, sob um viés sobretudo antropológico, entendendo que haveria um funcionamento identitário e discriminatório fundamentalmente diferente no Brasil.

A produção de um novo ponto de vizinhança entre a Casa Verde e a Casa Branca, então, não pode ser instaurada sem rigor, apressadamente, via supostas obviedades. Por isso, façamos uma aproximação do projeto societário de repressão tolerante da sociedade estadunidense com a colonização da sociedade brasileira a partir de uma reminiscência da reforma psiquiátrica no Brasil, de modo que o desvio, aparentemente inusitado, seja sobretudo um convite de percurso.

Ernesto Venturini é um psiquiatra italiano, com participação direta nos processos de desinstitucionalização de Gorizia e de Trieste, e posteriormente na articulação política para a implantação da marcante Lei nº 180, de 1978, que formalizou nacionalmente a proposta radicalmente antimanicomial da reforma italiana. Já no final da década de 1980, o psiquiatra coordenou, na Itália, o processo de fechamento de um manicômio em Ímola, promovendo uma desinstitucionalização de base territorial na cidade. Além dessas experiências, há, em sua história, outro fato-referência que nos chama a atenção agora: sua relação institucional com o Brasil (Venturini, 2016).

A partir de 1992, Venturini se tornou consultor da OMS no Brasil, vinculado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Isso permitiu que, por mais de duas décadas, o italiano acompanhasse mais de perto os impasses e as conquistas do movimento da luta antimanicomial no país. Em uma conferência proferida em Florianópolis, em 2011, intitulada *Em memória de uma mulher maya*, Venturini (2012) lembra que, antes de conhecer o Brasil, ouvia as impressões entusiasmadas que Franco Basaglia lhe contava sobre os brasileiros após suas duas visitas (em 1978 e 1979) por aqui: peculiaridades linguísticas, efervescência política, dentre outros elementos. Mais de uma década depois, representando a OMS, Venturini, enfim, começou a frequentar o Brasil, o que o levou a algumas conclusões — para ele, elogiosas:

[...] Basaglia admirava a capacidade de sonhar e a vontade de mudança dos brasileiros. Posteriormente, eu teria aprendido que esta vontade de utopia não derivava só da evidência das contradições sociais e da necessidade de justiça, mas também da própria história do país. Uma história que tinha mantido sempre aberta a dialética entre opressão e liberdade, desde o conflito com os índios, na época da escravidão, até o das imigrações. Um país multiétnico, que teve a coragem de defender e exaltar a mestiçagem; um país que teve a sorte de não estar envolvido na tragédia das guerras mundiais, quando na Europa se criou aquele estilo de alteridade nacionalista, baseada na mitologia do combate, na audácia, na hostilidade contra os estrangeiros. Há personagens, há gestos que permitem entrever na história do Brasil o desenvolvimento de

uma cultura de tolerância e do direito: Joaquim Nabucco de Araújo e André Rebouças, que lutam apaixonadamente contra a escravidão, Abdias do Nascimento, que defende a cultura da igualdade para afrodescendentes, Manuel Raimundo Querino na sua luta contra as perseguições dos praticantes das religiões afro-brasileiras e contra as ideias preconceituosas da ciência de Nina Rodrigues, Paulo Freire através da insuperável “Pedagogia do Oprimido” [...].

Venturini (2012, p. 56) continua a citar figuras e fatos importantes da história política do Brasil, para, em seguida, afirmar que, diante disso, “parece lógica a entusiástica adesão dos brasileiros à luta antimanicomial e ao pensamento de Franco Basaglia [...]”. O que significa, no entanto, “a coragem de defender e exaltar a mestiçagem”? Ou então uma suposta “cultura da tolerância” nesse contexto? Sem meias palavras, nada mais do que um racismo ao modo brasileiro, legitimado pelo mito da democracia racial. Entre a Casa Verde e a Casa Branca, eis que aparece outro domicílio do poder: a casa-grande.

Sueli Carneiro (2023), no livro *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*, se demora na formulação teórica do que ela conceitua como dispositivo de racialidade. A complexidade e as nuances desse dispositivo no Brasil ultrapassam os limites de nosso ensaio, mas podemos, para seguirmos o caminho, compreender que o dispositivo de racialidade, a partir de uma perspectiva foucaultiana, é um conjunto (rede, campo) de poder que engendra práticas, discursos, saberes, arquiteturas, resistências, ditos e não ditos, a fim de atender a uma urgência histórica — neste caso, de dominação a partir da raça, um dos elementos estruturais de sociedades multirraciais com proveniência colonial, como é o caso do Brasil:

Em sua análise do racismo, Foucault tinha em mente a experiência alemã do Holocausto. Não considerou, no entanto, o racismo enquanto dispositivo de poder de sociedades multirraciais de passado escravocrata, nas quais o racismo opera como um disciplinador, ordenador e estruturador das relações raciais e sociais e nas quais se amalgamam as contradições de classe e raça. A pobreza se instituiu como condição crônica da existência negra, na medida em que a mobilidade de classe torna-se controlada pela racialidade. Essa dinâmica tem efeito paralisante sobre o grupo dominado, produzindo seu confinamento aos patamares inferiores da sociedade e produzindo resistências que se constituem muitas vezes como mecanismos de inscrição da racialidade subjugada na dinâmica do dispositivo, e menos como estratégia de emancipação (Carneiro, 2023, p. 54-55).

O racismo é compreendido por Carneiro (2023), então, como um instrumento pseudocientífico que naturaliza as relações sociais, divide o campo biológico em raças e cuja função é legitimar dominação, exploração e exclusão social. O dispositivo de racialidade, por

sua vez, “ao demarcar a humanidade como sinônimo de brancura, irá redefinir as demais dimensões humanas e hierarquizá-las de acordo com a proximidade ou o distanciamento desse padrão” (Carneiro, 2023, p. 28). O dispositivo de racialidade instaura, portanto, uma divisão ontológica: Eu (branco) é o ser, afirmado e reafirmado sempre pela negação (e destruição, assujeitamento, fixação) do Outro (negro).

Para Carneiro (2023), dentro do âmbito discursivo do dispositivo, a grande narrativa que molda as relações raciais no Brasil é, justamente, o mito da democracia racial. Esse discurso, que há décadas é criticado e desmontado por intelectuais e militantes negros — e que, ao mesmo tempo, é recorrentemente recuperado e defendido pela branquitude brasileira —, apregoa que não existe racismo no Brasil, mas, sim, um paraíso racial, caracterizado pela boa convivência entre as raças, pela cordialidade, pela miscigenação pacífica, pela tolerância às diferenças. Tal falácia discursiva presta-se “à construção de uma identidade positiva para um país cuja realidade concreta impede a realização efetiva de uma ocidentalização, seja racial ou cultural” (Carneiro, 2023, p. 49).

A mestiçagem, compreendida pelos paradigmas racistas do século XIX como um empecilho profundo para a verdadeira ocidentalização/purificação e o desenvolvimento de uma civilização superior no Brasil, se torna, a partir da década de 1940, uma espécie de reserva moral, motivo de exaltação a ser exportada para o mundo. Sairíamos, assim, de um país com complexo de inferioridade, devido à mestiçagem, para um país exemplar de tolerância racial diante dos países civilizados. É essa narrativa romantizadora da violência que enche os olhos de Venturini (2012) e que, para ele, explica a abertura brasileira para progressismos civilizatórios. E, na década de 1990, é isso que defende o intelectual branco Jessé Souza (1997), sociólogo que, ao tentar relativizar supostos aspectos positivos do mito da democracia racial, almeja, na verdade, salvá-lo. Carneiro (2023, p. 52-53) problematiza a reatualização do mito defendida por Souza — defesa que conversa diretamente com a fala estrangeira (colonialista) de Venturini (2012):

O autor [Jessé Souza] entende assim que essas determinações negativas atribuídas a uma sociedade mestiça como a nossa serão “compensadas” pela tolerância racial por nós alcançada, o que nos oferece uma reserva moral frente aos países civilizados; uma nova capacidade civilizatória imprevista, a oferta de um novo paradigma para o mundo, para o equacionamento do problema da diversidade humana. A valorização de nossa formação cultural engendrou uma visão civilizatória que faz com que “todas as noções que os brasileiros associam positivamente a si próprios são representadas nesse mito: sensualidade, afetividade, tolerância, cordialidade etc.”. E, principalmente, a nossa vocação para a paz, concebida, sobretudo, como ausência de conflitos raciais.

O mito da democracia racial abre um diálogo crítico do Brasil com os países dominantes, em que a tolerância e ausência de conflito racial são indicativos de outras potencialidades que o país apresentaria para credenciar-se como uma promessa de potência econômica e cultural no cenário mundial.

Carneiro (2023), no decorrer de sua crítica à narrativa da democracia racial, aponta como a ação de admitir o racismo no Brasil tem um caráter desagregador em nossa sociedade, pois rompe com o pacto de silêncio que nos constitui. Também para ela, a miscigenação, acompanhada de elogios e de exaltação, tem, dentre seus efeitos, alguns problemas, como: a) o pressuposto de que o intercuro sexual entre brancos, negros e indígenas seria o principal indicativo de nossa tolerância racial é um argumento que omite o estupro colonial do colonizador contra mulheres negras e indígenas; b) a ideia de miscigenação fragmenta a identidade negra, o que coíbe uma aglutinação coletiva para reivindicações políticas; c) para assegurar o mito, promove-se uma integração minoritária e subordinada de alguns negros fora dos estereótipos comuns, perpetuando um ideal de branqueamento e a estigmatização da negritude; d) argumenta-se que, em função da miscigenação, não seria possível definir quem é negro no Brasil, dificultando a implementação de políticas públicas afirmativas. Em síntese, o mito da democracia racial, tendo a ideia de miscigenação como suporte fundamental, exerce a função estratégica de apaziguamento das tensões étnico-raciais no Brasil. A partir de uma formulação sociológica, o mito objetiva eliminar o conflito pela conversão à tolerância, sem alterar a racialização da hierarquia social (Carneiro, 2023).

Se, portanto, páginas atrás, nos demoramos em apresentar as críticas ferrenhas de Franca e Franco Basaglia (2010a, 2010b, 2010c) sobre o projeto estadunidense de conversão da violência explícita, manicomial, em uma sociedade tolerante e psiquiatrizada, a partir de valores democráticos e de instrumentos sociológicos, como podemos continuar a pensar a fala de Venturini (2012), um outro italiano que participou diretamente da reforma na Itália e que, no entanto, demonstrou apreço pela “cultura da tolerância”? No mínimo, com o cuidado de não extrapolarmos as complexidades históricas com suposições inócuas, nem de fixarmos trajetórias pessoais e de pensamento em monumentos (“bons” ou “ruins”), fiquemos com duas pistas mais evidentes: 1) não há unidade, ou ausência de conflitos, ou um consenso de princípios e práticas na experiência italiana; 2) o futuro político-institucional a que Basaglia (2010c) se referiu a partir do exemplo estadunidense dizia justamente de uma tendência globalizante e colonizante desse modelo em emergência — um modelo que ele foi capaz de visualizar desde 1969 e que passou a ser uma grande referência de reforma psiquiátrica “democrática” pelo mundo afora.

Desse modo, talvez agora, nos momentos finais do texto, possamos lançar, enfim, uma última hipótese: no processo de redemocratização do Brasil, acompanhado de transformações socioeconômicas intensas no modo de organização política e social da sociedade e do Estado, o discurso estadunidense de tolerância democrática contra uma maioria desviante encontrou aqui um terreno fértil de ativação a partir da narrativa reatualizada da democracia racial. Afinal, tanto uma narrativa quanto a outra são formulações de cunho eminentemente sociológico e que almejam a absorção total dos tensionamentos sociais, a fim de controlá-los por meio de uma operação de conversão da violência em tolerância. Sobre isso, relembremos a série de questões colocada por Pelbart (1990), em que ele parece farejar, já sob ares democráticos, em meio aos discursos de acolhimento da diferença, a utopia asséptica de uma sociedade que, no fim, seja capaz de tolerar a loucura:

Ao borrarmos essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a? Não estaremos, com um carinhoso abraço de urso, conjurando o perigo que os loucos representam? Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura⁴¹ e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem? Para dizê-lo de modo ainda mais incisivo, será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social? (Pelbart, 1990, p. 132-133).

Os elogios de Venturini (2012) ao Brasil, assim como os perigos suscitados por Pelbart (1990), dão indícios de que o modelo estadunidense de tolerância democrática — uma formulação apaziguadora para lidar, inclusive, com a desumanização legitimada pelo que Castel (1978, 1987) já chamou discretamente de racismo antilouco⁴² — não era um projeto dissidente dentro da luta antimanicomial brasileira, mas um aspecto central com vistas à sua colonização, para amortecer projetos mais radicais de luta, como o basagliano. É que lutar pela tolerância

⁴¹ Na brandura-brancura-cura.

⁴² O termo, usado por Castel, até onde se sabe, não chegou a ser aprofundado conceitualmente por ele. Aparece, por exemplo, uma única vez em *A ordem psiquiátrica*, no seguinte trecho: “Somente após Morel e Magnan, quando as noções de degenerescência e de constituição colocaram em primeiro plano uma ‘perversidade’ do doente mental, é que a psiquiatria se orientará para uma espécie de racismo anti-louco. Até por volta de 1860, o que prevalece é uma forma de paternalismo. Nele, a benevolência é iluminada pelo saber e se desenvolve numa relação institucional de dominação” (Castel, 1978, p. 45). O termo aparece também uma única vez em *A gestão dos riscos*, no momento em que o autor analisa as conquistas do movimento antipsiquiátrico: “A transformação mais decisiva intervinda após uma dezena de anos no setor da medicina mental foi sem dúvida como que um recuo do que se poderia chamar o ‘racismo antilouco’, uma das formas mais profundamente inscritas da negação da diferença. Não haveria aí senão sua contribuição a depositar no crédito da antipsiquiatria a essa mudança, aqueles que dela participaram ou por ela foram assimilados não teriam a lamentar de nisso ter despendido algum esforço. E, na medida em que esse tipo de aquisição é sempre frágil, provisório e ameaçado, onde amplos setores da opinião alimentam ainda a antiga rejeição da loucura, onde enfim todos os racismos subterraneamente se dão as mãos na grande comunhão dos excludentes, valerá ainda a pena de nisso consagrar esforços no futuro” (Castel, 1987, p. 30).

dos desumanizados, nesse contexto, presume adaptação e ajustamento social dos objetos da tolerância. Daí que Pelbart (1990) fala de uma possível abolição da diferença ou, ainda, de uma homogeneização do social.

Como humanizar os desumanizados? Essa, talvez, fosse uma questão de tensão fundamental dentro do caldeirão efervescente que vivia o Brasil pós-ditadura, com múltiplos movimentos sociais sedentos por cidadania e democracia. Atualmente, a pergunta segue a quicar de outros modos, com propostas atualizadas de humanização dentro do campo da saúde, como é o caso antirracista do AquilombaSUS (Souza; David; Passos, 2025). Na redemocratização do país, democracia, racismo, pobreza e loucura (esta, sob risco de abolição pela pulverização da psiquiatria na sociedade) aparentemente se engendraram de uma maneira que ainda seguimos tentando entender, visualizar, narrar, desinstitucionalizar.

NOTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: REFORMAR OU ABOLIR A PSQUIATRIA?

Técnico — Maria, acho que você poderia tomar esse remédio, vai ajudar.

Maria — Mas só se você tomar também.

O diálogo se repete, Maria continua fazendo sua afirmação e em determinado momento o técnico responde: — Eu já tomei o meu remédio hoje. O técnico procura água, que esquecimento! Não tinha água de beber, nem copo, nem xícara. Um pote de margarina é achado e a água, que água suja.

Técnico — Vai, Maria, a gente conversou, você pode ir até o NAPS⁴³, mas é legal você tomar o remédio.

Maria — Então toma a água você.

Técnico (É que essa água suja, que nojo — bem, um golinho só) — Pronto, eu já tomei, agora você.

Maria não sente que pode confiar e não toma o remédio. Esta era a segunda intervenção e somente no próximo atendimento, com a presença da vizinha de Maria, é possível estabelecer um contato de confiança e Maria vai para o NAPS.

— Fernanda Nicácio, apresentação de *Desinstitucionalização* [livro de Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri].

Ao se dizer não ao manicômio, que outros não afirmativos não ganharam corpo no processo da reforma psiquiátrica brasileira? E, também importante, quais sins e sinas marcam, desde então, os corpos psiquiatrizados, potencialmente psiquiatrizantes, da sociedade atual?

Uma pista, para nós, está no texto-relatório de Birman e Costa (1994), de 1976, quando estes criticam uma pretensão antropológica da psiquiatria comunitária, pretensão que os autores compreendem, naquele momento, como extravagante e inviável de se efetivar na sociedade brasileira: mais do que uma mera expansão de técnicos e de “agentes comunitários” de saúde mental nos serviços e nas comunidades, o projeto da psiquiatria comunitária almejava a produção de uma cultura de subpsiquiatras na sociedade — isto é, a duplicação de papéis psiquiatrizados no cotidiano: por exemplo, um amigo que é amigo e, ao mesmo tempo, uma espécie de subpsiquiatra do seu próprio amigo:

Tornar os pais, amigos, líderes, educadores etc., em “subpsiquiatras” é, culturalmente, tão inviável quanto tornar o psiquiatra “subpai” ou “subamigo”. Só uma extravagante imprecisão terminológica foi capaz de

⁴³ NAPS se refere a um Núcleo de Atenção Psicossocial, serviço substitutivo que foi criado em Santos, em 1989. Em Amarante e Torre (2001) e em Amarante (2003), os autores relembram os princípios e a história do NAPS, tensionando-o com os princípios e a história do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, em 1987. Enquanto o CAPS foi concebido inicialmente como uma ponte entre hospital e comunidade (Amarante; Torre, 2001), Amarante (2003) afirma que os NAPS de Santos eram serviços verdadeiramente substitutivos e que o modelo assistencial da reforma psiquiátrica vinha sofrendo uma “capsização” desde a década de 1990. Na epígrafe em questão, o texto foi escrito por Fernanda Nicácio em fevereiro de 1990, em meio aos fervores de vida daquela invenção.

assimilar à função de compensação psíquica que o meio cultural pode exercer a função específica da psiquiatria (Birman; Costa, 1994, p. 66).

E não é que, cinquenta anos depois, essa extravagância é precisamente o nosso presente? Tornamo-nos uma sociedade radicalmente psiquiatrizada: qualquer um(a) (de modos e níveis diferentes, por óbvio) é marcado(a) pela capacidade de ser agente de capilarização e de atualização da função da psiquiatria no cotidiano. O “sub”, no entanto, institui a posição precarizada, submissa e rudimentar da função, uma função que, embora trabalhe como consumidora de serviços, de palavras e de produtos psiquiátricos, em geral sequer recebe salário para tal. No capitalismo contemporâneo, vivemos a era de outros contratos de exploração, em que a tutela é brutal, mas está camuflada, amortecida (Antunes, 2018). É também uma era, ao que tudo indica, de subpsiquiatras de si mesmos e do outro.

Uma outra pista importante para as perguntas que iniciam esta nota se refere à guinada política da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) — cuja posição social, podemos dizer, é suprapsiquiátrica — em assumir uma função mais espalhada de educação da sociedade brasileira desde a década passada. Desde 2010, sob gestão de Antônio Geraldo da Silva como presidente da ABP, a associação é responsável por encampar estratégias publicitárias de “educação psiquiátrica”, tais quais as campanhas “craque que é craque não usa crack” (a partir de 2011), “psicofobia” (a partir de 2011) e “setembro amarelo” (a partir de 2013). Se, enquanto no caso do setembro amarelo, este se conecta a uma campanha internacional, relacionada ao dia 10 de setembro (Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio)⁴⁴, as outras duas campanhas são apontadas como genuinamente brasileiras, criadas pelo presidente Antônio Geraldo da Silva. Conta-se, por exemplo, que, durante uma entrevista “exclusiva” que Chico Anysio deu para Antônio Geraldo em 2011, o humorista revelou que fazia tratamento psiquiátrico para depressão há 24 anos — furo midiático que teria produzido efeitos: “Após a entrevista, percebeu-se a necessidade de criar uma palavra que descrevesse todo o preconceito sofrido não só pelo humorista, mas por todas as pessoas que padecem de doenças mentais, assim como os psiquiatras, que se dedicam a cuidar dos pacientes com tanto afinho”⁴⁵.

A imagem de Chico Anysio, figura conhecida nacionalmente, se tornou, então, símbolo de luta contra a psicofobia, uma espécie de preconceito antipsiquiátrico que existiria no Brasil. Assim, em uma tacada só, quatro movimentos fundamentais: 1) desvio político da discussão antimanicomial e antipsiquiátrica sobre loucura, um debate que sempre enfatizou o estigma que

⁴⁴ Informações retiradas do *site* oficial da campanha, neste *link*: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

⁴⁵ Informações e citação retiradas do *site* oficial da campanha, neste *link*: <https://www.psicofobia.com.br/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

a psiquiatria, com o conceito de doença mental e de anormalidade, é capaz de produzir socialmente, pois reduz um sujeito à doença, retirando-lhe a autonomia, a complexidade e a vitalidade; 2) como efeito do primeiro movimento, a doença psiquiátrica deixa de ser considerada uma marca que impede um reconhecimento social do sujeito, para se tornar uma marca identitária que favorece esse reconhecimento (em resumo, um deslocamento: da exclusão para a inclusão); 3) apelo cultural, socioafetivo, para o “autocuidado” em saúde mental, para a importância dos tratamentos psiquiátricos, para dados alarmantes (e sensacionalistas) sobre o número de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais no Brasil e no mundo, para testemunhos que assumam publicamente, na mídia, suas doenças, e para a normalização sociocultural das anormalidades, isto é, para a naturalização da gramática psiquiátrica no cotidiano; 4) fortalecimento da legitimidade sociocultural da psiquiatria como o monumento político adequado para dar conta das sombras patológicas (cujo estatuto de doença foi produzido pelo próprio monumento) que assolam os indivíduos. Eis um marco importante para a produção de uma sociedade tímida e tolerante, radicalmente psiquiatrizada.

Quanto à campanha “craque que é craque não usa crack”, embora esta seja, hoje, aparentemente mais desconhecida⁴⁶, chama a atenção pelo modo como foi lançada, ao lado de um representante da Central Única das Favelas (Cufa), elo de conexão necessário para realizar “mutirões psiquiátricos” nas comunidades:

O projeto foi lançado no XXIX CBP [Congresso Brasileiro de Psiquiatria], em 2011, com participação do coordenador da Central Única das Favelas (CUFA) do Rio Grande do Sul, Manoel Soares. A maneira como a Associação Brasileira de Psiquiatria vem tratando o assunto foi elogiada por Soares. Ele ressaltou, ainda, que é preciso que a campanha entre na vida dos jovens. “Precisamos desencastelar essas idéias, principalmente essa. Ela tem que chegar dentro da comunidade, tem que fazer parte do dia-a-dia das pessoas”, afirmou. Manoel se propôs a ser a conexão necessária para a realização de mutirões psiquiátricos nas comunidades. Para o coordenador, é preciso que o psiquiatra se aproxime ainda mais da população.⁴⁷

Além dessas iniciativas societárias e capilarizantes, de produzir condições para que a psiquiatria faça parte do “dia a dia das pessoas”, é bom lembrar que há também movimentos específicos da ABP em relação à proposta de modelos assistenciais de saúde mental: como já foi citado brevemente neste trabalho, há projetos da ABP, periodicamente atualizados, de

⁴⁶ Nessa época, desde o final da década de 2000, um campanhismo anticrack se intensificou na mídia brasileira e na saúde pública. Em 2010, o Governo Federal lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2010). Cunda e Silva (2014), por exemplo, contaram os efeitos desses discursos jurídicos, médicos e midiáticos no Rio Grande do Sul.

⁴⁷ Informações e citação retiradas do *site* da ABP, neste *link*: <https://www.abp.org.br/craque>. Acesso em: 10 fev. 2025.

reformas de “saúde mental” via Estado (Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.*, 2006, 2014, 2020). Podemos falar, a partir disso, em absorção e assalto dos conceitos e princípios da reforma psiquiátrica brasileira, é claro, mas há também algo doloroso a ser refletido: o processo de reforma brasileiro é uma conciliação, em meio a uma longa história de concessões, de tensões e de disputas, mas, ainda assim, uma conciliação entre diversos projetos. Em suma, a reforma psiquiátrica brasileira é uma reforma, como o próprio nome diz. E não há demérito ou vergonha em lutar em prol dessa reforma, cujos princípios e conquistas são, sim, radicais, sobretudo em um país periférico como o Brasil, onde outras reformas (como a agrária, por exemplo), se efetivamente instituídas, têm a capacidade de irromper transformações intensas, profundas, no rearranjo concreto da vida social, além de barrar a morte de povos e de corpos cotidianamente assassinados. Mas também não dá para chamar isso de processo revolucionário — fala que é ensaiada, vez ou outra, ao longo da história por intelectuais da reforma psiquiátrica.

Uma reforma institucional, ainda que radicalmente desinstitucionalizante, ainda que incômoda a ela própria⁴⁸, é também uma maneira de perpetuar a instituição psiquiátrica, de sofisticá-la, de acreditar em uma certa redenção democrática de um monumento bárbaro — expressão redundante, aliás, pois nos lembra Walter Benjamin (1987) de que todo monumento é expressão do poder de barbárie. Por isso, um posicionamento ético-político rigoroso, e mesmo lógico, não pode temer dar o passo seguinte que grita desde os clássicos: não basta desinstitucionalizar o manicômio ou outros aparelhos (jurídicos, culturais, conceituais, epistemológicos, administrativos, relacionais etc.) que sustentam a psiquiatria e fazem ela operar socialmente; é preciso, na verdade, desinstitucionalizar a psiquiatria, a instituição propriamente dita. E isso significa promover a sua abolição, e não a da loucura, na sociedade:

O que o movimento alienista visa, fundamentalmente, é abolir da paisagem social esse foco de desordem que é a loucura. A questão — essencial para o futuro, já que ela condiciona a possibilidade de um *aggiornamento* da psiquiatria na comunidade, no setor, etc. — é saber se uma tal política é condenada a sempre usar a mediação do espaço fechado. Os que falam de ‘revoluções’ em medicina mental se referem sempre, de fato, a rupturas institucionais. A separação em relação ao asilo será, seguramente, extremamente importante. Mas, se ficarmos atentos às estratégias psiquiátricas assim como aos lugares onde elas se exercem, não é certo que as rupturas institucionais tenham a significação de começos absolutos (Castel, 1978, p. 116-117).

⁴⁸ Por exemplo: Paulo Amarante, em 2024, em um congresso promovido pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), em Belém, contou a história de um psiquiatra da ABP que o abordou certa vez para dizer que prefere o termo “reforma em saúde mental” ao termo “reforma psiquiátrica” — afinal, isso borraria e enfraqueceria ainda mais os tensionamentos contra a base da psiquiatria. Amarante, de maneira bem humorada, conta que, já que era esse o pedido dele, iria continuar utilizando o termo “reforma psiquiátrica”.

Com isso em mãos, sigamos em frente. Amarante (2003), em um texto que articula a clínica e a reforma psiquiátrica, inicia a discussão retomando o conceito dessa reforma. Diz que a sua intenção, com isso, é se contrapor a acusações, a equívocos e a simplificações que rondam a noção do que seria a reforma psiquiátrica brasileira. Admite, no entanto, que a escolha pelo termo “reforma” contribuiu para confusões e para algumas perspectivas mais conservadoras, reformistas, sobre o processo no Brasil. Para ele, a reforma psiquiátrica em curso, inspirada, por exemplo, em Basaglia, Rotelli e Derrida, baseia-se em um conceito de desinstitucionalização mais radical do que o da psiquiatria comunitária: não é mera desospitalização ou modernização/racionalização/reestruturação técnico-assistencial, mas um processo complexo, social e singular de desconstrução afirmativa, de desmontagem de uma edificação ou de um artefato. Desinstitucionalização, portanto, seria “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 2003, p. 50).

No mesmo texto, Amarante (2003) relembra justamente o conceito de *aggiornamento*, de Castel, explicando-o, de maneira simples, como uma transformação que não altera a essência das coisas, como uma mudança de aparências, não estrutural, que faz permanecer o mesmo. Ele se mostra atento aos riscos de associação do termo “reforma” a essa concepção mais conservadora sinalizada por Castel, e chega a flertar com os conceitos de reforma estrutural e de revolução como maneiras mais adequadas à pretensão (e não necessariamente à aplicação, ele diz) do projeto da reforma psiquiátrica brasileira. Logo depois, ele continua:

No Brasil, a expressão *Reforma Sanitária* passou a ser mais amplamente utilizada após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, passando a constar obrigatoriamente da agenda política do *Movimento Sanitário*. Por extensão, e com a mesma dimensão *estratégica*, isto é, voltada para a construção de viabilidade política e social, passamos a adotar, desde 1989, a expressão Reforma Psiquiátrica em nossa pesquisa desenvolvida na FIOCRUZ. Desde então, venho me empenhando — com a colaboração das pessoas que comigo têm pesquisado e trabalhado no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e no programa de pós-graduação em Saúde Mental da mesma FIOCRUZ — em construir uma concepção de reforma psiquiátrica que transmita o sentido de superação da idéia de *aggiornamento* e *metamorfose*. Isto é, que supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico, tal qual abordamos logo no início do texto. Nunca é tarde, ou demais, para assinalar que esta tendência de modernização do modelo psiquiátrico teve sua origem e fundamentação nas políticas de *desinstitucionalização* desenvolvidas nos EUA. Basaglia em sua *Carta de Nova York* (1981b) e Rotelli, em *Desinstitucionalização, uma outra via* (1990) nos demonstraram as conseqüências deste modelo que o último denominou de *a psiquiatria reformada* (Amarante, 2003, p. 47-48).

O problema basilar, porém, é que o autor, nesse caso, articula duas ideias do seu argumento principal — o da superação — a partir de dois pressupostos simplificados. O primeiro é que, conforme demonstramos nesta dissertação, a partir de caminhos referenciais semelhantes e do próprio Amarante, o projeto da psiquiatria comunitária estadunidense nunca foi o de uma mera modernização do modelo da psiquiatria, ou de uma reestruturação técnico-assistencial de Estado, mas se articula a um projeto político amplo e profundo de mudança sociocultural, de psiquiatrização da sociedade. Ainda assim, mesmo que se argumente que essa concepção mais simplificada, conforme o autor coloca, está reduzida, em seu argumento, especificamente às políticas de desinstitucionalização desenvolvidas nos EUA, o seu segundo pressuposto conceitual não é redutível a simplificações: falo, agora, do modo como o autor apresenta, em seu texto, os conceitos de *aggiornamento* e de metamorfose propostos por Castel como, simplesmente, reforma administrativa ou técnica de um modelo assistencial psiquiátrico.

Castel (1978), em um dos momentos que explica a sua escolha por esses termos, enfatiza que o fez por prudência histórica e como hipótese política. Prudência histórica, porque, apesar de vários entusiastas de sua época nomearem as mutações da psiquiatria de então como revoluções, ele preferia economizar sua análise com uma cautela histórica, e acompanhar o fenômeno como tal: indubitavelmente, este era uma metamorfose, mas não seria historicamente possível compreendê-lo além disso. O *aggiornamento*, por sua vez, é uma palavra que alude aos concílios religiosos que constituíram a história da Igreja Católica; conceito que se refere, para o autor, diante da sua prudência histórica, a uma hipótese política sobre a metamorfose da instituição psiquiátrica. Com sutil ironia, Castel (1978, p. 14) explica o uso da palavra italiana:

Em primeiro lugar porque, metáfora por metáfora, a simbólica religiosa convém mais ao tipo de respeitabilidade de uma profissão médica. Mas sobretudo porque, pelo menos até o presente, os sumo-sacerdotes da psiquiatria tudo fizeram para guardar o controle das mudanças.

A questão apontada por Castel (1978), portanto, não se preocupa tanto com uma mudança de modelo assistencial; não é também o seu foco de análise “mudanças estruturais” ou de aparência da psiquiatria. Na verdade, o autor deixa evidente que se interessa em acompanhar histórica e sociologicamente as funções institucionais da psiquiatria como aparelho de dominação da sociedade, ou seja, quer pensar como e se é possível à instituição psiquiátrica, mesmo após sucessivas reformas, mesmo após rupturas institucionais numa crise, preservar as suas funções de governo, ainda que de outros modos e com outros formatos:

Um concílio é um encontro com a história no decorrer do qual os próprios clérigos fazem o diagnóstico da crise, convidam os fiéis a de novo desposar o mundo, a transformar completamente os ritos, porém, para permanecer fiel ao espírito da doutrina. Acolher as mudanças exteriores, mas com a condição de poder reinterpretá-las na lógica do dogma e sob a autoridade de seus intérpretes qualificados. A psiquiatria francesa moderna promoveu seus concílios (as *Journées de Saint-Anne* em 1945, um certo colóquio em Bonneval, Bonnafe-Ey-Lacan, o de Sevres em 1958...). Marxistas, psicanalistas, progressistas sacudiram os velhos alienistas que chamavam um doente de alienado e que praticavam a exclusão em sua consciência. Foi importante. É necessário levar a sério as novas estratégias que eles definiram (o setor, a psicoterapia institucional, a escuta do doente, o serviço do usuário, etc.) Já que elas são ou serão do interesse de muita gente: elas são ambiciosas. Entretanto, saibamos também que esses especialistas não possuem a infalibilidade pontifical quando decretam que entramos numa era totalmente nova. Se *cada uma das dimensões* da problemática de saúde mental foi profundamente modificada (ou está em vias de transformação), *sua articulação* continua muito bem a circunscrever quase tudo o que se faz nesse domínio. Concedamos o máximo aos cantores da mudança: profissionais, que se multiplicaram, continuam atuando em instituições que, por sua vez, desarticularam códigos teóricos que se refinaram e tecnologias que se diversificaram, em direção a populações, cujo número aumentou e cujas características se tornaram mais sutis. É muita novidade. Mas não é o bastante para invalidar a hipótese de que um mesmo aparelho de dominação pudesse, por meio de sua modernização, remover seus prestígios, estender seu domínio e multiplicar seus poderes (Castel, 1978, p. 14).

A modernização a que Castel se refere, então, é mais institucional que necessariamente estrutural. E por isso recuperar o fundamento dessa concepção nos interessa: metamorfose e *aggiornamento*, ao funcionarem como ferramentas mais amplas de análise da psiquiatria (a instituição propriamente dita), continuam sendo palavras valiosas para pensarmos, com cautela histórica e política, as mudanças que cantamos, sonhamos e nas quais embarcamos nas últimas décadas no Brasil. Se o sonho se transformou, hoje, em pesadelo, cabe a nós resistirmos a compreender essa estranha metamorfose de maneira dicotômica ou saudosista. Sobre as mudanças “utópicas” que se podiam vislumbrar nos países ricos da década de 1970, Castel (1978, p. 11-12) diz o seguinte sobre dois paradigmas psiquiátricos em cena:

Velha história, dir-se-á, e bastante conhecida no que nos concerne. De fato, um gosto um tanto fácil pela simetria oporia uma espécie de utopia totalitária, paradigma da psiquiatria do século XIX, a uma utopia, digamos capilar, principal linha de fuga da medicina mental atual: enclausuramento / desenclausuramento; segregação das populações / tratamento no ambiente de vida; reclusão / “desinstitucionalização”; asilo / setor; dualismo normal-patológico / fluidez das categorias psicopatológicas atuais; estigmatização brutal pelos rótulos nosográficos / vocação universalista dos novos códigos psiquiátrico-psicanalíticos; intervenções limitadas a domínios bem circunscritos (a patologia manifesta e a criminalidade) / iniciativas cobrindo o conjunto dos comportamentos e atravessando até mesmo as clivagens

tradicionais entre o psicológico, o cultural, o social, o político; perícia especializada / perícia generalizada; autoritarismo, paternalismo, diretivismo / permissividade, acolhida, escuta; exercício solitário do poder / circulação das informações em equipe e, no extremo, reversibilidade dos papéis entre “agentes” e “pacientes” etc.

Nem tudo é falso nessas oposições, com a condição de que se observe de perto como, por que, e para quem elas funcionam. Um sistema é dito “ultrapassado” quando não tem mais defensores. Mas é frequentemente porque seus antigos operadores simplesmente se deslocaram, e começaram a fazer outra coisa que, todo o resto permanecendo igual, poderia não ser tão diferente. Por exemplo, a internação já não tem muitos adeptos: o “isolamento terapêutico” do século XIX parece suficientemente grosseiro para que a segregação social que ele opera possa ser-lhe identificada sem muita dificuldade — sobretudo para aqueles que deixaram de praticá-lo. Ao contrário, o encargo psicanalítico ou o condicionamento behaviorista encontrarão muito mais defensores. Hipótese com a qual estes não estarão de acordo: é porque os mesmos profissionais que segregavam integram, que os que excluía normalizam. Mas não se pode marcar hora para daqui a um século para ver como andarão as coisas.

E aqui estamos nós meio século depois, na periferia (da periferia) do capitalismo mundial, com uma história colonial, patriarcal e racista, passado-presente à nossa frente. Sobre isso, nos voltemos, de novo, para uma personagem italiana: Venturini (2012, p. 57), no mesmo texto que já problematizamos na seção anterior, provavelmente estava tão “à vontade” em seu elogio ao Brasil, em sua defesa argumentativa de reconhecer e tolerar o outro, que acionou também uma história de morte e de sangue dos povos indígenas a partir de ares conciliatórios e pedagógicos, isto é, colocando a história da “conquista da América” como um bom exemplo: “precisamos” tanto da “superioridade” da civilização ocidental (ou seja, dos brancos) quanto da “superioridade” dos índios:

A história exemplar da conquista da América ensina que a civilização ocidental venceu os índios graças à superioridade militar e à superioridade cultural na comunicação entre homens, mas ensina que esta superioridade se impôs à custa da comunicação com a natureza e com o destino da humanidade. Os europeus favoreceram a troca entre homens, os índios favoreceram a troca com a natureza. Mas nenhum dos dois era, e ainda é, intrinsecamente superior à outro: precisamos de ambos. Ter consciência da relatividade, e por isso da arbitrariedade, da nossa cultura, da nossa ideologia, dos nossos valores significa já nos modificar um pouco. A história (e não a ciência) não é mais que uma série de tais imperceptíveis e resolutivas modificações.

Mas o que talvez funcione como um analisador mais preciso para nós, nesta nota ensaística sobre desinstitucionalização da psiquiatria, seja a fala de Venturini (2012) sobre Frantz Fanon. No texto, o autor italiano nos lembra de como Fanon foi uma referência fundamental na história crítica da psiquiatria, inclusive para o próprio Franco Basaglia; ao mesmo tempo, quando Venturini (2012) faz uma aproximação simbólica entre a carta que ele

próprio, Basaglia e outros psiquiatras italianos escrevem após suas demissões do hospital psiquiátrico de Gorizia, na Itália (em 1972), e a carta que Fanon escreve após sua demissão do hospital psiquiátrico de Blida-Joinville, na Argélia (em 1956), o italiano aponta uma bifurcação curiosa entre esses dois projetos de mudança:

As duas cartas representam o ponto de chegada, político e técnico, mas também o ponto de saída. Para Fanon “[...] A psiquiatria como técnica médica é incapaz de operar como modalidade não mistificadora, no interior da situação colonial”. A transformação não pode se realizar fora da luta revolucionária, ela tem que manifestar-se com mecanismos psíquicos novos. Para nós, ao contrário, a revolução consistia na capacidade de ser radicalmente reformadores e absolutamente não violentos, em antagonismo à violência institucional. Naquele dia estávamos tristes. Na realidade apresentamos nossas demissões, só para antecipar a repressão do poder político (Venturini, 2012, p. 54).

A equivalência que Venturini (2012) opera, no entanto, é extremamente questionável. Primeiro, por uma questão contextual mais óbvia: Fanon chega a essa saída revolucionária, para além da psiquiatria, em uma situação colonial de guerra na Argélia, de desfalecimento social produzido por uma história de morte e de sangue num país africano sob a sanha desumanizadora, bárbara, da França. Segundo, porque é um contrassenso — ético, político e teórico — que uma concepção que se assume como radicalmente reformadora (ou seja, nem mesmo reformadora radical) seja alçada ao título de revolução. De maneira mais arriscada e ousada, ainda titubeante, afirmo que tanto a ideia de uma reforma radical (Amarante, 2003), quanto a ideia de um processo que seja radicalmente uma reforma (Venturini, 2012) não soam mais como o sentido dos nossos tempos e de nossas geografias. É por isso que (re)leremos tanto Fanon (1980, p. 58): “Sr. Ministro, chega um momento em que a tenacidade se torna perseverança mórbida. Então, a esperança já não é a porta aberta para o futuro, mas a defesa ilógica de uma atitude subjectiva em ruptura organizada com o real”.

A nossa saída, portanto, será também a da revolução, conforme defendem novos autores brasileiros, como Pereira (2025)? Não sei. O que apostamos, a partir daqui, é, ao menos, pensarmos uma articulação com os movimentos de abolicionismo penal, que historicamente se consolidaram no Brasil e afora como uma recusa radical e cotidiana contra reformas institucionais, mesmo diante de uma sociedade extremamente punitivista. A partir de agora, a saída é abolir as penas e também a psiquiatria? Novamente, não sei — há opacidade nos caminhos da realidade, na trabalhosa tarefa de criar chão de futuro. Só saberemos se, com a força lunático-coletiva de mortos e vivos, nos aventurarmos em ação e pensamento, em prol da vida, contra as desventuras da tutela e da morte, mais uma vez, como sempre, como nunca.

REFERÊNCIAS

007 CONTRA o satânico Dr. No. Direção: Terence Young. [s. l.]: United Artists, 1962. 1 filme (110 min).

A COVA da serpente. Título original: The snake pit. Direção: Anatole Litvak. [s. l.]: 20th Century Fox, 1948. 1 filme (108 min).

AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo?** e outros ensaios. Tradução de Vinicius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2009.

AIRA, César. O ensaio e seu tema. **Revista Landa**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 232-238, 2018.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Engenheiro Paulo de Frontin: NAU Editora, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, Paulo. Apresentação. In: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização de Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 7-15.

AMARANTE, Paulo. Franco e Franca. **Cult**, São Paulo, ano 26, n. 292, p. 32-35, abril 2023.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/prmpv>. Acesso em: 16 set. 2025.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ASSIS, Machado de. **O alienista**. Petrópolis: Vozes, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA *et al.* **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA *et al.* **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA *et al.* **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2020.

AZEVEDO, Cecília. Guerra à pobreza: EUA, 1964. **Revista de História**, São Paulo, n. 153, p. 305-323, 2005. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revhistoria/article/view/19014>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BAREMBLITT, Gregório (org.). **Um encontro inesquecível**: primeiro simpósio internacional de psicanálise, grupos e instituições. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais, 2023.

BARTHES, Roland. Escrever, verbo intransitivo? *In*: BARTHES, R. **O rumor da língua**. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012. p. 13-25.

BARTHES, Roland. **Aula**. Tradução e posfácio de Leyla Perrone-Moisés. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2013.

BASAGLIA, Franco. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio. *In*: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010a. p. 161-186.

BASAGLIA, Franco. A maioria desviante: a ideologia e a prática da psiquiatria. *In*: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010b. p. 187-224.

BASAGLIA, Franco. Carta de Nova York. O doente artificial. *In*: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010c. p. 151-160.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização de Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010d.

BENJAMIN, Walter. Sobre o conceito de história. *In*: BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas I**: magia e técnica, arte e política. Tradução de Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 222-232.

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

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os atos firmados em Nova York em 22 de julho de 1946 por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, 1949.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 maio 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 16 set. 2025.

BRAZ, Gabriella. Trump promete militarização das fronteiras e deportação em massa durante discurso de posse. **Correio Brasiliense**, 20 jan. 2025. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/mundo/2025/01/7039227-trump-promete-militarizacao-das-fronteiras-e-deportacoes-em-posse.html>. Acesso em: 3 jan. 2026.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Tradução de Francisco Braga. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2., 1987, Bauru. **Carta de Bauru**. Bauru, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/tag/carta-de-bauru/>. Acesso em: 3 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas - 2017**. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatório-da-Inspeção-Nacional-em-Comunidades-Terapêuticas.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2026.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. **Serviço Social em Debate**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 28-52, 2020. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>. Acesso em: 16 set. 2025.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Franco Basaglia e a crítica das "comunidades terapêuticas" no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2025.

CUNDA, Mateus Freitas; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 26, n. spe., p. 245-255, 2014.

DANNER, Fernando. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, São João del-Rei, n. 4, p. 143-157, 2010.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; SCHUCMAN, Lia Vainer. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desnortear-aquilombar-e-o-antimanicolonial-tres-ideiasforca-para-radicalizar-a-reforma-psiquiatrica-brasileira/18882>. Acesso em: 3 mar. 2025.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações**: 1972-1990. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-226.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 2. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 1995.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIAS, Marcelo Kimati (org.). **Medicalização e políticas públicas de saúde mental no país**. Curitiba: CRV, 2023.

- DIAS, Marcelo Kimati; MUHL, Camila. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: reforma psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60-74, 2020.
- DIDI-HUBERMAN, Georges. **Sobrevivência dos vaga-lumes**. Tradução de Vera Casa Nova e Márcia Arbex. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.
- DINIZ, Juliana Belo. **O que os psiquiatras não te contam**. São Paulo: Fósforo, 2025.
- FANON, Frantz. **Em defesa da revolução africana**. Tradução de Isabel Pascoal. 1. ed. portuguesa. Lisboa: Sá da Costa, 1980.
- FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010.
- FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia, a história. *In*: MOTTA, Manoel Barros da (org.). **Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Tradução de Elisa Monteiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p. 260-281.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GOMES, Bárbara dos Santos. **Encontros antimanicoloniais nas trilhas desformativas**. 2019. Trabalho de Conclusão (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.
- JORGE, Miguel R.; FRANÇA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/LgYvxZJJcyWDZdKfs5f6YXj>. Acesso em: 20 jan. 2026.
- KRAUSS, Rosalind. A escultura no campo ampliado. Tradução de Elizabeth Carbone Baez. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 128-137, 2008.
- LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL — LAPS. Crise da DINSAM. **Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, Rio de Janeiro, [s. d.]. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/11>. Acesso em: 16 set. 2025.
- LAYME PAIRUMANI, Félix. El idioma aymara. *In*: BERG, Hans van den; SCHIFFERS, Norbert (org.). **La cosmovision aymara**. La Paz: UCB; HISBOL, 1993. p. 113-142.
- LET THERE be light. Direção: John Huston. [s. l.]: U.S. Army Pictorial Services, 1946. 1 filme (58 min).
- LIEBERMAN, Jeffrey A.; OGAS, Ogi. **Psiquiatria: uma história não contada**. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

LIMA BARRETO, Afonso Henriques de. **Diário do hospício | O cemitério dos vivos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

LINHARES, Jorge Luiz Coelho. Artimanha das trevas: desmascarando o inimigo. **O Tempo**, Belo Horizonte, 20 abril 2017. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/opiniao/super-fe/artimanha-das-trevas-desmascarando-o-inimigo-1.1463219>. Acesso em: 15 jan. 2026.

LOPES, Silvina Rodrigues. A literatura no limite da ficção. In: LOPES, Silvina Rodrigues. **A anomalia poética**. Belo Horizonte: Chão da Feira, 2019a. p. 33-60.

LOPES, Silvina Rodrigues. Do ensaio como pensamento experimental. In: LOPES, Silvina Rodrigues. **Literatura, defesa do atrito**. Belo Horizonte: Chão da Feira, 2012. p. 121-130.

LOPES, Silvina Rodrigues. Literatura e circunstância. In: LOPES, Silvina Rodrigues. **A anomalia poética**. Belo Horizonte: Chão da Feira, 2019b. p. 11-32.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **2º Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: MPF, 2025.

O GORILA matador. Direção: William Nigh. [s. l.]: Monogram Pictures, 1940. 1 filme (62 min).

OKA, Clara Parente Barreto; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Os caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: um estudo documental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 40, p. 1-29, 2022.

PASSOS, Aline. **Humanismo de mercado: etnografia de uma prisão privatizada**. São Paulo: Igrá Kniga, 2025.

PASSOS, Rachel Gouveia. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 38, p. 77-94, 2017.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (org.). **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 131-138.

PEREIRA, Matheus Dias. **Para além da reforma, a revolução!:** psicanálise subversiva na luta antimanicomial. Marília: Lutas Anticapital, 2025.

QUISPE VILLALOBOS, Javiera. **Cosmovisión Aymara: un acercamiento para profesionales de salud**. Antofagasta: Universidad de Antofagasta; EDISEA, 2021.

REIS, Diego. Biopolítica, polícia médica e Estado: genealogia, deslocamentos e inflexões. **Ítaca**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 138-155, 2014.

ROCHA, Lucas Ribeiro. **Carne sísmica**. Aracaju: Ana Paula Rocha de Souza, 2021.

ROCHA, Lucas Ribeiro. **Na rede pelo lado de fora: histórias de residência, cidade e memória**. 2023. 60 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde Mental) —Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023.

ROCHA, Lucas Ribeiro. Sonhar no pesadelo, enraizar futuros: faíscas de um encontro antimanicomial na Universidade Federal de Sergipe. *In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL*, 23., 2025, Manaus. **Anais [...]**. Manaus: ABRAPSO, 2025. p. 1046-1048.

ROCHA, Lucas Ribeiro; GONÇALVES, Marcelo Pereira; BEZERRA, Ozivan Mendonça; ALMEIDA, Thamyres Maria Gomes de; SILVA, Tássio Macedo; ALVES, Shirley Guimarães Victor. “Fácil de entrar, difícil de sair”: marcas de violência e horror em uma fiscalização de uma Comunidade Terapêutica na Paraíba. *In: FÓRUM BRASILEIRO DE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL*, 6., 2023, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Abrasme, 2023. Disponível em: https://www.direitoshumanos2023.abrasme.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=281. Acesso em: 3 mar. 2025.

SANTIAGO, Silviano. Singular e anônimo. **O Eixo e a Roda**, Belo Horizonte, n. 5, p. 95-105, 1986. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/o_eixo_ea_roda/article/view/27809. Acesso em: 20 jan. 2026.

SOUZA, Jessé. Multiculturalismo, racismo e democracia: por que comparar Brasil e Estados Unidos? *In: SOUZA, Jessé (org.). Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil-Estados Unidos*. Brasília: Paralelo 15, 1997. p. 23-38.

SOUZA, Tadeu de Paula; DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia. AquilombaSUS: ancestralidade e tecnologia relacional de produção de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 37, e65998, 2025.

SZASZ, Thomas S. **O mito da doença mental**: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TOSSATO, Claudemir Roque. Posfácio. *In: DINIZ, Juliana Belo. O que os psiquiatras não te contam*. São Paulo: Fósforo, 2025. p. 217-227.

UM FILME de cinema. Direção: Walter Carvalho. [s. l.]: Kinoscópio, 2017. 1 filme (108 min).

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Tradução de Nilson Moulin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VENTURINI, Ernesto. Em memória de uma mulher maya. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 43-61, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68747/41376>. Acesso em: 16 set. 2025.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WHITAKER, Robert. Anatomia de uma indústria: comércio, pagamentos a psiquiatras e traição ao bem público. *In: AMARANTE, Paulo; WHITAKER, Robert (org.). Desmedicar: a luta global contra a medicalização da vida*. São Paulo: Zagodoni, 2024. p. 98-147.

WHITAKER, Robert. Shrinks: a self-portrait of a profession. **Mad in America**, 19 mar. 2015. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/2015/03/shrinks-self-portrait-profession/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

ANEXOS

ANEXO A – “ARTIMANHA DAS TREVAS: DESMASCARANDO O INIMIGO”, DO PASTOR JORGE LINHARES⁴⁹

Sede sóbrios; vigiai; porque o diabo, vosso adversário, anda em derredor, bramando como leão, buscando a quem possa tragar.

— 1 Pedro 5:8.

Nos últimos dias, o jogo virtual “Baleia Azul” ou “Blue Whale” vem tirando a vida de muitos jovens pelo mundo afora. Só na Rússia, sabe-se de 130 casos de suicídio. Já existem vítimas também no Brasil. O jogo fala em 50 desafios que vão desde escrever palavras e fazer desenhos com lâminas nos braços, assistir a filmes de terror de madrugada e mutilar partes do corpo, até que a vítima receba a ordem insana de cometer suicídio. Nas redes sociais, as pessoas estão se perguntando o que leva os jovens a participar desse jogo mortal. Só há uma resposta: o diabo, nosso inimigo, que anda em derredor, travestido também de “Baleia Azul”, procurando alguém para tragar. E, como nos alerta o apóstolo Pedro, esse inimigo brada como um leão. E tem aparecido em forma de baleia.

A Bíblia também diz que os dias são maus. Há guerras e rumores de guerra. Desde que recebemos a Cristo, temos um inimigo mortal. Estamos na mira do diabo, porque o seu alvo é derrubar o homem, desde o Jardim do Éden. Todavia, ele não pode entrar em nossos corpos nem assumir nossa personalidade, porque a presença do Espírito Santo em nós o impede.

Temos que fazer frente a esse inimigo e inibir sua atuação. Precisamos conhecer suas estratégias e artifícios. Para muitos, o diabo não passa de imaginação, como qualquer outra personagem fictícia ou uma simples personificação do mal. Manter essa imagem é sua principal arma para esconder sua verdadeira identidade e continuar agindo, sem sofrer oposição. Satanás é um ser inteligente, astuto e perverso, e, por isso, não podemos ignorar seu caráter.

Em muitos filmes ou obras de arte, o diabo é retratado com chifres, rabo, olhos vermelhos, olhar feroz e usando capa preta ou vermelha. Mas ele é enganador e nunca vai mostrar a sua verdadeira face. Se aparecesse assim, de forma terrível, seria fácil identificá-lo. A Bíblia diz que ele se transforma em anjo de luz, exatamente para enganar. Ele vai sempre se

⁴⁹ O texto, do Pastor Jorge Luiz Coelho Linhares, faz parte da coluna “Super Fé”, da plataforma jornalística *O Tempo*. Pela condensação exemplificativa que o material possui para o que discutimos e criticamos na primeira seção ensaística desta dissertação, ele está, neste anexo, reproduzido na íntegra — com readequações apenas de formatação, como no caso da epígrafe bíblica. O texto é de 20 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/opiniao/super-fe/artimanha-das-trevas-desmascarando-o-inimigo-1.1463219>. Acesso em: 15 jan. 2026.

mostrar com uma aparência atrativa e sedutora. Para nos destruir, ele não usa de meios drásticos, mas de sutilezas, já que sua arma principal é a astúcia. Portanto, temos que identificar sua linha de ação e as artimanhas que usa para se disfarçar. Para muitos jovens, hoje, ele está disfarçado de Baleia Azul.

O Diabo é enganador, falso e astuto. Temos que desmascará-lo, inibir sua atuação, pois não podemos “ignorar os seus desígnios.” E, se somos de Jesus, se estamos libertos, podemos vencer também o inimigo. Temos que afirmar a vitória de Cristo, porque o diabo não gosta de quem toma posse da vitória de Cristo. Não podemos convidá-lo a sair, mas exercer autoridade sobre ele, expulsá-lo, porque Jesus o venceu na cruz. Só Jesus tem o poder nos céus e na Terra e Ele nos conferiu autoridade sobre o diabo e seus anjos.

No entanto, para vencermos, precisamos orar e ficarmos atentos, vigiar, porque ele anda em derredor, como leão, procurando alguém para tragar. Temos que confiar na força do nome de Jesus, nos revestirmos de toda armadura do Senhor, para que estejamos preparados para a batalha espiritual contra o nosso maior inimigo.

Pr. Jorge Linhares.

ANEXO B – “MENSAGEM ESPECIAL AO CONGRESSO SOBRE DOENÇAS MENTAIS E RETARDO MENTAL”, DE JOHN F. KENNEDY⁵⁰

Mensagem especial ao Congresso sobre doenças mentais e retardo mental

05 de fevereiro de 1963

Ao Congresso dos Estados Unidos:

É minha intenção enviar em breve ao Congresso uma mensagem referente às necessidades mais urgentes desta nação na área da melhoria da saúde. Mas dois problemas de saúde — porque são de tal dimensão crítica e impacto trágico e porque a sua suscetibilidade à ação pública é muito maior do que a atenção que receberam — merecem uma abordagem nacional inteiramente nova e uma mensagem separada ao Congresso. Esses problemas gêmeos são a doença mental e o retardo mental.

Desde os primórdios do Serviço de Saúde Pública até às mais recentes pesquisas dos Institutos Nacionais de Saúde, o Governo Federal reconheceu as suas responsabilidades em assistir, estimular e canalizar as energias públicas no combate aos problemas de saúde. As epidemias infecciosas estão agora amplamente sob controle. A maioria das principais doenças do corpo começa a ceder na luta crescente do homem para encontrar a sua causa e cura. Mas a compreensão pública, o tratamento e a prevenção das deficiências mentais não fizeram progressos comparáveis desde os primórdios da história moderna.

Contudo, a doença mental e o retardo mental estão entre os nossos problemas de saúde mais críticos. Eles ocorrem com maior frequência, afetam mais pessoas, exigem tratamento mais prolongado, causam mais sofrimento às famílias dos aflitos, desperdiçam mais dos nossos recursos humanos e constituem um dreno financeiro maior, tanto para o erário público quanto para as finanças pessoais das famílias individuais, do que qualquer outra condição isolada.

Existem agora cerca de 800.000 de tais pacientes nas instituições desta Nação — 600.000 por doença mental e mais de 200.000 por retardo mental. Todos os anos, quase 1.500.000 pessoas recebem tratamento em instituições para doentes mentais e retardados mentais. A maioria deles está confinada e comprimida dentro de uma rede de instituições estaduais de

⁵⁰ A tradução em questão foi feita com o auxílio do Gemini, ferramenta de inteligência artificial do Google, e passou por revisão humana profissional, do professor e tradutor Thiago Ribeiro Rocha. Disponível em: <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/special-message-the-congress-mental-illness-and-mental-retardation>. Acesso em: 15 jan. 2026.

custódia antiquadas e vastamente superlotadas. O valor médio gasto no seu cuidado é de apenas 4 dólares por dia — pouco demais para fazer muito bem ao indivíduo, mas caro demais se medido em termos de uso eficiente dos nossos dólares de saúde mental. Em alguns Estados, a média é inferior a 2 dólares por dia.

O custo total para os contribuintes é de mais de 2,4 bilhões de dólares por ano em despesas públicas diretas com serviços — cerca de 1,8 bilhão para doenças mentais e 600 milhões para o retardo mental. As despesas públicas indiretas — em custos de bem-estar social e no desperdício de recursos humanos — são ainda mais elevadas. Mas a angústia sofrida tanto pelos afetados quanto pelas suas famílias transcende as estatísticas financeiras — particularmente considerando o fato de que tanto a doença mental quanto o retardo mental atacam tão frequentemente na infância, levando, na maioria dos casos, a uma vida inteira de incapacidade para o paciente e a uma vida inteira de dificuldades para a sua família.

Essa situação tem sido tolerada por tempo demais. Ela tem perturbado a nossa consciência nacional — mas apenas como um problema desagradável de mencionar, fácil de adiar e que anseia desesperadamente por uma solução. O Governo Federal, apesar do impacto nacional do problema, tem deixado as soluções em grande parte a cargo dos Estados. Os Estados têm dependido de hospitais de custódia e asilos. Muitos desses hospitais e asilos têm sido instituições vergonhosamente subdimensionadas em termos de pessoal, superlotadas e desagradáveis, das quais a morte, com demasiada frequência, fornecia a única esperança firme de libertação.

Chegou a hora de uma abordagem nova e audaciosa. Novas ferramentas e conhecimentos médicos, científicos e sociais estão agora disponíveis. Uma série de estudos abrangentes iniciados pelo Congresso, pelo Poder Executivo e por grupos privados interessados foram concluídos, e todos apontam na mesma direção.

Governos em todos os níveis — Federal, Estadual e local —, fundações privadas e cidadãos individuais devem, todos, enfrentar as suas responsabilidades nessa área. O nosso combate deve focar-se em três objetivos principais:

Primeiro, devemos procurar as causas da doença mental e do retardo mental e erradicá-las. Aqui, mais do que em qualquer outra área, “um grama de prevenção vale mais do que um quilo de cura”. Pois a prevenção é muito mais desejável para todos os envolvidos. É muito mais econômica e é muito mais provável que seja bem-sucedida. A prevenção exigirá tanto programas específicos selecionados, dirigidos especialmente a causas conhecidas, quanto o fortalecimento geral dos nossos fundamentais programas comunitários, de bem-estar social e educacionais, que podem fazer muito para eliminar ou corrigir as duras condições ambientais

que frequentemente estão associadas ao retardo mental e à doença mental. As propostas contidas na minha última Mensagem ao Congresso sobre Educação e aquelas que constarão numa mensagem posterior que enviarei sobre a Saúde da Nação também ajudarão a alcançar este objetivo.

Segundo, devemos fortalecer os recursos subjacentes de conhecimento e, acima de tudo, de mão de obra qualificada, que são necessários para montar e sustentar o nosso combate à deficiência mental por muitos anos vindouros. Equipes de muitos das mesmas profissões servem tanto os doentes mentais quanto os retardados mentais. Devemos aumentar os nossos programas de treinamento existentes e lançar novos; pois os nossos esforços não podem ser bem-sucedidos, a menos que aumentemos consideravelmente, na próxima década, o quantitativo de profissionais e subprofissionais que trabalham nesses campos. As minhas propostas sobre as Profissões de Saúde e Ajuda ao Ensino Superior são essenciais para este objetivo; e tanto o programa de Emprego para Jovens proposto quanto um corpo de serviço nacional podem proporcionar uma imensa ajuda. Devemos também expandir os nossos esforços de pesquisa, se quisermos aprender mais sobre como prevenir e tratar a invalidez ou o mau funcionamento da mente.

Terceiro, devemos fortalecer e melhorar os programas e instalações que servem os doentes mentais e os retardados mentais. A ênfase deve recair sobre o diagnóstico oportuno e intensivo, o tratamento, o treinamento e a reabilitação, para que os que sofrem de problemas mentais possam ser curados ou que as suas funções sejam restauradas na medida do possível. Os serviços para ambos, o doente mental e o retardado mental, devem ser de base comunitária e fornecer uma gama de serviços para atender às necessidades da comunidade.

É com esses objetivos em mente que proponho uma nova abordagem à doença mental e ao retardo mental. Tal abordagem foi concebida, em grande medida, para usar recursos Federais para estimular a ação Estadual, local e privada. Quando levada a cabo, a dependência em relação à fria misericórdia do isolamento de custódia será suplantada pelo calor aberto da preocupação e capacidade comunitárias. A ênfase na prevenção, no tratamento e na reabilitação será substituída por um interesse desconexo em confinar pacientes numa instituição para definharem⁵¹.

Num esforço para conter as despesas internas num período de redução de impostos, adiei novos programas e reduzi despesas adicionais em todas as áreas onde isso pudesse ser feito. Mas não podemos nos permitir adiar por mais tempo uma inversão na nossa abordagem

⁵¹ Vale grifar, nessa frase de Kennedy, o curioso ato falho.

à aflição mental. Durante muito tempo, o tratamento precário de muitos milhões de deficientes mentais em instituições de custódia e de muitos outros milhões atualmente que precisam de ajuda em suas comunidades foi justificado com base na inexistência de fundos inadequados, na necessidade de mais estudos e em promessas futuras. Não podemos procrastinar mais. O programa nacional de saúde mental e o programa nacional para combater o retardo mental aqui propostos merecem pronta atenção do Congresso.

I. UM PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

Eu proponho um programa nacional de saúde mental para ajudar na inauguração de uma ênfase e abordagem inteiramente novas no cuidado dos doentes mentais. Tal abordagem baseia-se principalmente no novo conhecimento e nos novos medicamentos adquiridos e desenvolvidos nos últimos anos, que tornam possível que a maioria dos doentes mentais seja tratada com sucesso e rapidez nas suas próprias comunidades e retorne a um lugar útil na sociedade.

Esses avanços tornaram obsoletos os métodos tradicionais de tratamento que impunham aos doentes mentais uma quarentena social, um confinamento prolongado ou permanente em enormes e infelizes hospitais psiquiátricos onde ficavam fora da vista e esquecidos. Não deixo de apreciar os esforços empreendidos por muitos Estados para melhorar as condições nesses hospitais, ou o trabalho dedicado de muitos funcionários de hospital. Mas a tarefa deles tem sido esmagadora, e os resultados, com frequência, desoladores, como apontou o estudo abrangente da Comissão Conjunta sobre Doença Mental e Saúde em 1961. Alguns Estados foram, por vezes, forçados a amontoar cinco, dez ou até quinze mil pessoas numa única e grande instituição com falta de pessoal. Impostas em grande parte por razões de economia, tais práticas foram custosas em termos humanos, bem como num sentido econômico real. As seguintes estatísticas são ilustrativas:

- Quase 1/5 das 279 instituições psiquiátricas estaduais correm perigo de incêndio e oferecem risco à saúde; 3/4 delas foram abertas antes da Primeira Guerra Mundial.
- Quase metade dos 530 mil pacientes nos nossos hospitais psiquiátricos estaduais está em instituições com mais de 3.000 pacientes, onde o cuidado e a atenção individual são quase impossíveis.
- Muitas dessas instituições têm menos da metade do número necessário de profissionais — com menos de um psiquiatra para cada 360 pacientes.

- Quarenta e cinco por cento dos seus internos foram hospitalizados continuamente por 10 anos ou mais.

Mas há sinais de esperança. Nos últimos anos, a tendência crescente para concentrações cada vez maiores em tais instituições foi invertida — pelo uso de novos medicamentos, pelo aumento da conscientização pública sobre a natureza da doença mental e por uma tendência de fornecimento de instalações comunitárias, incluindo alas psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia e clínicas psiquiátricas ambulatoriais. Os hospitais gerais comunitários em 1961 trataram e deram alta a mais de 200.000 pacientes psiquiátricos, como curados.

Estou convencido de que, se aplicarmos plenamente nosso conhecimento médico e nossas percepções sociais, todos, exceto uma pequena parte dos doentes mentais, podem eventualmente alcançar um ajustamento social saudável e construtivo. Foi demonstrado que 2 em cada 3 esquizofrênicos — a nossa maior categoria de doentes mentais — podem ser tratados e libertados dentro de 6 meses, mas, sob as condições que prevalecem hoje, a permanência média para a esquizofrenia é de 11 anos. Em 11 Estados, a partir do uso de técnicas modernas, sete em cada dez pacientes com esquizofrenia admitidos tiveram alta dentro de 9 meses. Num caso, onde um hospital Estadual procurou deliberadamente uma alternativa à hospitalização para os pacientes prestes a serem admitidos, mostrou-se viável tratar com sucesso na comunidade cinquenta por cento deles. Resta evidente que um ataque nacional coordenado às desordens mentais agora é tão possível quanto prático.

Se lançarmos um novo e amplo programa de saúde mental agora, será possível, dentro de uma década ou duas, reduzir o número de pacientes atualmente sob cuidados de custódia em 50% ou mais. Muitos outros doentes mentais podem ser ajudados a permanecer nas suas próprias casas sem dificuldades para eles mesmos ou para as suas famílias. Aqueles que são hospitalizados podem ser ajudados a retornar às suas próprias comunidades. Todos, exceto uma pequena proporção, podem se recuperar e voltar a ter uma vida útil. Podemos poupá-los e às suas famílias de grande parte da miséria que a doença mental agora acarreta. Podemos economizar fundos públicos e podemos conservar os nossos recursos humanos.

1. Centros comunitários de saúde mental abrangentes

Central para um novo programa de saúde mental é o cuidado comunitário abrangente. Apenas despejar fundos Federais numa continuação do tipo ultrapassado de cuidado institucional que agora prevalece faria pouca diferença. Precisamos de um novo tipo de instalação de saúde, uma que devolva o cuidado de saúde mental à corrente principal da medicina americana e ao mesmo tempo melhore os serviços de saúde mental. Recomendo, portanto, que o Congresso (1) autorize subsídios aos Estados para a construção de centros comunitários de saúde mental abrangentes, começando no ano fiscal de 1965, com o Governo Federal fornecendo 45 a 75 por cento do custo do projeto; (2) autorize subsídios para projetos de curto prazo para os custos iniciais de pessoal dos centros comunitários de saúde mental abrangentes, com o Governo Federal fornecendo até 75 por cento do custo nos primeiros meses, de modo gradualmente decrescente, concluindo tal apoio dentro de um período de pouco mais de quatro anos; e (3), para facilitar a preparação de planos comunitários para essas novas instalações como um preliminar necessário a qualquer assistência para construção ou a contratação de pessoal, destine 4,2 milhões de dólares para subsídios de planejamento sob o Instituto Nacional de Saúde Mental. Esses fundos de planejamento, que se somariam a um montante semelhante destinado para o ano fiscal de 1963, foram incluídos no meu orçamento proposto para 1964.

Embora o conceito essencial do centro comunitário de saúde mental abrangente seja novo, os elementos separados que seriam combinados nele são atualmente encontrados em muitas comunidades: serviços de diagnóstico e avaliação, unidades psiquiátricas de emergência, serviços ambulatoriais, serviços de internação, hospitais-dia e noturnos, lares substitutos, reabilitação, serviços de consultoria a outras instituições comunitárias, e informação e educação em saúde mental.

Tais centros focarão os recursos da comunidade e fornecerão melhores instalações comunitárias para todos os aspectos do cuidado de saúde mental. A prevenção, bem como o tratamento, será uma atividade principal. Localizado no próprio ambiente e na comunidade do paciente, o centro tornaria possível uma melhor compreensão das suas necessidades, uma atmosfera mais cordial para a sua recuperação e um *continuum* de tratamento. À medida que as suas necessidades mudassem, o paciente poderia mover-se sem demora ou dificuldade para diferentes serviços — do diagnóstico, à cura, à reabilitação — sem a necessidade de transferência para diferentes instituições localizadas em diferentes comunidades.

Um centro comunitário de saúde mental abrangente que receba ajuda Federal pode ser patrocinado a partir de uma variedade de arranjos organizacionais locais. A construção pode seguir o padrão de sucesso Hill-Burton, sob o qual o Governo Federal iguala fundos públicos ou voluntários sem fins lucrativos. Idealmente, o centro poderia estar localizado num hospital geral comunitário apropriado, entre os quais muitos já têm unidades psiquiátricas. Em tais casos, serviços e instalações suplementares poderiam ser adicionados — tudo de uma vez ou em várias etapas — para completar o programa abrangente. Em alguns casos, uma clínica psiquiátrica ambulatorial existente poderia formar o núcleo de tal centro, o seu trabalho expandido e integrado com outros serviços na comunidade. Os centros também poderiam funcionar de modo eficaz sob uma variedade de outros auspícios: como filiais de hospitais psiquiátricos Estaduais, sob governos Estaduais ou locais ou sob patrocínio voluntário sem fins lucrativos.

Médicos particulares, incluindo clínicos gerais, psiquiatras e outros especialistas, seriam todos capazes de participar direta e cooperativamente no trabalho do centro. Pela primeira vez, uma grande proporção dos nossos profissionais privados terá a oportunidade de tratar os seus pacientes numa instalação de saúde mental servida por uma equipe profissional auxiliar que está direta e rapidamente disponível para cuidados ambulatoriais e de internação.

Embora esses centros sejam principalmente projetados para servir às necessidades de saúde mental da comunidade, os retardados mentais não devem ser excluídos de tais centros se existirem problemas emocionais. Eles também devem oferecer os serviços de terapeutas especiais e serviços de consulta para pais, sistemas escolares, secretarias de saúde e outras instituições públicas e privadas preocupadas com o retardo mental.

Os serviços prestados pelos centros devem ser financiados da mesma forma que outros custos médicos e hospitalares. Houve um tempo em que isso não era viável no caso de doença mental, onde o prognóstico quase invariavelmente exigia procedimentos longos e muitas vezes permanentes de tratamento. Mas tranquilizantes e novos métodos terapêuticos permitem agora que a doença mental seja tratada com sucesso numa proporção muito alta de casos dentro de períodos relativamente curtos de tempo — semanas ou meses, em vez de anos.

Consequentemente, taxas individuais por serviços, seguros individuais e de grupo, outros pagamentos de terceiros, contribuições voluntárias e privadas e ajuda Estadual e local podem agora suportar melhor o fardo contínuo desses custos para o paciente individual depois que tais serviços forem estabelecidos. Subsídios Federais de longo prazo para custos operacionais não são nem necessários nem desejáveis. No entanto, como esse é um empreendimento novo e dispendioso para a maioria das comunidades, a contribuição Federal

temporária para ajudá-las a enfrentar o fardo inicial de estabelecer e colocar centros em funcionamento é desejável. Tal assistência seria estimuladora no seu propósito, concedida de modo decrescente e terminada em poucos anos.

O sucesso desse padrão de financiamento local e privado dependerá em grande parte do desenvolvimento de arranjos apropriados para o seguro de saúde, particularmente no setor privado da nossa economia. Estudos recentes indicaram que o cuidado de saúde mental — particularmente o custo de diagnóstico e terapia de curto prazo, que seriam componentes principais do serviço nos novos centros — é segurável a um custo moderado.

Eu orientei o Ministro de Saúde, Educação e Bem-Estar a investigar procedimentos que encorajem e estimulem a expansão dos seguros de saúde voluntários e privados para incluir o cuidado com a saúde mental. Também iniciei uma revisão dos programas Federais existentes, tais como o programa de benefícios de saúde para os funcionários Federais, a fim de verificar se medidas adicionais podem ser necessárias e desejáveis para aumentar seus recursos para o cuidado de saúde mental.

Esses centros comunitários de saúde mental abrangentes devem tornar-se operacionais na data mais viável possível. Recomendo que façamos um grande esforço de demonstração nos primeiros anos do programa para ser expandido a todas as principais comunidades à medida que a mão de obra e as instalações necessárias se tornem disponíveis.

É de esperar que, dentro de alguns anos, a combinação de cobertura aumentada de seguro de saúde mental, o apoio adicional do Estado e do Município e o redirecionamento de recursos Estaduais das instituições psiquiátricas Estaduais ajude a alcançar o nosso objetivo de ter serviços de saúde mental centrados na comunidade que sejam prontamente acessíveis a todos.

2. Melhoria do cuidado nas instituições psiquiátricas Estaduais

Até que o programa do centro comunitário de saúde mental se desenvolva plenamente, é imperativo que a qualidade do cuidado nas instituições psiquiátricas Estaduais existentes seja melhorada. Ao fortalecer os seus serviços terapêuticos, ao se tornarem instituições abertas servindo às suas comunidades locais, muitas de tais instituições podem desempenhar um papel de transição valioso. O Governo Federal pode dar uma assistência material ao encorajar as instituições psiquiátricas Estaduais a empreender projetos-pilotos e de demonstração intensiva, a melhorar a qualidade do cuidado e a fornecer treinamento em serviço para o pessoal que opera tais instituições.

Isso deve ser feito a partir de subsídios especiais para projetos de demonstração para cuidados de internação e treinamento em serviço. Recomendo que 10 milhões de dólares sejam destinados para tais propósitos.

3. Pesquisa e mão de obra

Embora embarquemos num grande programa de ação nacional para a saúde mental, ainda há muito mais que precisamos saber. Não devemos relaxar o nosso esforço para diminuir as fronteiras do conhecimento na pesquisa básica e aplicada sobre os processos mentais, na terapia e noutras fases de pesquisa relevantes para as doenças mentais. É preciso fazer mais também para transformar as descobertas da pesquisa em práticas melhoradas. Recomendo uma expansão da pesquisa clínica, laboratorial e de campo em doenças mentais e saúde mental.

A disponibilidade de mão de obra treinada é um fator importante na determinação de quão rápido podemos expandir a nossa pesquisa e expandir o nosso novo programa de ação no campo da saúde mental. Atualmente, existe uma escassez de mão de obra em praticamente todas as categorias fundamentais de pessoal profissional e auxiliar – psiquiatras, psicólogos clínicos, assistentes sociais e enfermeiros psiquiátricos. Para alcançar o sucesso, o suprimento atual de mão de obra profissional nesses campos deve ser acentuadamente aumentado – de cerca de 45.000 em 1960 para aproximadamente 85.000 em 1970. Para ajudar a nos aproximarmos desse objetivo, recomendo a dotação de 66 milhões de dólares para o treinamento de pessoal, um aumento de 17 milhões em relação ao ano fiscal atual.

Eu solicitei, além disso, que a Lei de Desenvolvimento e Treinamento de Mão de Obra seja usada para ajudar no treinamento de auxiliares psiquiátricos e outros profissionais auxiliares para serem empregados em instituições psiquiátricas e centros comunitários.

O sucesso desses programas de treinamento especializados, no entanto, requer que eles sejam sustentados por programas de treinamento básicos. É essencial para o sucesso do nosso novo programa nacional de saúde mental que o Congresso aprove uma legislação autorizando ajuda para treinar mais médicos e profissionais da área da saúde relacionados. Discutirei tal medida com mais detalhe na mensagem sobre Saúde que enviarei ao Congresso em breve.

II. PROGRAMA NACIONAL PARA COMBATER O RETARDO MENTAL

O retardo mental advém de muitas causas. Pode resultar de mongolismo, lesão de parto ou infecção, ou qualquer de uma série de condições que causam um desenvolvimento defeituoso ou interrompido da inteligência a tal ponto que a capacidade do indivíduo de aprender e de se adaptar às exigências da sociedade fica prejudicada. Uma vez feito o dano, a incapacidade vitalícia é provável. Com detecção precoce, cuidado e treinamento adequados, no entanto, uma melhoria significativa na habilidade social e na adaptação e na realização pessoal pode ser alcançada.

O cuidado e o tratamento do retardo mental, assim como a pesquisa sobre as suas causas e cura, têm — como no caso da doença mental — sido negligenciados por demasiado tempo. O retardo mental figura como um grande problema social, econômico e de saúde nacional. Ele atinge o nosso bem mais precioso — as nossas crianças. Ele incapacita dez vezes mais pessoas do que a diabetes, vinte vezes mais do que a tuberculose, vinte e cinco vezes mais do que a distrofia muscular e seiscentas vezes mais do que a paralisia infantil. Cerca de 400.000 crianças são tão retardadas que requerem cuidado ou supervisão constante; mais de 200.000 destas estão em instituições residenciais. Existem entre 5 e 6 milhões de crianças e adultos retardados mentais — uma estimativa de 3 por cento da população. No entanto, apesar dessas estatísticas sombrias e apesar de um esforço admirável feito por associações voluntárias privadas, até há uma década nem uma única secretaria de saúde Estadual oferecia quaisquer serviços comunitários especiais para os retardados mentais ou as suas famílias.

Os Estados e as comunidades locais gastam 300 milhões de dólares por ano para o tratamento residencial dos retardados mentais e outros 250 milhões para educação especial, bem-estar, reabilitação e outros benefícios e serviços. O Governo Federal este ano garantirá 37 milhões de dólares para pesquisa, treinamento e serviços especiais para os retardados e cerca de três vezes mais para a manutenção do seu rendimento. Mas esses esforços são fragmentados e inadequados.

O retardo mental atinge crianças sem levar em conta a classe, o credo ou o nível econômico. Cada ano surgem aproximadamente 126 mil novos casos. Mas o problema atinge mais frequentemente — e com mais força — os desfavorecidos e os pobres; e com mais frequência ainda — e de forma mais severa — em cortiços urbanos e favelas rurais onde há pesadas concentrações de famílias com pouca educação e baixo rendimento.

Existem variações muito significativas no impacto da incidência do retardo mental. Rejeições no recrutamento por deficiência mental durante a Segunda Guerra Mundial foram 14

vezes mais sérias em Estados com baixos rendimentos do que noutros. Em algumas áreas de favela, de 10 a 30 por cento das crianças em idade escolar são retardadas mentais, enquanto nessas mesmas cidades bairros mais prósperos têm apenas 1 ou 2 por cento de retardados.

Há todas as razões para acreditar que estamos no limiar de grandes avanços nesse campo. O conhecimento médico pode agora identificar causas precisas de retardo em 15 a 25 por cento dos casos. Isso por si só é um grande avanço. Os que são identificados são geralmente casos em que há lesões orgânicas severas ou grandes danos cerebrais por conta de doença. Casos graves de retardo mental desse tipo estão naturalmente espalhados de modo mais uniforme por toda a população do que o retardo leve — mas mesmo aqui as famílias pobres sofrem de maneira desproporcional. Na maioria dos casos leves, embora defeitos físicos e neurológicos específicos não sejam geralmente diagnosticáveis com as técnicas biomédicas atuais, a pesquisa tem contribuído, com rapidez, com o nosso conhecimento de causas específicas: rubéola durante os primeiros três meses de gravidez, incompatibilidade do fator sanguíneo Rh em recém-nascidos, envenenamento por chumbo de crianças, química corporal defeituosa em doenças como fenilcetonúria e galactosemia e muitas outras.

Muitas das causas específicas do retardo mental ainda são obscuras. Evidências socioeconômicas e médicas reunidas por um Comitê que nomeei em 1961, no entanto, mostram uma grande relação causal com fatores sociais, econômicos e culturais adversos. Famílias que são privadas das necessidades básicas da vida, além de oportunidade e motivação, têm uma alta proporção das crianças retardadas da Nação. Fatores de saúde desfavoráveis desempenham claramente um papel central. A falta de cuidados de saúde pré-natais e pós-natais, em particular, leva ao nascimento de crianças com danos cerebrais ou a um desenvolvimento físico e neurológico inadequado. Áreas de alta mortalidade infantil são frequentemente as mesmas áreas com uma alta incidência de retardo mental. Estudos mostraram que mulheres que carecem de cuidados pré-natais estão muito mais propensas a ter crianças retardadas mentais. A privação das oportunidades de aprendizagem para crianças de favelas e áreas carentes atrasa o seu desenvolvimento. Fatores genéticos, hereditários e outros biomédicos também desempenham um papel principal nas causas do retardo mental.

O povo americano, agindo por meio do seu governo onde for necessário, tem a obrigação de prevenir o retardo mental, sempre que possível, e de melhorá-lo quando estiver presente. Estou, portanto, recomendando a criação de um programa abrangente para atacar essa aflição. O único programa viável com esperança de sucesso não deve apenas visar às causas específicas e ao controle do retardo mental, mas procurar soluções para os problemas mais amplos da nossa sociedade com os quais o retardo mental está tão intimamente relacionado.

O Comitê que nomeei relatou que, com o conhecimento atual, pelo menos metade e, com sorte, mais de metade de todos os casos de retardo mental podem ser prevenidos por meio desse tipo de ataque de “amplo espectro” — visando tanto as causas específicas que a ciência médica identificou quanto as condições sociais, econômicas e culturais adversas mais amplas com as quais a incidência de retardo mental está tão fortemente correlacionada. Ao mesmo tempo, a pesquisa deve avançar em todas essas categorias, convocando os melhores esforços de muitos tipos de cientistas, do geneticista ao sociólogo.

O fato de o retardo mental ser tão comum já desde o nascimento ou a infância precoce, de se exigirem avaliações médicas, psicológicas e educacionais altamente especializadas e de o indivíduo retardado ter necessidades vocacionais, sociais e educacionais, que são complexas, únicas e duram a vida inteira, tudo isso requer que seja desenvolvida uma abordagem abrangente para este problema específico.

1. Prevenção

A prevenção deve receber a mais alta prioridade neste esforço. Os nossos programas gerais de saúde, educação, bem-estar e renovação urbana darão uma grande contribuição para superar condições sociais e econômicas adversas. Cuidados médicos mais adequados, nutrição, habitação e oportunidades educacionais podem reduzir o retardo mental à baixa incidência que foi alcançada em algumas outras nações. As recomendações para o fortalecimento da educação americana que fiz ao Congresso na minha mensagem sobre educação contribuirão para tal objetivo, assim como as propostas contidas na minha próxima mensagem sobre Saúde.

Novos programas para cuidados maternos e infantis abrangentes e para a melhoria dos nossos serviços educacionais também são necessários. Atenção particular deve ser dirigida para o desenvolvimento de tais serviços para favelas e áreas carentes. Entre as mães grávidas que não recebem cuidados pré-natais, mais de 20 por cento de todos os nascimentos são prematuros — 2 ou 3 vezes a taxa de prematuridade entre aquelas que recebem cuidados adequados. Bebês prematuros têm 2 ou 3 vezes mais defeitos físicos e 50 por cento mais doenças do que bebês a termo. Os bebês prematuros menores têm 10 vezes mais probabilidade de serem retardados mentais.

Todas essas estatísticas apontam para a relação direta entre a falta de cuidados pré-natais e o retardo mental. A pobreza e a falta de assistência médica estão na raiz da maior parte desse problema. Um número estimado de 35 por cento das mães em cidades com mais de 100.000 habitantes são privadas de assistência médica. Em 138 grandes cidades do país, cerca de

455.000 mulheres a cada ano carecem de recursos para pagar os cuidados de saúde adequados durante a gravidez e após o nascimento. Entre 20 e 60 por cento das mães que recebem cuidados em hospitais públicos em algumas grandes cidades recebem cuidados pré-natais inadequados ou não recebem cuidado algum — e o retardo mental é mais prevalente nessas áreas.

Os nossos programas Estaduais e Federais de saúde infantil existentes, embora desempenhem um papel útil e necessário, não fornecem o cuidado abrangente necessário para este grupo de alto risco. Para permitir que os Estados e as localidades avancem mais rapidamente no combate ao retardo mental e outras deficiências infantis a partir das novas medidas terapêuticas a serem desenvolvidas pela ciência médica, recomendo:

- um novo programa de 5 anos de subsídios de projeto para estimular secretarias de saúde Estaduais e locais a planejar, iniciar e desenvolver programas de serviços de cuidados de saúde maternos e infantis abrangentes – ajudando principalmente famílias nesse grupo de alto risco que de outra forma são incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários. Esses subsídios seriam usados para fornecer cuidados médicos, cuidados hospitalares e serviços de enfermagem adicionais e para expandir o número de clínicas pré-natais. Os cuidados pré-natais e pós-parto seriam mais acessíveis às mães. Recomendo que a dotação inicial para esse propósito seja de 5 milhões de dólares, alocada por meio de projetos, subindo para uma dotação anual de 30 milhões no terceiro ano.
- dobrar a autorização anual existente de 25 milhões de dólares para subsídios Federais para a saúde materna e infantil, cuja parte significativa será usada para os retardados mentais.
- dobrar ao longo de um período de 7 anos a atual autorização anual de 25 milhões de dólares para subsídios Federais para serviços de crianças deficientes.

O retardo mental resultante da privação cultural e educacional também pode ser prevenida. Estudos demonstraram que um grande número de crianças em favelas urbanas e rurais, incluindo crianças pré-escolares, carecem do estímulo necessário para o desenvolvimento adequado da sua inteligência. Mesmo quando não há deficiência orgânica, a negligência prolongada e a falta de estímulo e oportunidade de aprendizagem podem resultar no fracasso do desenvolvimento de mentes jovens. Outros estudos mostraram que, se oportunidades adequadas de aprendizagem forem fornecidas cedo o suficiente, muitas dessas crianças carentes não apenas podem, mas com certeza vão aprender e vão alcançar resultados

semelhantes aos das crianças de bairros mais favorecidos. Não podemos permitir que esse flagelo intelectual continue a se perpetuar.

Na minha recente Mensagem sobre Educação, recomendei que pelo menos 10 por cento da ajuda proposta para o ensino fundamental e secundário seja confiada pelos Estados ao subsídio de projetos especiais desenhados para estimular e tornar possível a melhoria das oportunidades educacionais, particularmente em favelas e áreas carentes, tanto urbanas quanto rurais. Insto novamente uma consideração especial pelo Congresso para essa proposta. Ela não só ajudará a melhorar a qualidade educacional e fornecer igualdade de oportunidade em áreas que precisam de assistência; servirá também à humanidade ao ajudar a prevenir o retardo mental entre as crianças em tais áreas de carência cultural.

2. Serviços comunitários

Como no caso das doenças mentais, há também uma necessidade desesperada por instalações e serviços comunitários para os retardados mentais. Devemos passar do uso ultrapassado de instituições de custódia distantes para o conceito de instituições centradas na comunidade que fornecerão uma gama coordenada de serviços de diagnóstico oportuno, saúde, educação, treinamento, reabilitação, emprego, bem-estar e proteção legal. Para aquelas crianças ou adultos retardados que não podem ser mantidos em casa pelas suas próprias famílias, um novo padrão de serviços institucionais é necessário.

A chave para o desenvolvimento desta nova abordagem abrangente para os serviços em prol dos retardados mentais é dupla. Primeiro, deve haver compreensão pública e planejamento comunitário para enfrentar todos os problemas. Segundo, deve ser disponibilizado um *continuum* de serviços cobrindo toda a gama de necessidades. Os Estados e as comunidades precisam avaliar as suas necessidades e recursos, rever os programas atuais e empreender ações preliminares que levem a abordagens Estaduais e comunitárias abrangentes para tais objetivos. A fim de estimular a conscientização pública e o desenvolvimento de planos abrangentes, recomendo a aprovação de uma legislação para estabelecer um programa de subsídios de projetos especiais aos Estados para financiar revisões Estaduais de necessidades e programas no campo do retardo mental.

Um total de 2 milhões de dólares é recomendado para esse propósito. Os subsídios serão concedidos de modo seletivo a órgãos Estaduais que apresentem propostas aceitáveis para essa ampla atividade de planejamento interdisciplinar. O propósito de tais subsídios é fornecer a cada Estado uma oportunidade de começar a desenvolver um programa abrangente e integrado

para atender a todas as necessidades dos retardados. Apoio adicional para o planejamento de instalações e serviços relacionados com a saúde estará disponível a partir do programa de subsídios de planejamento em expansão para o Serviço de Saúde Pública que recomendarei na minha próxima mensagem sobre saúde.

Para assistir os Estados e comunidades locais na construção das instalações que tais levantamentos justificam e planejam, recomendo que o Congresso autorize subsídios de contrapartida para a construção de instalações públicas e outras sem fins lucrativos, incluindo centros para o tratamento abrangente, treinamento e cuidado dos retardados mentais. Cada comunidade deve ser encorajada a tomar as medidas para satisfazer os requisitos de saúde de indivíduos retardados no planejamento dos seus serviços e instalações de saúde mais amplos.

Como o cuidado dos retardados mentais tem sido tradicionalmente isolado dos centros de educação médica e de enfermagem, é particularmente importante desenvolver instalações que aumentarão o papel de universidades altamente qualificadas na melhoria e prestação de serviços e no treinamento de pessoal especializado. Entre os vários tipos de instalações para as quais subsídios seriam autorizados, a legislação que estou propondo permitirá subsídios de fundos Federais para a construção de instalações para (1) unidades clínicas de internação como parte integrante de hospitais associados a universidades nos quais especialistas em retardo mental serviriam, (2) clínicas de diagnóstico, avaliação e tratamento ambulatorial associadas a tais hospitais, incluindo instalações para treinamento especial e (3) clínicas-satélites em cidades e condados periféricos para a prestação de serviços aos retardados por meio de programas comunitários estaduais e locais existentes, incluindo aqueles financiados pelo Departamento da Criança, nos quais as universidades participarão. Subsídios de 5 milhões de dólares por ano serão fornecidos para esses propósitos dentro das autorizações totais para instalações em 1965, e isso será aumentado para 10 milhões em anos subsequentes.

Tais instalações clínicas e de ensino fornecerão cuidado superior para os retardados e também aumentarão as instalações de ensino e treinamento para especialistas em retardo mental, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas da fala e outros terapeutas. Os fundos para a operação de tais instalações viriam de fontes Estaduais, locais e privadas. Outros programas existentes ou propostos do Departamento da Criança, do Serviço de Saúde Pública, da Secretaria Federal de Educação e do Ministério do Trabalho podem fornecer recursos adicionais para fins de demonstração e para treinamento de pessoal.

Um ataque em grande escala ao retardo mental também requer uma expansão dos serviços de educação especial, treinamento e reabilitação. Devido, em grande parte, à falta de professores qualificados, instrutores universitários, diretores e supervisores, apenas cerca de

um quarto das 1.250.000 crianças retardadas em idade escolar têm acesso à educação especial atualmente. Durante os últimos 4 anos, com apoio Federal, houve alguma melhoria no treinamento de pessoal em posição de liderança. No entanto, professores de crianças deficientes, incluindo os retardados mentais, lamentavelmente ainda são insuficientes em número e treinamento. Como aponte na mensagem sobre Educação, é necessária a implementação de uma legislação para aumentar o número de professores universitários e de professores para lidar com crianças deficientes em sala de aula.

Estou solicitando à Secretaria Federal de Educação que coloque uma nova ênfase na pesquisa sobre o processo de aprendizagem, acelere a aplicação de descobertas de pesquisa em métodos de ensino para os retardados mentais, apoie estudos sobre a melhoria de currículos, desenvolva materiais didáticos e estimule o treinamento de professores especiais.

Programas de treinamento vocacional, emprego de jovens e reabilitação vocacional podem, todos, ajudar a libertar as potencialidades inexploradas de indivíduos retardados mentais. Isso requer expansão e melhoria dos nossos programas de educação vocacional, como já recomendado; e, numa mensagem subsequente, apresentarei propostas para programas necessários para o emprego de jovens.

Atualmente, serviços de reabilitação só podem ser prestados a pessoas deficientes para as quais, desde o início, um potencial vocacional pode ser seguramente estabelecido. Esse requisito exclui frequentemente os retardados mentais do programa de reabilitação vocacional. Recomendo a aprovação de uma legislação para permitir que serviços de reabilitação sejam oferecidos a cada retardado mental por até 18 meses, para determinar se ele tem potencial suficiente para ser reabilitado pela via vocacional. Também recomendo a aprovação de uma legislação que estabeleça um novo programa para ajudar organizações públicas e privadas sem fins lucrativos a construir, equipar e dotar de pessoal instalações de reabilitação e oficinas, oferecendo um apoio específico para os retardados mentais.

As instituições estaduais para os retardados mentais estão mal financiadas, com falta de pessoal e superlotadas. O padrão de atendimento é, na maioria dos casos, tão grosseiramente deficiente que choca a consciência de todos que as veem.

Recomendo a dotação, sob a lei existente, de subsídios de projeto para instituições Estaduais para os retardados mentais, com uma dotação inicial de 5 milhões de dólares a ser aumentada em anos subsequentes para um nível de pelo menos 10 milhões. Tais subsídios seriam concedidos, mediante apresentação de um plano que cumpra os critérios estabelecidos pelo Ministro de Saúde, Educação e Bem-Estar, a instituições Estaduais que se comprometam a elevar a qualidade dos serviços residenciais por meio de demonstração, de pesquisa e de

projetos-pilotos pensados para melhorar a qualidade do cuidado em tais instituições e para fornecer ímpeto ao treinamento em serviço e à educação dos profissionais.

3. Pesquisa

O nosso maior e único desafio nesta área ainda é a descoberta das causas e do tratamento do retardo mental. Para fazer isso, devemos expandir os nossos recursos para a busca e aplicação do conhecimento científico relacionado com esse problema. Isso exigirá o treinamento de especialistas médicos, comportamentais e de outras áreas para dotar de pessoal um esforço crescente. O novo Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano que foi autorizado pelo 87º Congresso já embarcou nessa tarefa.

Para fornecer um foco adicional para pesquisa nos mistérios complexos do retardo mental, recomendo a aprovação de uma legislação para autorizar o estabelecimento de centros de pesquisa em desenvolvimento humano, incluindo o treinamento de profissionais do campo científico. Fundos para 3 de tais centros estão incluídos no orçamento de 1964; finalmente, 10 centros para pesquisa clínica, laboratorial, comportamental e de ciência social devem ser estabelecidos. A importância desses problemas justifica os talentos das nossas melhores mentes. Nenhuma disciplina ou ciência isolada detém a resposta. Os centros devem, portanto, ser estabelecidos numa base interdisciplinar.

Da mesma forma, a fim de promover o desenvolvimento adicional de novas técnicas para a melhoria da saúde infantil, estou recomendando também uma nova autoridade de pesquisa ao Departamento da Criança para realizar pesquisas em saúde materna e infantil e serviços para crianças deficientes.

Porém, mais uma vez, a escassez de mão de obra profissional compromete seriamente tanto os esforços de pesquisa quanto os de melhoria dos serviços. Os números insuficientes de centros de treinamento médico e de enfermagem disponíveis atualmente carecem, com frequência, de um foco clínico nos problemas do retardo mental comparável aos serviços de ensino psiquiátrico relativos ao cuidado dos doentes mentais.

Nós, como Nação, negligenciamos por muito tempo os doentes mentais e os retardados mentais. Essa negligência tem que acabar, se a nossa nação quiser viver de acordo com os seus próprios padrões de compaixão e dignidade e alcançar o uso máximo da sua mão de obra.

Essa tradição de negligência deve ser substituída por programas vigorosos e de longo alcance a serem tocados em todos os níveis de governo, por particulares e por órgãos Estaduais e locais em todas as partes da União. Devemos agir:

- para conceder todos os benefícios da nossa sociedade àqueles que sofrem de deficiências mentais;
- para prevenir a ocorrência de doença mental e retardo mental onde e sempre que possível;
- para fornecer diagnóstico precoce e cuidado contínuo e abrangente, na comunidade, para aqueles que sofrem dessas desordens;
- para estimular melhorias no nível de atendimento prestado aos deficientes mentais nas nossas instituições Estaduais e privadas e para reorientar esses programas para uma abordagem centrada na comunidade;
- para reduzir, ao longo de alguns anos, em centenas de milhares, as pessoas confinadas nessas instituições;
- para manter na comunidade e a ela devolver os doentes mentais e os retardados mentais e lá restaurar e revitalizar as suas vidas por meio de programas de saúde melhorados e de serviços de educação e reabilitação fortalecidos; e
- para reforçar a vontade e a capacidade das nossas comunidades para enfrentar esses problemas, a fim de que as comunidades, por sua vez, possam reforçar a vontade e a capacidade dos indivíduos e das suas famílias.

Devemos promover — na nossa máxima capacidade e por todos os meios possíveis e apropriados — a saúde mental e física de todos os nossos cidadãos.

Para alcançar esses fins importantes, insto que o Congresso tome medidas favoráveis em relação às recomendações precedentes.

JOHN F. KENNEDY