

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Milena Silva Lisboa

**“Diverso do que é”:
negociações sobre o diagnóstico de “doença mental” em
conversações intra-familiares**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2008



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA SOCIAL

Milena Silva Lisboa

**“Diverso do que é”:
negociações sobre o diagnóstico de “doença mental” em
conversações intra-familiares**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mary Jane Paris Spink

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Milena Silva Lisboa

**“Diverso do que é”:
negociações sobre o diagnóstico de “doença mental” em
conversações intra-familiares**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Mary Jane Paris Spink.

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Brasil.

SÃO PAULO
2008

Banca Examinadora

Lisboa, M. S. (2008). “Diverso do que é”: negociações sobre o diagnóstico de “doença mental” em conversações intra-familiares. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Mary Jane Paris Spink.

Linha de Pesquisa: Aportes da Psicologia Social à compreensão de problemas sociais

Resumo

A rotulação social de uma pessoa como “doente mental” é um processo extremamente complexo e controverso que envolve conhecimentos psiquiátricos e concepções sociais acerca do adoecimento psíquico. A história da captura do fenômeno conhecido como “loucura” pela Psiquiatria, junto à análise dos modos como atualmente ainda o abarca e o contém, oferecem subsídios ao exercício proposto por esse trabalho de compreensão da natureza relacional e social do fenômeno nomeado “doença mental”. A Teoria da Rotulação Social considera a “doença mental” como um rótulo construído historicamente, atribuído à pessoa que apresenta comportamentos desviantes, cujas performances rompem com os padrões vigentes de sociabilidade. Por meio de reflexões psico-sociológicas quanto ao processo de identificação de um desvio como “doença mental”, esta pesquisa propõe a análise dos modos como o entorno familiar negocia conversacionalmente sentidos frente aos rompimentos de normas sociais e sua posterior rotulação como “doença mental”. A Teoria da Rotulação Social e a Análise de Conversação oferecem ferramentas teórico-metodológicas para uma abordagem da conversação cotidiana no âmbito da família que atenta para os modos como momentos importantes do processo de rotulação social são tratados conversacionalmente. Foram realizadas entrevistas e “encontros livres” com a família de uma pessoa que havia iniciado há pouco tempo o processo de rotulação social como “doente mental”. A análise destacou os etnométodos utilizados pela família, atentando para os diferentes padrões interacionais construídos dialogicamente pelos participantes da pesquisa quando se referiam aos momentos vividos no processo de rotulação. Os resultados da pesquisa sugeriram que a rotulação social do participante ainda estava em andamento, e, neste processo, a cada dia, novas construções de sentido iam sendo elaboradas pela família em suas interações. Apesar de resistências à rotulação aparecerem com a defesa da “macumba” como rótulo alternativo, processos de patologização de seu sofrimento começaram a ser engendrados a partir de sua aproximação com o rótulo de “depressão”. Essas re-elaborações realizadas *a posteriori* permitiram sugerir que os atores sociais discorrem retroativamente em suas conversações sobre os momentos da rotulação social, reconstruindo-os a cada interação. Tal construção, paulatina e dinâmica, aponta para a importância da conversação para a elaboração de um *self* marcado pelo estigma envolvido com o rótulo de “doente mental” ou, alternativamente, para a elaboração de novas compreensões baseadas na aceitação da diferença e no cuidado.

Palavras-chave: Loucura e doença mental; Rotulação Social, Conversas cotidianas, Interação familiar, Construção social da saúde e doença.

Lisboa, M. S. (2008). “Diverso do que é – Different from what it is”: negotiations on the diagnosis of “mental illness” in intra-family conversations. Master’s Thesis. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Tutor: Mary Jane Paris Spink.

Line of Research: Approaches used in Social Psychology for comprehending social problems.

Abstract

Labeling a person as “mentally ill” is an extremely complex and controversial process, involving social concepts and psychiatric knowledge about “mental illness”. The analysis of the process through which Psychiatry captured, historically, the notion of “madness” and still grasps and encloses it allows us to comprehend the related and social nature of “mental illness”. Labeling Theory considers “mental illness” as a historically constructed label, imputed to those who present deviant behavior, whose performances violate established patterns of sociability. Through psycho-sociological reflections about the recognition process of deviations such as “mental illness”, this research proposes to analyze the ways in which family members conversationally negotiate meaning faced with social rule-breaking and the later labeling process. Labeling Theory and Conversational Analysis offer theoretical and methodological tools to approach daily family conversations, considering how important moments of the social labeling process are dealt with conversationally. Interviews and “free form meetings” were carried out with the family of a person who had recently initiated the labeling process of “mental illness”. The family’s ethno-methods were stressed, pointing out the different patterns of interaction constructed dialogically by the participants when referring to different moments of the labeling process. The results suggest that the social labeling of the participant was still taking place and, within this process, new meanings were elaborated daily by the family in its interactions. Despite resistance to labeling which emerged in defense of “*macumba*” (Afro-Brazilian witchcraft) as an alternative label, the family’s comprehension about his suffering started to be referred to by the label of “depression”, in an approximation of psychiatric comprehension. These *a posteriori* re-elaborations suggest that social actors converse retroactively about social labeling moments, reconstructing meaning at each interaction. Such gradual and dynamic construction points to the importance of conversation in elaborating a *self* marked by the stigma involved in the label of “mentally ill” or, alternatively, to the elaboration of new comprehensions based on the acceptance of differences and care.

Key-words: Madness and mental illness; Social labeling, Everyday talk, Family interaction; Social construction of health and illness.

*Para Wellington, que me ensinou
sobre a vida, o sofrimento e a
superação, e me fez enxergar a
beleza para seguir sempre.*

Agradecimentos

A minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Mary Jane Spink, por todo aprendizado compartilhado, por me introduzir de modo único ao mundo da pesquisa científica, pela amabilidade cotidiana, pelo apoio nas horas mais difíceis, pelo cuidado e proximidade sempre. Pelas reflexões brilhantes, por estar sempre muito à frente nas discussões crítico-filosóficas do Núcleo, nos fazendo questionar nossas certezas e construindo dinamicamente conhecimento de um modo ético e comprometido. Por me ensinar sobre as possibilidades de uma ciência psicológica que se aproxime do cotidiano, do mundo da vida, e que sirva, portanto, para a construção de um mundo mais justo. Por debruçar-se sobre essa pesquisa muito atenciosamente, oferecendo contribuições fundamentais para todo o argumento.

Ao Prof. Dr. Peter Spink, pelas reflexões críticas de seus seminários, me apresentando um outro mundo possível e contribuindo imensamente para minha formação como pesquisadora e como pessoa. E a Juliana Spink, pelo apoio.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Vicentin, por ter sido muito mais do que professora e membro da minha banca. Por ter me permitido conhecer um pouco do campo da Saúde e Saúde Mental em São Paulo, me introduzindo em discussões e redes relacionais que tiveram importantes efeitos em minha trajetória. Por ser tão dedicada e atenciosa e estar sempre disponível para uma conversa, oferecendo muito mais do que sugestões e críticas a essa pesquisa. Pelas aulas e reflexões, que me chamaram a atenção para a complexidade de todo fenômeno social. E por me mostrar que a vida sempre arranja um jeito de escapar às tentativas de normatização.

Ao Prof. Dr. Sílvio Yasui, pelas contribuições fundamentais em meu exame de qualificação; pela atenção e dedicação ao texto e a minha formação como pesquisadora em Saúde Mental.

Aos professores do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP, por todo empenho exigido e pelas aulas ministradas, em especial à Prof^ª. Dr^ª. Fúlvia Rosemberg, pelo imenso aprendizado sobre a construção de conhecimento acadêmico e sobre o necessário posicionamento moral e ético que devemos assumir.

A Marlene, pela ajuda atenciosa com todos os trâmites internos à PUC, apoio inestimável para nossas burocracias cotidianas.

Aos participantes da pesquisa, que me permitiram aproximar e me acolheram em suas casas, construindo junto comigo a possibilidade deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Iara Maria de Almeida e Sousa, por todo apoio desde a iniciação científica e por acompanhar de perto meu trajeto como pesquisadora, trazendo sempre contribuições inovadoras.

Ao Prof. Dr. Marcos Vinícius de Oliveira Silva, por me introduzir teórica e praticamente no campo da Saúde Mental, me apresentando os encantos e dificuldades de trabalhar nessa área. Aos acompanhados do Programa de Intensificação de Cuidados, que me ensinaram mais do que eu mesma pude ajudá-los.

A Universidade Federal da Bahia, pela formação.

A Letícia e Flavinha, minhas amigas maravilhosas, de choros e risadas, irmãs nordestinas que dividiram comigo todas as dificuldades da distância de nossa terra, as saudades, as descobertas; por todas as discussões calorosas sobre a dissertação, as leituras e sugestões; pela felicidade de ter encontrado amizade tão verdadeira.

Aos colegas do Núcleo de Produção de Sentidos e Práticas Discursivas (em especial a Serginho, Jacqueline, Vanda, Vera, Tina, Estevão, Rafaela, Adriane, Mariana, Adriana, Lenise, Alexandre, Isabela, Nina e Elcimar, com quem convivi durante esses anos em debates e conversas entusiásticas e que fizeram dessa pesquisa um trabalho coletivo com a carinha do Núcleo).

A Sara, minha amiga mais paulistana, parceira dos dias felizes e irmã para todas as horas. Por ser amiga, incondicionalmente, por nossos 14 anos de amizade.

Aos amigos de São Paulo que nem acredito ter conhecido, pessoas maravilhosas, que me fazem sentir querida: Fábio Belloni, Renata Costa, Laís Barreto, Alexandre Watanabi, Rafael Olivares, João Conrado Fabri, Ana Carolina Pereira, Marcela Amaral, Marcel Mitsuto.

A Angelo, por ser meu suporte em São Paulo, por ter construído o sonho do mestrado junto comigo, por todos os momentos maravilhosos, pela vida compartilhada, pelo crescimento e apoio incondicional, pelas reflexões, leituras e discussões sobre a dissertação, pela amizade a toda hora, por tudo... À tia Luísa, tio João e Amandinha, pelo apoio e cuidado.

Aos amigos de Salvador, que, mesmo à distância, estiveram sempre comigo para tudo e que fazem parte do que sou hoje: Larissa, Leonardo, Paulinha, Gabriel, Sandra, Aninha e Filipe. Pela amizade mais profunda.

A Fernando, por tudo que as palavras não conseguem exprimir. Por me ajudar a construir a felicidade de outros modos, por me fazer acreditar no futuro e me dar forças para seguir, junto.

Em especial, a minha mãe, Fátima, a meus irmãos, Camila e Danilo, e à Vovika, por acreditarem, por apoiarem sempre e por serem essa família maravilhosa, suporte do que sou, e que me faz tanta falta. A Lau, meu ex-padrasto (padrinho de coração), a meus tios(as) Marcelo, Ana, César e Angela, e aos primos(as) Tuti, Kim, Ana Elise e Analuise, por integrarem essa rede familiar, baseada no afeto, respeito e solidariedade cotidianos, verdadeira partilha de tudo o que é bom.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico [CNPq], pelo investimento em minha carreira como pesquisadora.

Sumário

Apresentação.....	1
Capítulo 1: A construção histórica dos diagnósticos psiquiátricos.....	4
I – A construção da categoria “doença mental” no início da instituição do saber psiquiátrico: processos de legitimação científica.....	5
1. Da “loucura” à “doença mental”: a captura da alteridade nas nosologias e etiologias psiquiátricas.....	5
2. Como produzir uma verdade sobre a “doença mental”? A retomada da noção de crise.....	16
3. A inscrição psiquiátrica no campo das terapêuticas.....	19
4. A sociedade psiquiatrizada: medicalização e reações críticas da Reforma Psiquiátrica.....	24
II – Estado atual da prática e saber psiquiátrico sobre a “doença mental” – a crítica interna ao campo biomédico.....	32
1. Quanto à definição de “saúde” e “doença mental”.....	32
2. Quanto à etiologia.....	35
3. Quanto às nosologias diagnósticas.....	42
4. Quanto às terapêuticas.....	46
Capítulo 2: Desvio, rótulo e estigma: uma aproximação construcionista, interacional e etnometodológica à noção de “doença mental”.....	49
I – Do normal ao patológico: uma proposta de compreensão da “loucura” e “doença mental” discursiva e psico-socialmente orientada.....	50
1. Uma leitura construcionista da “loucura” e “doença mental”.....	51
2. Definições psico-sociológicas de normal, patológico e “loucura/doença mental”.....	55
II – O processo de rotulação do desvio e seus efeitos: a Teoria da Rotulação Social.....	58
1. Para uma teoria do desvio: conceitos fundamentais.....	59
2. A reação da sociedade frente ao desvio.....	63
3. Aceitação do papel de desviante	70
4. A estabilização do rótulo de “doente mental”	74
5. A “doença mental” como desvio da ordem pública.....	78
III – “Doença mental” como produto de práticas discursivas interacionais: uma aproximação etnometodológica.....	79

Capítulo 3: Considerações metodológicas.....	83
I – Reflexões éticas e procedimentos metodológicos.....	83
1. A ética na pesquisa psicossocial.....	83
2. O contato com o campo da pesquisa.....	85
II – Apresentação dos participantes:.....	89
O caso Iago.....	89
III – Procedimentos analíticos.....	91
Categorias de análise da rotulação social.....	92
 Capítulo 4: Desconfianças e negociações no início da construção do rótulo de “doente mental”	94
1. Rompimentos Residuais.....	94
2. Tolerância da comunidade, Poder do transgressor, Distância social do transgressor dos agentes do controle social.....	109
3. Disponibilidade de rótulos alternativos.....	114
4. Severidade da reação social.....	121
5. Crise pública.....	122
6. Estereótipos (aprendidos na infância ou em circulação).....	132
7. Dicas de pessoas significantes para identificação do desvio.....	138
8. Sugestionabilidade do desviante.....	143
9. Compatibilidade de termos do desviante de seu entorno.....	145
10. Atuação do desviante de acordo com as expectativas sociais.....	146
11. Incorporação do papel de “doente mental”.....	150
12. Diminuição do autocontrole.....	157
13. Estigmatização / Segregação.....	168
 Capítulo 5: Discussão e considerações finais.....	169
 Referências Bibliográficas.....	184
 Anexos.....	CD
I – Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.....	1
II – Anexo 2: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.....	2
III - Anexo 3: Termo de Consentimento Informado.....	5

IV – Anexo 4: Transcrições das entrevistas e encontros com a família de Iago.....	7
V – Anexo 5: Tabelas para categorização da rotulação social de Iago.....	92

Sumário de figuras

Figura 1. Sistema de amplificação/estabilização de desvios.....	77
Figura 2: Quadro com categorias de análise.....	92

Lista de códigos de transcrição

Sinais	Significados
:::	Alongamento de vogal
Palavras-ligadas-com-hífen	Dicção truncada entre palavras
<u>Palavra sublinhada</u>	Ênfase
= =	Falas contínuas entre diferentes interlocutores
↓	Diminuição de entonação ou volume de voz
↑	Aumento de entonação ou volume de voz
(2.3)	Tempo de pausa entre falas ou na própria fala de mais de 0.5s
....	Pausa na própria fala de até 0.5s
(...)	Corte de um trecho transcrito
/	Interrupção pela fala feita por si mesmo (retificação) ou por outro interlocutor
*	Palavra incompreendida
**	Trecho incompreendido
“ ”	Citação de fala (por ex. ela disse “vou embora”)
	Falas conjuntas
(())	Comentários de transcrição
()	Falas confirmatórias do interlocutor, por ex. (M: Hum hum.)
[]	Supostas palavras ouvidas com dificuldade

Apresentação

A presente pesquisa tem como campo de interesse o estudo da natureza discursiva e das negociações políticas envolvidas na construção da “loucura/doença mental” como realidade sócio-histórica e suas implicações para a vida cotidiana das pessoas. Antes de tudo, entretanto, é importante ressaltar que a reflexão sobre os fenômenos nomeados “loucura” e “doença mental” enfrenta uma dificuldade no que concerne aos repertórios lingüísticos utilizados nessa arena de conhecimentos. As linguagens cotidiana e científica carregam uma história social dos modos como tais fenômenos foram construídos, geralmente apresentando conotação pejorativa. A noção de “doença mental” (principal foco deste trabalho), provinda da Psiquiatria e difundida nas comunidades, traz dificuldades no tratamento teórico e reflexivo aqui proposto, uma vez que parte da constatação de um desvio considerado realisticamente como individual e de natureza biológica. Os termos “loucura” e “doença mental”, assim como todos os diagnósticos psiquiátricos, serão usados entre aspas de forma a marcar nosso distanciamento frente aos modos de uso de tais repertórios da sociedade e da Psiquiatria. As aspas nos permitem afastar dos modos como tais fenômenos, de caráter desviante, foram discursivamente construídos e ainda são utilizados no âmbito da sociedade e da ciência psiquiátrica, tratando de modo crítico os sentidos nativos e psiquiátricos que se construíram ao longo da história. Contudo, não invalidamos o sofrimento sentido pelas pessoas assim rotuladas, entendendo que este apresenta dimensões existenciais que dizem respeito ao seu modo de viver no mundo e sua relação com as pessoas, o ambiente e a sociedade a sua volta.

O presente trabalho insere-se na tradição construcionista de pesquisa e tem como objetivo compreender o processo de construção do rótulo de “doente mental” realizado no âmbito familiar. Uma leitura construcionista da compreensão familiar de um membro como “doente mental” necessariamente tem como fundamento a investigação sobre os processos de interação familiar, mais especificamente os modos como são elaboradas novas construções discursivas pela família em interação com outros significativos (vizinhos, comunidade, amigos, instituições religiosas e

médicas, etc.). A linguagem cotidiana, eminentemente interativa, é considerada matriz para a construção de imagens de si, fundamental para que as pessoas forjem suas identidades, seus *selves*. A análise da construção de um *self* marcado pelo rótulo de “doente mental” requer uma aproximação com a dialogia envolvida nos primeiros momentos de tal construção. Para tanto, a presente pesquisa parte da análise de relatos sócio-familiares sobre tal processo realizados em entrevistas e encontros com uma família ainda no início da construção do rótulo de “doença mental” junto a um serviço de Saúde Mental.

Antes da apresentação dos primeiros resultados, será exposta, no primeiro capítulo, uma crítica à noção de “doença mental” construída pela Psiquiatria, em perspectiva histórica, política e epistemológica. O segundo capítulo é dedicado à exposição da perspectiva construcionista que orienta a compreensão sobre o fenômeno chamado “loucura/doença mental”, assim como da perspectiva da Teoria da Rotulação Social, principal orientadora da compreensão acerca da importância das diferentes reações sociais na construção dos destinos sociais de pessoas que começam a ser delineados por referência ao este rótulo. Tal teoria oferece o aporte necessário para uma análise interacionista que articule os aspectos sociológicos mais amplos difundidos nas comunidades e encontrados no processo de rotulação com a perspectiva dos atores sociais diretamente envolvidos, em análise micro-sociológica das interações conversacionais no âmbito familiar.

O terceiro capítulo é destinado à apresentação das considerações metodológicas, incluindo reflexões éticas do fazer pesquisa, o desenho metodológico utilizado e a apresentação dos participantes da pesquisa. A análise do caso familiar será realizada no capítulo quatro a partir da perspectiva da Análise de Conversação, com suas ferramentas analíticas para a compreensão das interações dialógicas, integrada à abordagem teórico-conceitual da Teoria da Rotulação Social. A análise sociológica contextual do processo de rotulação social é assim articulada, neste capítulo, com a análise micro-sociológica discursiva dos étno-métodos envolvidos na conversação cotidiana intra-familiar (Garfinkel, 1967).

A discussão dos resultados e as considerações finais serão apresentadas no capítulo cinco, quando será realizada articulação entre os resultados encontrados para cada uma das categorias teóricas construídas a partir dos principais momentos do

processo de rotulação social, atentando para uma visão mais integrada das construções discursivas e interacionais envolvidas nas negociações dialógicas familiares acerca da construção dos rótulos relacionados à experiência de “sofrimento mental”. Neste capítulo também serão apresentadas reflexões éticas do fazer pesquisa e as implicações da pesquisadora no próprio processo de rotulação, no tempo vivido de trocas dialógicas e construção de sentidos junto à família em análise. Além disso, serão apresentadas as principais contribuições da pesquisa quanto à articulação entre a Teoria da Rotulação Social e a Análise de Conversação, aproximando a construção do conhecimento acerca dos processos de saúde e “doença mental” das elaborações cotidianas familiares, importante ferramenta para a compreensão deste processo tão complexo e multifacetado, de interesse tanto teórico-científico (na arena da academia como construtora de conhecimentos), quanto prático-vivencial (no âmbito do desenvolvimento de dispositivos e terapêuticas pela rede de serviços e cuidados à Saúde Mental). Por fim, o método utilizado e os resultados conseguidos serão problematizados, assim como serão apresentados os limites e desafios desta abordagem frente ao fenômeno da saúde-“doença mental”.

Os anexos, contendo as transcrições das entrevistas, as tabelas analíticas e o termo de consentimento informado, encontram-se em CD-ROM (de acesso restrito).

Capítulo 1

A construção histórica dos diagnósticos psiquiátricos

Frente à inevitável e dinâmica história de construção de sentidos acerca da “loucura/doença mental”, esse capítulo, com propósito contextual, pretende abordar o processo de construção discursiva de tais noções, considerando seus aspectos políticos. Esta análise fundamenta a crítica à medicalização do fenômeno chamado “loucura” e pretende deslocar o enraizamento desta noção da categoria de doença da Medicina. Com o objetivo de controverter a naturalização de tais fenômenos, propomos duas frentes de reflexão, uma pautada na história do saber psiquiátrico e a outra no estado atual do conhecimento psiquiátrico acerca dos diagnósticos de “doença mental”.

A primeira frente de reflexão pretende resgatar a história dos modos pelo qual o fenômeno nomeado “loucura” foi, séculos depois, compreendido como “doença mental” pela Psiquiatria. Aqui, é realizada crítica ao processo mais amplo de medicalização da vida e patologização da sociedade testemunhado pelos séculos XVIII, XIX e XX. A segunda frente de reflexão, caracterizada pelo olhar atual sobre o fenômeno, contribui apresentando as arbitrariedades nos modos como, ainda hoje, a Psiquiatria concebe a “doença mental” como parte de uma estratégia para a legitimação de seu projeto como ciência. A história da captura do fenômeno conhecido como “loucura” pela Psiquiatria junto à análise dos modos como atualmente ainda a abarca e a contém podem oferecer subsídios ao exercício proposto por esse trabalho de compreensão da natureza relacional e social do fenômeno nomeado “doença mental”, a ser aprofundado no capítulo 2.

Nossa análise histórico-política sobre o pensamento psiquiátrico fundamenta-se, primordialmente, na obra de Michel Foucault sobre os modos como a Psiquiatria, desenvolvida na sociedade ocidental européia nos séculos XVIII e XIX, capturou, sob o rótulo de “doença mental”, a noção de “loucura” dispersa nas sociedades. A análise seguirá os passos do método da arqueologia do saber a respeito do objeto “loucura/doença mental” e da genealogia do poder psiquiátrico.

Em seguida, no que intitulamos segunda frente de reflexão, trataremos da controvérsia atual acerca da pertinência do olhar psiquiátrico em seus aspectos nosológicos e etiológicos, além da ênfase dada ao tratamento medicamentoso. Para tanto, apresentaremos o pensamento de alguns autores (muitos deles filiados à *British Psychological Association*) que estão inseridos nos modos de produção de conhecimento da Biomedicina e questionam a legitimidade da Psiquiatria enquanto produtora de conhecimento sobre a “doença mental”.

I – A construção da categoria “doença mental” pelo saber psiquiátrico: processos de legitimação científica

1. Da “loucura” à “doença mental”: a captura da alteridade nas nosologias e etiologias psiquiátricas

Um estudo histórico sobre as condições sociais de emergência da Psiquiatria e dos modos como a “loucura” foi compreendida através dos tempos na sociedade ocidental (partindo desde a Idade Média) permite ressaltar as mudanças na sensibilidade da sociedade à “loucura” e suas formas de tratamento (Foucault, 2004). Nossas reflexões seguirão a história dos discursos e imagens da “loucura”, tratando das práticas econômicas e políticas que as circunscrevem e delimitam, como proposto por Foucault (2004).

Antes do advento da Psiquiatria como ciência, fundada sob a égide de curar os “alienados mentais”, pessoas consideradas “loucas” vagavam pelas ruas de forma mais livre. Segundo Foucault (2004), somente nos séculos XVI e XVII, a “loucura” tornou-se alvo de intervenções dos Estados Nacionais recém-criados. A sensibilidade social a pessoas que não compartilhavam de pactos comunitários, comumente chamadas de “loucas”, foi aguçada diante de sua não produtividade e afastamento dos trabalhos remunerados, fundamento das economias nacionais.

A nova sensibilidade social frente aos “loucos” começou a tratá-los diferencialmente, relacionando-os (moralmente) com criminosos e doentes venéreos

em fins do século XVI. Tal ligação moral foi responsável pela segregação e punição da “loucura” no começo da internação nos séculos XVI e XVII (Foucault, 2004). O ano de 1656 é tido como marco histórico, com a inauguração do primeiro hospital geral da França, que abrigou todo tipo de pessoa que deveria ser confinada e desprovida de contato social.

No início deste período, chamado por Foucault (2004) de “internação geral”, as lógicas familiar e religiosa ditavam quem deveria ser institucionalizado, confinando a sexualidade, a “libertinagem”, a homossexualidade, o suicídio, a magia, o ateísmo... Dessa forma, a todos os indivíduos considerados marginais às atividades humanas normatizadas (produção econômica, reprodução da sociedade, linguagem e atividades lúdicas e sociais), o olhar institucional se voltou para instituir a exclusão, sem qualquer intenção curativa (Foucault, 2004). As palavras de Du Camp, médico do início do século XIX, podem exprimir como eram constituídos os hospitais gerais dessa época:

O que era em Bicêtre, nessa época, não se pode imaginar; era o cárcere da Idade Média naquele que ele tinha de mais terrível; era de vez uma masmorra, uma casa de correção, uma penitenciária, um hospital: assassinos, devassos, doentes, indigentes, aleijados viviam misturados na mais espantosa promiscuidade; numa palavra, era uma cloaca (Du Camp, citado por Birman, 1978, p. 6).

Essa nova instituição, constituída pelo desenvolvimento da prática asilar, foi anterior a discursos de verdade sustentados em saberes médicos ou jurídicos. Foi a partir da exclusão moral das pessoas consideradas “loucas” que uma nova concepção de “loucura” começou a ser forjada nas relações da sociedade com os grandes asilos. A “loucura” começou a ser entendida como irrupção de força, como falha na vontade, como paixão. Os asilos gerais ganharam nova função moral e disciplinar: domar tal irrupção de força. Dois séculos adiante, tal função foi estendida aos hospitais psiquiátricos.

A prática do internamento [em hospitais psiquiátricos] no início do século XIX coincide com o momento em que a loucura é percebida menos em relação ao erro do que em relação à conduta regular e normal, em que ela já não aparece como juízo perturbado, mas como distúrbio na maneira de agir, de querer, de experimentar paixões, de tomar decisões e ser livre; em suma, quando não se

inscreve mais no eixo verdade-erro-consciência, mas sim no eixo paixão-vontade-liberdade; momento de Hoffbauer e de Esquirol (Foucault, 2006, p. 443).

O modelo disciplinar da internação geral, que pressupunha o “tratamento” a partir da submissão, foi aplicado à nova casa de internamento de pessoas consideradas “doentes mentais”. O desacorrentamento dos “loucos”, protagonizado por Pinel em Bicêtre em 1792, e a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos, no início do século XIX, estavam orientados pelo norte da submissão da “loucura” e não por qualquer prática de acolhimento humanizado e tratamento especializado. É interessante notar, como salienta Foucault (2004), que o aparente ato de liberdade proporcionado por Pinel não era destinado propriamente aos “alienados mentais”, mas às outras pessoas que compartilhavam de sua “doença” em ambiente fechado.

Essa reflexão, entretanto, colide com uma interpretação psiquiátrica que durante muitos anos foi reafirmada por autores de tal campo ainda emergente: durante sua história de legitimação como campo científico, o desacorrentamento dos “loucos”, realizado Pinel, foi constantemente reafirmado pela Psiquiatria como um ato inaugural que “teria libertado os insensatos de séculos de incompreensão e de maltratos, rompendo com a tradição demológica da loucura e configurando-a como doença mental” (Birman, 1978, p. 1). Esse momento, chamado por Castel (1978) de *primeira revolução psiquiátrica*, caracteriza-se pela separação da “loucura” em aparatos institucionais específicos, inaugurando o campo de saber-poder médico sobre a “alienação mental”.

A instauração de regimes de verdade psiquiátricos acerca da “doença mental” desenvolveu-se à reboque das terapêuticas morais iniciadas com a grande internação geral do século XVII (Foucault, 2006; Castel, 1978). Os diagnósticos usados pela Psiquiatria e suas considerações acerca de possíveis etiologias, anátomo-patologia, curso das doenças, prognósticos e cura foram desenvolvidos à medida que exigências científicas eram feitas para sua inscrição no campo da Medicina.

À instituição psiquiátrica, recém-criada, cabia restaurar e adaptar condutas aos modos de vida normativos da sociedade da época¹. Para Foucault (2004), a aliança

¹ O conceito de norma social será desenvolvido no capítulo 2.

do hospital psiquiátrico, como instituição, com a norma social tinha como função manter o *status quo*, o qual refletia, na sociedade do século XIX, a lógica do trabalho, da sexualidade reprimida e da religião (com a Reforma Protestante e a Contra-reforma). A percepção social da “loucura” como desorganização da instituição familiar, desordem social e perigo para o Estado foi a demanda ou pressão social necessária para o desenvolvimento da consciência médica sobre a “doença mental” (Castel, 1978). A Medicina, ciência de respeitado prestígio acadêmico, foi assaz necessária para justificar, com a credibilidade científica, o ato de exclusão que cabia aos “loucos”, já institucionalizado pela justiça penal da época. A consciência médica sob a “doença mental” foi produto da necessidade social de “tratá-la” (excluindo-a), o que pode revelar a função de controle social da Psiquiatria (Foucault, 2004).

No início do processo de institucionalização da Psiquiatria no campo médico, um primeiro postulado teórico fez-se necessário: a consideração da “doença mental” como uma essência, à semelhança das doenças físicas; uma entidade específica indicada pela manifestação de sinais e sintomas próprios. A doença, nesse caso, é interna, anterior à manifestação de sintomas e sinais. Outro postulado, naturalista, considerava que a “doença mental” continha unidades diferentes relativas a cada grupo nosológico. Dessa forma, apesar da pluralidade de sintomas, cada grupo nosológico (como o grupo das “psicoses” *versus* o grupo das “neuroses” *versus* o grupo das “demências”) era definido por suas características permanentes, e era dividido em sub-espécies (no caso da “psicose”, as sub-espécies “esquizofrenia”, “psicose maníaco-depressivo”, etc.). A essência natural, suposta por tais postulados, garantiria o tratamento da “doença mental” de modo semelhante à doença física, configurando o que Foucault (1975) chama de “paralelismo abstrato” entre a Psiquiatria e a Medicina Geral, entre a “doença mental” e a física.

Na empreitada de constituição como discurso científico, a Psiquiatria necessitava desenvolver dois tipos de discurso como garantia de sua verdade científica: o nosológico e o etiológico. Cabia a essa “Medicina Mental” decifrar a essência das “doenças mentais”, sendo para isso necessária a constituição de uma sintomatologia e nosologia específicas, paralelas à estrutura conceitual da patologia orgânica. Nessa campanha, era necessário instituir correlações constantes entre

manifestações de superfície – sinais e sintomas –, consideradas mórbidas, e tipos de “doença mental”, consideradas profundas ao organismo, internas. Como exemplo, podemos citar as alucinações auditivas consideradas sintomas da “psicose delirante”, ou a confusão mental considerada sinal de “demência”.

Nesse intento, cabia ao discurso nosológico a precisão do processo diagnóstico em todo o campo de Medicina. As nosologias possuem papel central na definição das linhas de ação médicas, determinando diferencialmente cada entidade nosológica e permitindo o diálogo compartilhado entre os médicos e a acumulação de conhecimentos sobre cada uma delas. Diagnosticar é uma tarefa comparativa, onde médicos, diante de pessoas com diferentes fenômenos físicos, perguntam-se em qual dos padrões ou conjunto de regularidades já observadas por pesquisadores tais fenômenos encaixam-se ou se tais padrões observados configuram-se como novos (Boyle, 1990).

Esses conjuntos de regularidades são considerados síndromes, que possuem sintomas e sinais que ocorrem juntos em um padrão não fortuito. Para o campo médico geral, os *sintomas* têm diversas características: (1) geralmente são avaliados por meio do relato verbal, já que não podem ser observados diretamente, (2) a confiabilidade dessas observações relatadas é baixa, (3) são sobredeterminados, contendo diversos antecedentes e causas possíveis. A identificação de um grupo de sintomas em uma pessoa teoricamente aumenta a chance de identificação de um grupo semelhante em outras pessoas (Albee, & Joffe, 2004).

É necessário, segundo Boyle (1990), demonstrar como tais agrupamentos putativos estão associados com eventos independentes mensuráveis, os *sinais*. Sinais (como a febre nas infecções) possuem alto grau de confiabilidade para os critérios médicos, já que não dependem do relato do paciente. E, apesar de sinais também serem sobredeterminados, considera-se que o número de antecedentes é menor do que os sintomas. Assim, associações entre sintomas e sinais que co-ocorrem em síndromes são tornadas possíveis através de teorias que, mesmo sendo especulativas e interpretativas, devem ser consideradas plausíveis e compreensíveis (Dalgalarondo, 2000). As síndromes não definem as causas do fenômeno descrito por elas, não são explicativas; constituem apenas conjuntos momentâneos e

recorrentes caracterizados descritivamente. Já as entidades nosológicas são consideradas

doenças ou transtornos específicos, os fenômenos mórbidos nos quais se podem identificar (ou pelo menos presumir com certa consistência) determinados *fatores causais* (etiologia), um *curso* relativamente homogêneo, *estados terminais* típicos, *mecanismos psicológicos e psicopatológicos* característicos, *antecedentes genético-familiares* algo específicos e *respostas a tratamentos* mais ou menos previsíveis (Dalgalarondo, 2000, p. 21, grifo do autor).

Em doenças orgânicas, os sinais são considerados marcadores objetivos usados para identificar ou confirmar a presença de doenças específicas, a serem procurados no corpo por meio de tecnologias ou processos sensórios. A maioria das “doenças mentais” não possui sinais como parte de seu agrupamento de eventos utilizado em seus diagnósticos. Configuram-se, portanto, como agrupamentos de sintomas, que em muitos casos, não possuem dados suficientes para garantir sua co-ocorrência em padrões não fortuitos (Boyle, 1990; Dalgalarondo, 2000). Portanto, a chance de identificação de sua ocorrência posterior em outras pessoas fica fragilizada, uma vez que não é objetiva o bastante para os critérios da ciência médica e pode depender de processos diagnósticos inferenciais.

No campo das nosologias, a Psiquiatria descreveu a “loucura” como uma série de “doenças mentais”, à semelhança do discurso clínico geral. Recorreu, para isso, à classificação por meio de sintomatologias específicas, evoluções próprias e prognósticos, reatualizando discurso muito antigo, desenvolvido pela Filosofia Clássica, de caráter descritivo, sobre categorias de “loucuras”.

Pessotti (1995, 2001), analisando a trajetória histórica do conceito de “loucura” e seus derivados, desde Hipócrates, na Antiguidade Clássica, até a atualidade, observa que o conceito de “loucura” varia pouco, mas o número de espécies e sub-espécies atribuídas a ela varia muito, principalmente a partir da institucionalização da Psiquiatria como ciência no séc. XVIII. O mais impressionante é a constatação de que a criação e as mudanças nos nomes de determinadas “enfermidades”, como a “mania” e a “melancolia”, muitas vezes não refletem avanços no nível de compreensão psiquiátrica sobre o fenômeno, mas somente preferências e disputas

pessoais e políticas entre autores. Em sua análise sobre o empreendimento psiquiátrico de compreensão da “doença mental” e suas sub-espécies, Pessotti (2001) relata que

na confusa situação da nomenclatura psicopatológica, parece que até a mera antinomia exerce alguma influência na produção dos sistemas classificatórios. (...) Na verdade, a natureza mesma das espécies parece escapar ao conhecimento. E, sem o conhecimento da natureza das formas de loucura (e da própria loucura, genericamente entendida); sem poder especificar os fatores etiológicos das diferentes manifestações da alienação, restam os critérios sintomáticos, e as divisões formais, ou “artificiais” (p. 220).

Questionamentos aos pressupostos do paralelo entre doenças físicas e “mentais” começaram a ser desenvolvidos somente no século XX. Thomas Szasz, importante teórico da anti-psiquiatria, defendeu insistentemente que o termo “doença mental” só pode ser entendido como metáfora, uma vez que enfermidades e doenças só podem afetar o corpo e o cérebro, e não a mente, conceito abstrato, de pouca precisão científica. Para ele, existem apenas doenças cerebrais, a serem estudadas pela Neurologia, única representante das ciências médicas.

Os sintomas mentais, que seriam supostamente as manifestações das “doenças mentais”, são organizados arbitrariamente em categorias diagnósticas que não conseguem determinar aspectos fisiológicos, funcionais ou anatômicos utilizados nas definições de todas as outras doenças estudadas pela Medicina. O termo “doença mental” é utilizado, segundo Szasz (1977), para a identificação ou descrição de aspectos “anormais” da *personalidade* das pessoas, segundo critérios morais. Em suas palavras,

na prática médica, quando falamos de distúrbios físicos, pensamos ou em sinais (por exemplo, a febre) ou sintomas (por exemplo, a dor). Falamos de sintomas mentais, por outro lado, quando nos referimos às comunicações do paciente consigo próprio, com os outros, com o mundo que o rodeia. O paciente pode afirmar que é Napoleão, ou que está sendo perseguido pelos comunistas; estes seriam sintomas mentais somente se o observador não acreditar que o paciente seja Napoleão, ou que esteja sendo perseguido pelos comunistas. Isso torna evidente que a afirmação de que “X é um sintoma mental” implica fazer um

juízo que traz a comparação oculta entre as idéias, conceitos ou crenças do paciente e as do observador e da sociedade em que vivem. A noção de sintoma mental está, desse modo, intrinsecamente ligada ao contexto social e particularmente ético no qual é elaborada, assim como a noção de sintoma físico está ligada a um contexto anatômico e genético (Szasz, 1977, p. 21).

Afiliação às críticas etnopsiquiátricas desenvolvidas a partir dos anos de 1940, Albee e Joffe (2004) defendem que os sinais e sintomas das doenças físicas são encontrados de modo muito similar nas pessoas, independente das culturas em que se inscrevem, enquanto que os sintomas das “doenças mentais” são relativos às culturas, já que alguns comportamentos e sentimentos são considerados sintomas de doença em algumas culturas e não em outras (como a competitividade considerada normal nos EUA e anormal em algumas culturas orientais).

Para expor como a Psiquiatria utiliza critérios normativos para definir os sintomas (socialmente distônicos) agrupados em síndromes sob o rótulo de “doença mental”, Albee e Joffe (2004) discutem o caso da homossexualidade, que em 1973 deixou de ser considerada doença pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM] (proposto pela *American Psychiatric Association*), e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID] (elaborada pela Organização Mundial da Saúde [OMS]), tornando-se o maior caso de “cura maciça” da humanidade (apesar de muitas associações psiquiátricas de diversos países ainda a considerarem “distúrbio mental”). A Assembleia Geral da OMS, em 1990, retirou a homossexualidade da sua lista de “doenças mentais”, declarando que “a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão” e que os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura da homossexualidade. É importante ressaltar que tal consideração não partiu das associações médicas ou de “progressos” na compreensão da natureza da homossexualidade pela ciência médica e psiquiátrica, mas foi resultado da pressão dos movimentos sociais em defesa de seus direitos e da aceitação social, fundamentando sua luta na defesa do caráter moral com que eram concebidos pela Medicina como “doentes mentais”. Albee e Joffe (2004) utilizam também o exemplo da “insanidade moral”, categoria criada em 1835 por Prichard para justificar o encarceramento de mulheres que engravidaram fora do casamento

em plena época vitoriana, generalizando a concepção de “mania sem delírio” criada por Pinel.

Seguindo os passos do paralelismo abstrato, outra noção cara ao projeto de legitimação psiquiátrica foi a de *totalidade orgânica*. Tal noção permitia à Medicina uma abordagem do organismo humano como um todo, possibilitando o conhecimento dos efeitos de determinada patologia (como a diabetes) a todo o corpo. A totalidade orgânica foi preconizada a partir da descoberta dos centros de regulação hormonal e do papel do sistema nervoso na condução nervosa no século XVIII (Foucault, 2006) e não demorou muito a ser fagocitada pela emergente Psiquiatria. A noção de totalidade psicológica, paralela à totalidade orgânica, permitiu considerar a “doença mental”, no início da institucionalização da Psiquiatria, como “alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento: só teria realidade e sentido no interior de uma personalidade estruturada” (Foucault, 1975, p. 14). Ao definí-las, então, como distúrbio da personalidade, duas grandes categorias de “doença mental” foram propostas: as “psicoses” e as “neuroses”. A distinção clássica entre “psicoses” e “neuroses” seguiu a separação da Filosofia Clássica, que dispunha de um lado comportamentos “maníacos” (ou “loucura alegre” – caracterizada por estados eufóricos e delirantes, descritos por referência a experiências hiper-sensórias, como alucinações e delírios de grandeza, e pela falta de juízo crítico frente ao caráter patológico de tais experiências) posteriormente relacionados à categoria psicose, e, de outro, comportamentos “melancólicos” (ou “loucura triste” – caracterizada por estados depressivos, descritos por referência à tristeza generalizada, suicídio, etc. e com certo grau de consciência frente ao estado mórbido), relacionados posteriormente à categoria neurose (Pessotti, 1995). No campo da “psicose”, a história da Psiquiatria foi testemunha de uma proliferação de sentidos do termo, cuja descrição atual do DSM-IV (4ª edição) deixa clara a ambigüidade encontrada ainda nos dias atuais:

o termo *psicótico* tem recebido, historicamente, diversas definições diferentes, nenhuma conquistando aceitação universal. A definição mais estreita de *psicótico* está restrita a delírios e alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de *insight* para a sua natureza patológica. Uma definição levemente menos restritiva inclui também alucinações proeminentes que o

indivíduo percebe como sendo experiências alucinatórias. Ainda mais ampla é a definição que também inclui outros sintomas positivos da Esquizofrenia (isto é, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). Diferentemente, dessas definições baseadas em sintomas, a definição usada em classificações anteriores (por ex. DSM-II e CID 9) provavelmente era demasiado abrangente e focalizada na gravidade do prejuízo funcional, de modo que um transtorno mental era chamado de “psicótico” se resultava em “prejuízo que interfere amplamente na capacidade de atender às exigência da vida. Finalmente, o termo foi conceitualmente definido como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste de realidade (DSM-IV, 1995, p. 263, grifo do autor).

De modo geral, as “psicoses” foram definidas como alterações globais na personalidade, envolvendo distúrbios no pensamento, na vida afetiva, no controle da consciência, no senso crítico, etc. Nas “neuroses”, apenas um “setor” da personalidade é atingido, permanecendo intacto o fluxo do pensamento e a lucidez frente a seu estado anormal. “A personalidade torna-se, assim, o elemento no qual se desenvolve a doença, e o critério que permite julgá-la é ao mesmo tempo a realidade e a medida da doença” (Foucault, 1975, p. 15). Porém, ao contrário do que acontece na patologia orgânica, a Psiquiatria, mesmo recorrendo a outros tipos de saberes (como a Psicologia), não consegue determinar os efeitos de determinado “dano” ao conjunto da personalidade, não permitindo a operação de abstração realizada no caso da Medicina Geral, que consegue individualizar aspectos patológicos e relacioná-los ao seu efeito no organismo como um todo (como os efeitos de pouca cicatrização da diabetes encontrados em diversas partes do organismo).

O segundo critério necessário para a inscrição psiquiátrica no campo médico, o discurso etiológico, foi e ainda é alvo de grande especulação, porém não se constituiu como uma arena profícua de descobertas médicas. Será, portanto, tratado aqui de forma mais sucinta. Tal discurso, quando aplicado à “doença mental”, era extremamente necessário para a legitimação da Psiquiatria como ciência médica, e apoiava-se, no século XVIII e início do XIX, no saber da Anátomo-patologia, fundamentada na busca de correlatos orgânicos subjacentes, como lesões neurológicas e mau funcionamento da fisiologia cerebral (Foucault, 2006).

Ademais, tal discurso tinha raízes históricas na Filosofia Clássica. A história antiga dos conhecimentos acerca da “loucura”, iniciada com os estudos de Hipócrates, propunha uma agenda de pesquisa retomada pela Psiquiatria no início de sua constituição: o desarranjo da economia humoral como causa da “loucura”. Tal saber preconizava dois agentes causais específicos responsáveis pela alteração do encéfalo, a ação da bÍlis e da fleuma, que causavam respectivamente a “loucura alegre” e “triste”, em suas formas de “mania” e “melancolia”. No século XVIII e XIX, a hipótese do desequilíbrio humoral foi reapropriada de modo a coadunar com a busca por órgãos profundos lesionados, o que levou a diversas explorações psiquiátricas sobre possíveis causas da “doença mental”, desde inflamações dentárias, a problemas circulatórios e envenenamentos.

Nesse ínterim, Kraepelin dividiu as etiologias em duas classes: *endógenas* e *exógenas* (Pessotti, 1995). Entre as causas exógenas estavam as infecciosas, por envenenamento, tireóideas, paralíticas e por encefalopatias. Entre as formas endógenas, tinha papel fundamental a constituição biológica, que predispunha à “doença mental”, de base hereditária e degenerativa. Tal divisão entre classes de etiologia seguiu na história da Psiquiatria e ainda é presente nos dias atuais. Ênfases diferenciadas foram realizadas por diferentes autores no decorrer dos anos a aspectos exógenos e endógenos, sendo os últimos mais privilegiados à medida que a Medicina começou a descobrir os mecanismos de hereditariedade e a desenvolver o campo da Genética Biomolecular. Anterior aos saberes genéticos, entretanto, Étienne Georget, em sua tese de doutorado realizada no ano de 1820, instaurou um primeiro debate sobre as causas orgânicas e morais da “doença mental” (Foucault, 2006). Nesse contexto, duas posições estabeleceram-se: os partidários do organicismo e os partidários da escola psicológica (Birman, 1978). Esse debate continuou durante todo o século XIX e estende-se aos dias atuais, a ser desenvolvido na segunda sessão deste capítulo.

Diante das poucas evidências anátomo-patológicas conseguidas pela Psiquiatria, a defesa da verdade de seu discurso fundamentou-se na detenção dos critérios de verdade da Medicina Geral e não do conteúdo: ou seja, não haviam estudos que comprovassem ou “descobrissem” determinadas causas para cada uma das nosologias (Birman, 1978).

2. Como produzir uma verdade sobre a “doença mental”? A retomada da noção de crise

Para compreender como a elaboração de discursos nosológicos e etiológicos constituiu-se de modo superficial na Psiquiatria, propomos a análise dos modos como os critérios de verdade foram desenvolvidos e transformados na Medicina Geral, e enfim adotados pelo saber psiquiátrico, a luz do paralelismo abstrato entre a doença orgânica e a “doença mental” de que falamos anteriormente (Foucault, 2006).

A construção de discursos sobre as doenças na Medicina Geral, a princípio, necessitava da crise como um acontecimento que permitia chegar à verdade da doença. Considerada como analisador primordial pela Medicina, a noção de crise da doença acabava por exigir uma gestão e um saber especializados, tornando possível legitimar-se na arena científica.

A partir do desenvolvimento da Anatomia Patológica no século XVIII e da emergência da Epidemiologia como vigilância de grandes populações, a noção de crise e a análise da superfície individual da doença aos poucos vão sendo abandonadas pela Medicina Geral. A Anatomia Patológica preconizava a busca de correlatos orgânicos e profundos das doenças, considerados foco da intervenção médica, saber conquistado fundamentalmente com a manipulação de corpos autopsiados anônimos e sem história. A Epidemiologia tratava das condições de salubridade das populações, focando nas causas externas e sanitárias das doenças comunitárias, saber conquistado com o esquadrinhamento das grandes populações permitido pela difusão de dispositivos disciplinares de individualização de corpos e vigilância geral de grupos populacionais (Foucault, 1987). A verdade, a partir desse momento, passou a necessitar de demonstração, baseada na exposição continuada de correlatos orgânicos ou fatores sanitários responsáveis pelo desenvolvimento ou expressão das doenças a nível corporal.

Nessa época, o modelo da paralisia geral provindo da Neuropatologia foi estendido para todo campo dos saberes sobre as “doenças mentais”, uma vez que comportava distúrbios de ordem física (manchas no corpo, dificuldades motoras e na fala) e psicológica (alucinações, delírios, insensibilidade) e permitia a identificação de um correlato orgânico (uma lesão cerebral) e de sua etiologia (ligada à infecção

sifilítica). Essa verdade ancorada na demonstração, perfeitamente declarada no modelo da paralisia cerebral, impôs aos séculos XVIII e XIX novos modos de produção de conhecimento científico sobre as doenças (Birman, 1978). Era a época dos diagnósticos diferenciais, das especificações, caracterizações e explicações mínimas das doenças, sem necessidade de recorrer à totalidade da história do doente (Pessotti, 1995).

Na Psiquiatria, entretanto, o problema da verdade apresentava-se de outro modo. Segundo Birman (1978), apesar do saber anátomo-patológico aparecer como promessa para a determinação de cada distúrbio dissociado na série de “doenças mentais”, tal saber não ajudou na construção da verdade psiquiátrica sobre a “doença mental”, dada sua ineficiência em determinar critérios etiológicos ou correlatos físicos.

Essa fragilidade do saber psiquiátrico colocou o problema da autenticidade da categoria “doença mental” a partir do questionamento sobre a validade de tal “doença”, ou “série de doenças”, que não possuía nenhum tipo de correlato orgânico ou mesmo não tinha nenhuma etiologia descoberta. Estava clara novamente a fragilidade da Psiquiatria e era preciso um artifício para voltar a seu lugar legitimado como ciência médica. De acordo com Foucault (2006), foi preciso que a Psiquiatria recorresse à noção de crise como acontecimento, já descartada pela Medicina Geral. Nesse ínterim, a Psiquiatria propôs uma “crise da realidade” identificada na “loucura”. O estabelecimento de seu saber passou a fundamentar-se sobre a constatação de “doença mental” presente ou não nas crises das pessoas, agora utilizadas como analisadores. O hospital consistia em espaço onde era possível o irrompimento da crise e sua gestão, suprimindo-a logo após ter legitimado seu saber. Desse modo, o hospital dava realidade à “doença mental”, ao mesmo tempo em que suprimia seus sintomas.

O psiquiatra, frente à impossibilidade de encontrar no corpo lesões físicas ou correlatos orgânicos, tinha como função estabelecer diagnósticos absolutos sobre a presença e ausência de “doença mental”. Diante disso, utilizou historicamente técnicas para suprir a ausência de evidências referentes ao corpo biológico. A técnica do interrogatório permitiu a pesquisa de antecedentes de doenças orgânicas e “mentais”, mesmo em uma época que as noções de hereditariedade e

degenerescência ainda não tinham grande adesão (apesar de Pinel e Esquirol, no início do século XIX, já se referirem a elas²). A pesquisa por antecedentes permitia encontrar acontecimentos patológicos no âmbito da família, provendo um substrato material – o corpo da família inteira – à “doença mental”. A pesquisa por pródromos – sinais que antecedem e anunciam algumas espécies de doenças, mas que não fazem parte da expressão da doença em seus sinais e sintomas definidores – buscava antecedentes individuais e tornava possível o postulado da sua existência no corpo da pessoa, mesmo antes da crise, configurando as condições orgânicas de sua possibilidade. Assim, pródromos das “doenças mentais” eram considerados sinais de ordem patológica, tidos como evidência da anomalia corporal requerida.

No intuito de legitimar a “doença mental” como categoria científica de compreensão da “loucura”, o psiquiatra também se valia da possibilidade de isenção de responsabilidade jurídica ou moral do “doente” por atos considerados desvios graves sob a condição do reconhecimento subjetivo de que de tais eventos desviantes são sintomas de sua “doença mental”. Era dessa forma que a Psiquiatria instaurava uma tríplice realização: da conduta desviante como “loucura”, da “loucura” como “doença mental”, do guardião do “doente” como médico e psiquiatra (Foucault, 2006).

A descoberta do sistema nervoso (a relação entre o centro encefálico e a rede neural periférica) por Duchenne de Boulogne entre 1850 e 1860 permitiu à Psiquiatria escapar do império do substrato orgânico profundo lesionado, na medida em que tal sub-disciplina passou a valorizar sinais e sintomas de superfície (Foucault, 2006). Os estudos de reflexos e comportamentos complexos feitos pela Neurologia (como a afasia estudada por Broca e o andar estudado por Duchenne) buscavam respostas para disfunções no eixo voluntário-automático. A Neurologia, a partir daí, permitiu captar a vontade do indivíduo ou seu automatismo, mediante a análise das ordens instruídas e do seguimento de regras. Dessa forma, foi tornado possível o diagnóstico diferencial entre disfunções neurológicas involuntárias (as doenças “verdadeiras”) e “doenças mentais”, consideradas pertencentes ao eixo das disfunções voluntárias (Foucault, 2006).

² Segundo Foucault (2006a), a noção de hereditariedade patológica foi sistematicamente tratada entre 1850 e 1860 por Jacques Moreau de Tours. O auge dos debates sobre essa noção aconteceu em 1885 e 1886 no âmbito da Sociedade Médico-psicológica da França.

3. A inscrição psiquiátrica no campo das terapêuticas

Apesar de diferir dos modos de construção diagnóstica da Medicina Geral, a Psiquiatria não demorou em instituir-se como disciplina médica. Diante da fragilidade teórica já anunciada pelo paralelismo forçado entre as noções de doença orgânica e “mental”, a Psiquiatria investiu seus esforços no campo das práticas, fundamentando-se no exercício do poder permitido pelo prestígio médico. Essa seção destina-se a aprofundar a análise dos modos como historicamente foram organizadas as terapêuticas psiquiátricas, centradas na afirmação e legitimação da noção de “doença mental”.

O exercício do poder psiquiátrico está claramente exposto no hospital psiquiátrico como instituição total de controle de corpos e alienação das pessoas. Segundo Goffman (1961), para justificar a existência de manicômios foram utilizados os medicamentos e a terapêutica punitiva, criando uma edificação institucional baseada na habilitação exclusiva do saber médico sob as questões da “doença mental”. O manicômio legitima assim a Psiquiatria segundo um eloqüente projeto de poder político baseado na alienação das pessoas, no controle do espaço, pensamentos e corpos.

Crítérios nosológicos ou etiológicos não exerciam qualquer função na organização do espaço asilar ou mesmo para a elaboração de terapêuticas no início da criação dos primeiros hospitais psiquiátricos. A cura deveria orientar-se pela submissão da “doença mental”, domínio garantido fundamentalmente pelas qualidades físicas e morais do médico. Uma citação de Pinel de seu Tratado Médico-filosófico de 1800 não poderia ser mais clara, ao definir o tratamento da “loucura” como:

A arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas idéias (Pinel, 1800, citado por Foucault, 2006, p. 12).

Tal inscrição de poder assimétrico, centralizada no corpo físico do médico, beneficiava-se, entretanto, de certa dispersão de poder entre empregados do asilo,

garantia de controle social através de observações e manipulações constantes (Foucault, 2006).

[A] marcação médica que caracteriza o espaço asilar, em relação a todos os outros espaços disciplinares, não atua de maneira nenhuma como aplicação, no interior do asilo, de um saber psiquiátrico que se formularia numa teoria. Essa marcação médica é, na realidade, a instauração de um jogo entre o corpo sujeitado do louco e o corpo institucionalizado do psiquiatra, ampliado à dimensão de uma instituição (Foucault, 2006, p. 235).

Para maximizar o exercício do poder sobre os “doentes”, dois tipos de intervenção eram aplicadas nos hospitais no primeiro terço do século XIX: a prática médica ou medicamentosa e o tratamento moral. Segundo Foucault (2006), o exercício medicamentoso nessa época era incipiente e ainda não contava com franca adesão dos psiquiatras. Tinha como objetivo a intervenção no corpo físico, em seus aspectos biomecânicos. Seus recursos restringiam-se a medicamentos de ordem física (como o uso de opiáceos, ou mesmo a contenção), continuamente desqualificados pela clínica médica geral pelo pouco respaldo em termos dos conhecimentos da natureza física ou biológica da “doença mental”. O tratamento moral, proposto na Inglaterra em fins do século XVIII por Haslam e logo adotado por Pinel na França, voltava-se, ao contrário, à intervenção sobre o psiquismo, e era proposto como terapêutica fundamentada na manipulação moral da relação da “loucura” com a sociedade.

Os hospitais eram organizados para intensificarem a realidade rompida na crise da “loucura” por meio de táticas de manipulação de necessidades. No tratamento da “doença mental” estavam implicados a criação, o arranjo e recondução das necessidades, instituindo um estado de carência e criando um sistema de retribuição. A primeira e principal necessidade criada pelo asilo dizia respeito à liberdade. Para criar a necessidade de liberdade, uma operação simples era requerida: o isolamento, conseguido mediante a ruptura entre o ambiente terapêutico e a família – considerada como meio onde a “doença” desenvolveu-se. Além do isolamento, outras necessidades precisavam também ser criadas por meio de restrições: obediência ao regulamento, disciplina, pouca alimentação, indumentária padrão, poucas horas de sono, poucos banhos, etc. Implícita na criação de necessidades, estava a

administração de qualquer ganho secundário mediante o governo de medicações (opiáceos³, láudano⁴, punições por meio de duchas frias⁵, cadeiras rotatórias⁶, moxas⁷, cauterizações⁸, etc.).

Tal aparato tático torna explícita a pouca importância dos diagnósticos psiquiátricos para a elaboração e consecução das práticas terapêuticas. O papel secundário e artificial da nosologia para a elaboração de terapêuticas no início da constituição da disciplina psiquiátrica é apontado por Foucault (2006) como resultado da operação de inscrição política da disciplina psiquiátrica no saber médico.

Foucault (2006) ressalta que o significativo desenvolvimento do saber psiquiátrico durante todo o século XIX relacionado à nosologias, etiologias e pesquisas anátomo-patológicas não controlava a produção de táticas terapêuticas dentro dos asilos. Sua função era de investir o psiquiatra da posição de saber-poder conseguida pela Medicina Geral da época, oferecendo a legitimação necessária para que a Psiquiatria se constituísse como discurso de verdade. Dessa forma, a Psiquiatria conseguiu atribuir efeitos terapêuticos ao novo espaço asilar, criado nos

³ Preparados à base de ópio utilizados para supostamente estabelecer um estado geral de calma no “doente”, facilitando a organização das idéias. Muito utilizados no século XVIII, segundo Foucault (2006), para o tratamento da “loucura” em sua forma “maníaca” ou “furiosa”.

⁴ Preparado à base de ópio e outras substâncias, próprio para disfunções digestivas das “doenças nervosas” e “histéricas” (Foucault, 2006).

⁵ Muito estimulado por Pinel, o uso de duchas servia ao tratamento e condicionamento dos “doentes”, eficaz por seu efeito punitivo das más condutas (Foucault, 2006).

⁶ Criada por Erasmus Darwin, médico inglês, no século XVIII, passou a ser utilizada no tratamento físico e moral da “loucura” por Mason Cox e funcionava por meio de alívio e disciplina, docilizando o “doente” (Foucault, 2006).

⁷ Originalmente provindas da Medicina tradicional chinesa, as “moxas” são cilindros compostos de mistura química, aplicados sobre a pele (como agulhas de acupuntura), cuja combustão progressiva estabelece dor profunda e continuada. Eram consideradas terapêuticas pelo seu efeito de estimulação do sistema nervoso e ativação sensitiva. Guislam, em 1835, indicou sua utilização para casos de “loucura” que comportem estupor e insensibilidade: “O mais poderoso irritante age sobre a sensibilidade física pela dor e pela destruição das partes vivas, mas age também sobre o moral pelo medo que inspira” (Guislam, 1835, citado por Foucault, 2006, p. 246, nota 16).

⁸ Aplicações de ferro, em brasa ou aquecido na água fervente, sobre a nuca ou alto da cabeça, recomendadas para “manias com furor” por Esquirol e Guislam (Foucault, 2006).

anos de 1820-1830, justificando os asilos dirigidos por psiquiatras e seu próprio papel, mesmo sem produzir efeitos propriamente curativos⁹.

Os saberes então desenvolvidos no campo teórico eram reutilizados pelas técnicas de direção dentro dos asilos, geralmente como formas de punição, incorporados ao regime disciplinar.

Não creio que se possa dizer que o médico funcionava no interior do asilo a partir de seu saber psiquiátrico. A cada instante, o que era dado como saber psiquiátrico, o que era formulado nos textos teóricos da psiquiatria, tudo isso era convertido de outro modo na prática real, e não se pode dizer que esse saber teórico tenha efetivamente atuado na vida asilar propriamente dita. Isso, mais uma vez, é válido para os primeiros anos dessa proto-psiquiatria, é verdadeiro, sem dúvida, em grande medida, para toda a história da psiquiatria até os dias atuais (Foucault, 2006, p. 226).

Atuando no sentido de exercer poder sobre a constituição de verdades acerca da “doença mental”, o psiquiatra utilizava-se do interrogatório do “doente” e da família, de perguntas que delimitavam seu saber, da vigia perpétua do “doente”, da punição com medicações e restrições e da apresentação clínica de casos a estudantes como marcas de saber para legitimar-se dentro dos hospitais.

São essas marcas de saber que vão lhe permitir exercer no interior do asilo um sobrepoder absoluto e identificar-se finalmente com o corpo asilar. São essas marcas de saber que vão lhe permitir constituir o asilo como uma espécie de corpo médico que cura por seus olhos, seus ouvidos, suas palavras, seus gestos, por suas engrenagens. E, finalmente, são essas marcas de saber que vão permitir que o poder psiquiátrico desempenhe seu papel efetivo de intensificação da realidade (Foucault, 2006, p. 234).

O tratamento moral, iniciado na Inglaterra, teve repercussões na prática psiquiátrica de muitos países europeus, retratadas por Foucault na exposição mais específica dos hospitais psiquiátricos da França. Mas foi na Inglaterra, novamente, que as terapêuticas sofreram mais uma reviravolta, no início do século XIX, com a

⁹ O papel curativo das práticas psiquiátricas começou a desmoronar no final do século XIX quando da superlotação dos asilos psiquiátricos frente à não remissão dos sintomas da “doença mental”, necessária à alta dos “doentes”, e conseqüente cronificação.

reforma realizada em retiro *Quaker*¹⁰, que instaurou novos modos de tratamento fundamentados no cuidado, na amabilidade e na construção de relacionamentos em ambientes dignos (Albee, & Joffe, 2004). Entretanto, tais avanços humanitários no tratamento foram seguidos pelo retrocesso vivido com a inauguração em 1844 da *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (AMSAI), depois transformada na *American Medico-Psychological Association* nos Estados Unidos. Tal instituição fundamentava-se no postulado de que os “insanos” são portadores de defeitos no plasma germinativo, dando início à cruzada eugenista, com esterilizações, castrações, proibições de casamento e morte (Albee, & Joffe, 2004).

Até a metade do século XX, os tratamentos psiquiátricos incluíam ataques ao foco de infecção através da retirada de dentes e órgãos considerados suspeitos. Eletroconvulsoterapias¹¹, comas insulínicos¹², e lobotomias¹³ também faziam parte da terapêutica psiquiátrica.

A teoria psicanalítica teve importante papel na contramão desse processo, postulando a determinação social das “doenças mentais” (como funções da vivência infantil), a serem tratadas por terapias humanizadas e face a face. A psicanálise mostrou-se como um campo teórico-prático em emergência acerca da “loucura”, que se constituiu por diferenciação ao campo médico-psiquiátrico, instaurando novos modos de compreensão acerca de tal fenômeno. A “loucura” passou a ser entendida por referência à recém noção de subjetividade e sofrimento psíquico e relacional (noções ainda em construção na época), e indo de encontro à noção de “doença

¹⁰ O Retiro Quaker era um grande hospital psiquiátrico em Walmgate, próximo à cidade de York, fundado em 1796 por William Tuke, cujos filhos e netos dedicaram-se à reforma do serviço pelo século seguinte.

¹¹ Procedimento que consiste na indução de convulsões generalizadas, com duração de 20 a 150 segundos, pela passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro. Foi desenvolvido em 1934, quando Ladislav von Meduna relatou o tratamento “bem sucedido” de “catatonia” e outros sintomas “esquizofrênicos” (Perizzolo et al., 2003).

¹² O isolamento da insulina foi realizado em 1922, e em 1933 apareceram as primeiras experiências de choque insulínico em “doentes esquizofrênicos”, feitas por Manfred Sakel (Perizzolo et al., 2003).

¹³ Egas Moniz, em 1935, realizou as primeiras intervenções psicocirúrgicas em “pacientes mentais”, chamadas lobotomias cerebrais, cirurgias em que eram seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Eram indicadas para casos graves de “esquizofrenia”. Por conta de tal descoberta, Moniz veio a receber o prêmio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1949.

mental”, biologicamente fundada. Suas terapêuticas e principalmente suas reflexões de cunho ético-político e teórico mostraram-se fundamentais para a crítica realizada na segunda metade do século XX por teóricos e ativistas do movimento da Reforma Psiquiátrica.

4. A sociedade psiquiatrizada: medicalização e reações críticas da Reforma Psiquiátrica

Para além das contribuições psicanalistas, entretanto, no campo da Medicina, a terapêutica medicamentosa estava em grande expansão, financiada pelas companhias farmacêuticas, principalmente depois das descobertas acidentais da clorpromazina¹⁴ e da reserpina¹⁵ (Aguiar, 2004). Para as “psicoses”, psicotrópicos estavam surgindo como solução (principalmente após a descoberta de anti-psicóticos atípicos), configurando a *segunda revolução psiquiátrica* (Castel, 1978). A centralidade dos medicamentos conseguida a partir dessa época foi tal que sua força começou a exercer poder na reformulação das próprias categorias diagnósticas, a partir dos efeitos esperados.

O exemplo da “depressão” trazido por Aguilar (2004) cabe ao propósito desta discussão sobre a influência dos medicamentos no processo diagnóstico no campo da Psiquiatria: a partir do lançamento de um antidepressivo inovador, com características também ansiolíticas, os médicos passam a prestar atenção na existência de sintomas de ansiedade, modificando deste modo as perguntas realizadas ao seu paciente, e com isso transformando o modo como o próprio paciente valoriza determinados relatos e experiências de vida, em detrimento de outros. As palavras de Aguilar (2004) sobre esta intrigante situação são contundentes:

¹⁴ Isolada na França em 1952 por Jean Delay e Pierre Deniker, funciona em uma variedade de receptores do sistema nervoso central, incluindo anticolinérgicos, antidopaminérgicos e anti-histamínicos, assim como é antagonista de receptores adrenérgicos. Não vem sendo mais utilizada desde a descoberta de antipsicóticos atípicos, mais específicos e com menos efeitos colaterais.

¹⁵ Alcalóide isolado na Índia em 1952 por Bein, foi utilizado a princípio como regulador de pressão arterial e aplicada em 1954 como anti-psicótico por sua ação inibidora de noradrenalina, serotonina e dopamina. Não é mais utilizada por conta de seus efeitos colaterais irreversíveis e por ter ação pouco específica.

De certo modo o transtorno passa a adquirir existência “real” na sociedade uma vez que surge um novo tratamento tornando relevante o recrutamento de pacientes que possam responder ao medicamento. Os indivíduos passam a ser territorializados no domínio de determinado diagnóstico, na medida em que surge um novo medicamento que está indicado no tratamento de determinados sintomas. Como não há marcadores biológicos que fixem o diagnóstico dos transtornos mentais, o próprio medicamento acaba funcionando como marcador. A flexibilidade de uma ferramenta diagnóstica como o DSM permite que virtualmente todo tipo de situação possa ser territorializado e identificado com sintomas que compõem transtornos mentais, sendo passível de tratamento com medicamentos (Aguilar, 2004, p. 84).

De acordo com Birman (1978), o processo de consolidação da Psiquiatria como disciplina científica acompanhou um processo mais amplo de fortalecimento e alargamento da Medicina no campo social durante o final do século XIX e início do século XX. A esse movimento de medicalização da sociedade, um outro se fez acompanhar: o processo de patologização do espaço social, responsável pela construção de novas “doenças” cada vez mais imbricadas nos modos como a sociedade lida com seus corpos individuais e coletivos.

Segundo Nogueira (2003) em análise sobre a obra de Ivan Illich, a Medicina moderna foi responsável por um processo de iatrogênese nos modos como sua terapêutica invadiu o campo da sociedade. Para Illich, houve, em primeira instância, uma *iatrogênese clínica*, própria aos cuidados com a saúde, produzida pela falta de segurança e abuso das drogas e das tecnologias médicas mais avançadas. Em segunda instância, houve uma *iatrogênese social*, produzida a partir da crescente dependência das drogas medicamentosas, cada vez mais tornadas solução para diversos problemas humanos (desde sintomas mais “orgânicos” a sofrimentos existenciais, tristeza, etc.), produto da medicalização da sociedade e efeito da dispersão de um sentido de saúde que não mais implica a responsabilidade individual e familiar. E, em última instância, a Medicina foi responsável para Illich por uma *iatrogênese cultural*, que consiste na “destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte” (Nogueira, 2003, p. 186).

A sociedade ocidental viu emergir o fenômeno da medicalização em meados do século XX, com o fortalecimento do sistema capitalista de mercado, e junto com ele o fortalecimento da indústria farmacêutica, junto à difusão dos diagnósticos e suas terapêuticas (Aguiar, 2004). Houve uma invasão do espaço social por parte da Medicina, que colonizou os saberes populares com sua lógica terapêutica de intervenção sobre o órgão interno isolado, em detrimento da relação entre médico e paciente ou mesmo qualquer abordagem mais holística do corpo humano, em favor de medicações cada vez mais específicas.

No campo da Psiquiatria, seu fortalecimento aconteceu a partir da década de 1950 com o preventivismo americano e seus programas de massificação de medidas preventivas, comunitárias e pedagógicas em Saúde Mental, em uma atuação conjunta entre a Psiquiatria, a Psicologia e a Sociologia. Tais saberes colaboraram para a constituição de um tipo psico-sociológico ideal e para a elaboração de mecanismos de controle e normatização de segmentos sociais desprivilegiados (Amarante, 1995). Este movimento de psiquiatrização social foi acelerado na década de 1980 com a proliferação dos diagnósticos psiquiátricos na sociedade, principalmente a partir da territorialização das ferramentas diagnósticas permitidas a partir da elaboração e difusão do DSM III no ano de 1980. Medicamentos e investimentos para a pesquisa psiquiátrica começaram a criar no espaço social uma psiquiatrização de comportamentos minimamente desviantes, como afirma Costa e Silva, ex-presidente da Associação Mundial de Psiquiatria e ex-diretor da divisão de Saúde Mental da OMS, em entrevista:

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. Se o sujeito é tímido, ele pode ser enquadrado na categoria de fobia social. Se ele tem mania, leva a um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Hoje em dia, se um indivíduo não tomar cuidado e passar desavisado pela porta de um psiquiatra pode entrar numa categoria e sair de lá com um diagnóstico e um tratamento na mão. (...) Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos.

Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes (Costa e Silva, 2001, citado por Aguiar, 2004, p. 84-85).

Mas nem todo o pensamento psiquiátrico estava comprometido com tal projeto político de alargamento do domínio médico e patologização social, a partir da colonização do espaço social e da criação de novas regras de conhecimento sobre o comportamento humano, sob a égide da identificação e tratamento das “doenças mentais”. Movimentos contrários estabeleceram-se como formas de contra-controle em tal campo de forças delicado, tornando o século XX palco de críticas poderosas à noção de “doença mental” e fundamentalmente aos tratamentos desumanos, considerados crime contra a humanidade, sobretudo a partir das reflexões sobre os hospitais psiquiátricos, principal instituição e dispositivo disciplinar erguido pela Psiquiatria Biológica.

Birman e Costa (1994) e Amarante (1995) dividem em três grupos as críticas que se destacaram nesse processo: 1. os movimentos dirigidos à estrutura manicomial (a *Psicoterapia Institucional*, na França, e as *Comunidades Terapêuticas*, na Inglaterra); 2. os movimentos que propunham a comunidade como locus de atuação psiquiátrica frente ao sofrimento psíquico, dirigindo-se à prevenção e promoção da saúde mental (a *Psiquiatria Preventiva*, nos Estados Unidos, e a *Psiquiatria de Setor*, na França); e 3. os movimentos que propunham uma ruptura epistemológica e fenomenológica com a concepção de “loucura” proposta como “doença mental” pelo saber médico-psiquiátrico (a *Antipsiquiatria* inglesa e a *Psiquiatria Democrática* italiana).

A *Psicoterapia Institucional* teve como precursoras as experiências de François Tosquelles com campos de concentração na Segunda Guerra Mundial e sua crítica profunda ao hospital psiquiátrico. Suas críticas tomaram corpo com a reestruturação do Hospital de Saint-Alban em 1941, a partir da desmontagem das práticas eugênicas e desumanas, consideradas doências. Tal campo crítico-teórico e prático foi assim batizado por Daumézon e Koechlin somente uma década depois, em 1952, e tem como pensadores e reformistas de destaque Jean Oury, fundador da Clínica de La Borde, Félix Guatarri e Gilles Deleuze, que articularam a crítica aos hospitais psiquiátricos às reflexões arqueológicas e genealógicas de base foucaultiana e ao pensamento psicanalítico e marxista, sob a linha esquizoanalítica. Segundo

Vertzman, Cavalcanti e Serpa (1992), a Psicoterapia Institucional tem como eixo para sua atuação a “terapêutica ativa” de Simon, pressupondo o resgate do potencial terapêutico do hospital por meio da resistência coletiva e reflexiva à alienação, ao autoritarismo, à violência e à crueldade embutidos nos papéis estabelecidos dos atores ali presentes, somado ao questionamento permanente dos espaços instituídos de segregação e verticalidade que vão se constituindo com o passar do tempo. Técnicas de mediação aos objetos institucionais e de transversalidade incluíam a liberdade de circulação pela instituição, a existência de lugares estruturados concretos, como cozinha, administração, etc., a negociação constante dos contratos de entrada e saída e o acolhimento permanente (Amarante, 1995).

As *Comunidades Terapêuticas* participaram do mesmo movimento de crítica da Psicoterapia Institucional relacionado à intolerância a quaisquer práticas que pudessem ser associadas às atrocidades dos campos de concentração. Esta intolerância constituía-se motivo pelo qual a sensibilidade social estava aguçada para voltar sua atenção para os hospitais psiquiátricos, em tentativa de reestruturá-los (Amarante, 1995). As Comunidades Terapêuticas tiveram berço na Inglaterra, no Monthfield Hospital, a partir de 1946, quando T. H. Main começou a referir-se ao trabalho desenvolvido junto a Bion e Reichman por tal nome. As experiências de formação de coletivos democráticos e participativos nos hospitais psiquiátricos, favorecendo o resgate do processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional, foram inspiradas nas experiências de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman em manicômios, e acabaram por ser sistematizadas sob o termo, cunhado por Maxwell Jones em 1959 (Jorge, 1997; Amarante, 1995). Entre os principais dispositivos utilizados destacam-se os grupos operativos, de discussão e de atividade, que tinham como função a aproximação dos usuários, dos familiares e da comunidade com a função terapêutica, implicando-os por meio de reuniões diárias e assembléias na participação da dinâmica e administração institucional.

A *Psiquiatria Preventiva*, um dos movimentos que apostavam na comunidade para a atuação psiquiátrica, iniciou-se como um programa de governo da política do Presidente Kennedy nos Estados Unidos para em seguida ser adotada por organismos internacionais de destaque, como a OMS e a Organização Pan-americana da Saúde [OPAS]. Apresenta três frentes de atuação: a primeira destinada à redução da prevalência de “doenças mentais” (prevenção primária), a segunda destinada à

diminuição do tempo de duração dos “transtornos” (prevenção secundária), e a terceira destinada à redução das degradações que acompanham o processo do “adoecimento mental” após muitos anos (prevenção terciária) (Lancetti, 1989). A terapêutica proposta traz uma inovação importante e revolucionária para o campo dos tratamentos psiquiátricos: o abandono da centralidade dada à “doença mental” em favor da promoção de saúde mental (Amarante, 1995). Os conceitos de adaptação e desadaptação social, provindos da Sociologia, permitiram a distinção entre comportamentos considerados “normais” e “patológicos” e ajudaram a integrar o quadro teórico que permitiu o alargamento da atuação psiquiátrica em direção à comunidade. No âmbito de tais discussões foi postulada a unidade biopsicossocial como foco de intervenção, não mais considerando o corpo somático como causa única da “doença mental”. Além disso, a Psiquiatria Preventiva estruturou suas intervenções a partir de uma história natural da “doença mental”, atentando para suas diversas temporalidades e efeitos (considerando aqui “história natural” como certa “evolução” não pensada em termos biológicos, mas levando em consideração os efeitos institucionais e sociais para seu desenvolvimento). Para essa corrente, a reintegração dos “pacientes” à sociedade requer a adoção de medidas comunitárias que levem em consideração em que “estágio” cada pessoa se encontra na “história natural” da “doença”, podendo assim o Estado atuar nos três níveis, implementando seus princípios em diversos centros de “intervenção”: escolas, unidades sanitárias, clínicas psiquiátricas privadas, centros comunitários, etc. Apesar de agregarem importantes tecnologias às críticas reformistas, tais intervenções não se constituíram em oposição ao manicômio, mas paralelas a ele, e acabaram por constituir-se como experiências de alargamento psiquiátrico em direção à medicalização da sociedade.

A *Psiquiatria de Setor* nasceu a partir da busca por uma transformação nos modos como eram encontradas as estruturas asilares do mundo pós Segunda Guerra Mundial e é anterior à Psicoterapia Institucional. Segundo Fleming (1976), a crítica às condições alienantes encontradas nos hospitais psiquiátricos deu origem à elaboração de projetos comunitários, sob o norte de integração da pessoa considerada “doente mental” em seus contextos sociais, configurando-se uma terapia *in situ*: “o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento”. (Fleming, 1976, p. 36). Para atender a tal prerrogativa, era mister reconfigurar a

estrutura alienante do hospital psiquiátrico em direção a uma prática emancipadora e ressocializadora. Desse modo, tinha como proposta a divisão do hospital em diversos setores, sendo que cada um corresponderia a uma região da comunidade, reconduzindo os hábitos e costumes de acordo com a cultura de cada paciente. Além disso, a continuidade do tratamento deveria se fazer após a saída do hospital com a equipe que cada paciente se relacionou, permitindo uma construção vincular terapêutica. Com isso, a Psicoterapia de Setor invocava a transferência do dispositivo de atendimento para a comunidade, ampliando a integração e ressocialização necessárias ao atendimento, não mais centrado no hospital psiquiátrico.

Entre os movimentos de crítica à própria noção de “doença mental”, encontra-se a *Antipsiquiatria*. Forjada em meio às críticas políticas dos anos de 1960, tinha como fundamento a defesa de que a transformação da “loucura” em “doença mental” pela Psiquiatria configura-se como uma estratégia da sociedade capitalista em considerar sofrimentos existenciais causados pelo modo de vida alienante da sociedade como “doenças”, tornando este mais um instrumento de alienação político-econômico-cultural do capital. No pavilhão “Vila 21” do Hospital de Shenley, de 1962 a 1966, em Londres, David Cooper iniciou uma comunidade terapêutica diferenciada com pacientes “não-cronificados”, que nunca haviam tido nenhum tipo de tratamento psiquiátrico anterior, promovendo intervenções que iam de encontro com a estrutura asilar, suas hierarquias e regras de funcionamento, em direção a construção de um “lugar de vida” (Fleming, 1976). Suas intervenções tomaram como modelo a realização de reuniões para trabalhar os preconceitos que sofriam do corpo de funcionários, empoderando-os em favor da discussão sobre as resistências às mudanças sentidas pela equipe de trabalhadores do hospital. Junto a Laing e Esterson, Cooper iniciou um programa libertário de desacorrentamento da noção de “doença mental”, em tentativa de libertar a “loucura” do império biomédico e da alienação em que estava constantemente em contato (Amarante, 1995).

Franco Basaglia, como médico e psiquiatra, foi precursor do movimento de reforma psiquiátrica chamado *Psiquiatria Democrática*, responsável por uma onda de questionamentos e mudanças na prática psiquiátrica mundial. Sua esposa, Franca Basaglia, também psiquiatra, participou das experiências em Gorizia e Trieste de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, e tornou-se senadora (Amarante,

1995). Os esforços desses dois atores sociais eram direcionados para a desconstrução dos hospitais psiquiátricos de caráter fechado em direção à construção de comunidades terapêuticas abertas, com redes territoriais de atendimento, sendo para isso necessárias não só mudanças estruturais físicas, mas principalmente, mudanças no modo como a “loucura” deveria ser encarada pelos técnicos da Saúde Mental e pela sociedade como um todo, não mais atrelada ao conceito de “doença mental” (Basaglia, 1985). Suas críticas dirigiram-se ao projeto ético-político da Psiquiatria de legitimação do saber à custa da subjugação e da alienação das pessoas em sofrimento psíquico, literalmente criando patologias como modo de ampliação de seu poder sob o campo social (Basaglia, & Basaglia, 1977).

Contudo, apesar da força retórica e mobilizadora de tais críticas, principalmente para os movimentos de trabalhadores de Saúde Mental e de usuários e familiares em todo o mundo, o fim do século XX viu a Psiquiatria Biológica fortalecer-se em sua penetração no campo da sociedade, movimento de remedicalização, que, segundo Aguiar (2004), partiu dos Estados Unidos em direção ao mundo, principalmente após a elaboração do DSM III e a adoção de sua quarta versão, o DSM IV, pela OMS para integração com o CID 10.

No final do século XX, na “*White House Conference on Mental Health*”, realizada em 1999, inúmeros atores sociais, incluindo políticos, profissionais, advogados e a mídia, proclamavam o fim do preconceito e discriminação contra as pessoas com “distúrbios mentais” por meio do lema “a doença mental é uma doença como qualquer outra”, postulando a realidade biológica da “doença” e sua terapêutica medicamentosa. O debate nesse contexto expõe controvérsias internas ao desenvolvimento de conhecimentos biomédicos acerca da “doença mental”, apresentados em seguida.

II – Estado atual da prática e saber psiquiátrico sobre a “doença mental” – a crítica interna ao campo biomédico

No âmbito da *"White House Conference on Mental Health"*, Albee e Joffe (2004) discutem as proposições feitas pelo National Institute of Mental Health [NIMH] (2000) dos EUA acerca da “doença mental” como sendo paralela à doença física. O plano estratégico da NIMH (2000), intitulado *"Pathways to Health: Charting the Science of Brain, Mind, and Behavior"*, especificamente a parte I *"Understand Mental Illness and Mental Health"*, não define a natureza do que é doença ou saúde, nem explica a expressão “desordens do cérebro”. Apesar dessa falha conceitual de base, tal instituição define como objetivo compreender as funções e a organização do cérebro e como ele é *degenerado* na “doença mental”, assumindo que esta pode ser diagnosticada primariamente com base em sintomas, indicando patologias a nível cerebral.

Em relatório contrário à NIMH, intitulado *"Understanding Mental Illnesses"*, a British Psychological Society [BPS] (2000) contrapõe alguns dos argumentos levantados pelo postulado de que a “doença mental” é uma doença como qualquer outra. Tal relatório traz inúmeras referências de pesquisadores atuais que estão voltados para tal debate, constituindo um estado da arte sobre a produção de conhecimentos biomédicos acerca da “doença mental” e mais especificamente sobre a “experiência psicótica”. Apresentaremos alguns dos argumentos no debate atual, baseando-nos no relatório da BPS e em outros autores inseridos em contextos de produção diversos que coadunam com a crítica à remedicalização e biologização do campo da Saúde Mental.

1. Quanto à definição de “saúde” e “doença mental”

Uma discussão ontológica que perpassa toda a produção de conhecimentos sobre a saúde e “doença mental”, muito enfatizada por Albee e Joffe (2004), é se as “doenças mentais” devem ser consideradas como qualitativamente diferentes umas

das outras (mudanças descontínuas) ou quantitativamente diferentes (contínuas). Apesar de muitos esforços para que tal questão seja resolvida com base em evidências empíricas (critérios ainda tomados como fundamento para a construção de teorias que possam ser aceitas como legítimas pela ciência médica psiquiátrica), não foram encontradas “provas” suficientes que sustentem um ou outro argumento. As posições, portanto, assumidas pelos construtores do conhecimento em saúde e “doença mental” são defendidas com base em posições ético-políticas que implicam em concepções enraizadas em tradições históricas divergentes: as abordagens biológicas (que aproximam o fenômeno do sofrimento mental da noção de doença da Medicina Geral) e as abordagens interacionistas (que aproximam o sofrimento mental com os aspectos psico-sociológicos do viver em sociedade e sua relação com a construção de um corpo saudável ou em sofrimento).

Os autores do relatório da BPS (Kinderman, Cooke, entre outros), de postura interacionista, defendem que as “doenças mentais” e a saúde mental são dois extremos de um contínuo gradual e não fazem parte de categorias qualitativamente diferentes de experiências. Para tais autores, as “experiências psicóticas”, por exemplo, seriam a expressão extrema de traços presentes na população geral (Claridge, 1994). Para tornar mais convincente seu argumento, citam o fato de não ser difícil encontrar pessoas saudáveis que experienciaram “episódios psicóticos”, geralmente causados por experiências extremas, como privação de sono ou uso de drogas psicoativas (Hemsley, 1993).

Como a população geral apresenta traços semelhantes a “sintomas psicóticos”, por exemplo, porém menos graves, como ouvir vozes dizendo coisas agradáveis, situação estudada por Romme e Escher (1989, citados pela British Psychological Society, 2000), a distinção entre os sintomas mentais (o delírio formalmente considerado) e os traços individuais não considerados sintomas (como ouvir as vozes agradáveis) fica borrada. Essa presença de traços semelhantes aos “psicóticos” na população geral é chamada “tendência psicótica” ou “esquizotipia” (ex. ansiedade, delírios e alucinações). Questionários vêm sendo usados para medir o grau de similaridade desses traços com os sintomas (Bentall, Claridge, & Slade, 1989; Claridge, et. al, 1996, citados por British Psychological Society, 2000). Uma abordagem dimensional (que avalie o grau de severidade de cada traço) parece ser

mais útil para compreender a experiência vivida pela pessoa em sofrimento psíquico, ajudando a planejar um tratamento mais individualizado, mais adequado do que o previsto pelo sistema categorial (van Os et. al, 1999). Circunstâncias extremas, como privação de sono ou de contato físico, podem produzir vários “distúrbios” (desvios normativos que podem trazer sofrimento por seu caráter inusitado ou justamente por suas características desviantes e moralmente desaconselhadas ou mesmo condenadas), incluindo paranóia e alucinações. Na Inglaterra, considerável avanço tem sido conquistado na compreensão de mecanismos psicológicos específicos que podem levar a crenças incomuns, alucinações e dificuldades na comunicação (Bentall, 1990).

A posição declarada de alguns profissionais (como E. Fuller Torrey, presidente do *Treatment Advocacy Center* e diretor assistente do *Laboratory Research* do *Stanley Medical Research Institute*) e grupos (como o *National Alliance for the Mentally Ill*) é de que todas as “doenças mentais” são causadas por defeitos biológicos, bioquímicos, orgânicos e/ou virais, e que a herança paterna e materna pode ser responsável por sua transmissão. Essas opiniões são amplamente divulgadas por meio de meios de comunicação de massa, livros e artigos. Por outro lado, há grupos (como o “*Psychiatric Survivors*”) contrários a essa posição (o “modelo do defeito”). Para eles, estresse excessivo e traumas na primeira infância parecem ter efeitos negativos duradouros, de modo que “distúrbios mentais” são frequentemente aprendidos ou adquiridos em contextos sociais prejudiciais.

As fontes de tal discordância passam ao largo de evidências científicas. O grupo que advoga ser a “doença mental” uma doença como qualquer outra é composto largamente por pais de jovens majoritariamente com “condições mentais” consideradas sérias (como a “esquizofrenia” ou o “distúrbio bipolar”), ratificando que *todas* as doenças são de fato doenças do cérebro e/ou desequilíbrios bioquímicos, rejeitando a culpa que poderia ser atribuída ao meio social (do qual fazem parte). Esse grupo, composto por pais de classe média e alta, é eficiente em conseguir mais tratamentos medicamentosos, fazendo lobby para angariar fundos legislativos, e objetiva difundir sua posição no sistema nacional de saúde mental público e privado americano e no público geral.

2. Quanto à etiologia

Como uma doença “real” geralmente apresenta uma causa objetiva física, é exercida grande pressão interna e externa à ciência médica para a descoberta das causas biológicas subjacentes às “doenças mentais”, o que sempre se constituiu em uma agenda fracassada. Entretanto, a Psiquiatria alega que, como as “desordens mentais” refletem-se em alguma região cerebral, basta cuidar da região atingida para sanar as causas dos defeitos, uma vez que o cérebro controla os pensamentos, sentimentos e comportamento social, estando nele a causa dos problemas nessas áreas da vida humana. Dessa forma, o *National Institute of Mental Health*, nos Estados Unidos, vem reservando e destinando altos fundos para pesquisa sobre defeitos cerebrais discretos, anunciando que os anos de 1990-2000 constituiriam a “década do cérebro”, quando seriam descobertas as causas de inúmeras “doenças mentais”.

Há casos de “doenças mentais” em que sinais, ainda no século XIX, foram encontrados (como os sinais corporais das manchas na pele na “psicose sífilítica”), dando esperanças para a descoberta de marcadores objetivos e causas biológicas (nesse caso, a bactéria que causa a sífilis, o *Treponema pallidum*). O século XX não seguiu essa tendência. Os achados preliminares que apontavam para a existência de marcadores biológicos diferenciais invariáveis de cada uma das “doenças mentais” não conseguiram ser estendidos para todas as outras categorias de “doenças mentais”, trazendo dúvidas quanto à existência de marcadores orgânicos próprios a cada uma delas (Aguilar, 2004).

Não tem havido descobertas recentes que consigam aproximar-se das causas biológicas das “doenças mentais”, mesmo com a promessa da descoberta da etiologia da “esquizofrenia” há cem anos atrás. Ao contrário, de acordo com a British Psychological Society, novos estudos apontam que a grande maioria das “desordens mentais” não são resultados de defeitos biológicos, salientando como os processos cerebrais envolvidos nas respostas ao estresse e ao aprendizado de comportamentos, sentimentos e emoções atípicos são normais, não envolvendo qualquer evidência de patologia física. Como dito anteriormente, experiências clínicas vêm apontando como sintomas mentais são contínuos às atividades normais (Claridge, 1994) e que o modo como eles combinam-se em cada pessoa é extremamente complexo, não

cabendo em rótulos diagnósticos. Além disso, de acordo com Albee e Joffe (2004), eles podem ser revertidos com psicoterapia, demonstrando que respondem a intervenções psicológicas, sociais e ambientais, ao contrário das doenças físicas que não respondem frequentemente às terapêuticas face a face (como tumores cerebrais, paralisias neurológicas, infecções virais, etc.). Psicoterapias e mudanças em relações sociais, sem a utilização de medicamentos, conseguem reverter quadros de “distúrbios mentais”, o que é considerado impossível pela Medicina no caso de uma doença física de qualquer outra natureza (como uma apendicite ou um tumor cerebral).

Boyle (2004) apresenta quatro estratégias argumentativas utilizadas pela Psiquiatria para criar a impressão de relações causais biológicas em estudos voltados para a legitimação da “esquizofrenia” como “doença cerebral e genética”, diante da falta de evidências conseguidas confiavelmente por meio de experimentos replicáveis e controlados ou achados clinicamente generalizáveis. A primeira estratégia refere-se à generalização de possíveis associações entre os “distúrbios” existentes na “esquizofrenia” e diferentes regiões cerebrais. Referindo-se a Bentall (1990), Boyle escreve: “cada região do cérebro ou química cerebral conhecida já foi, mais cedo ou mais tarde, reivindicada como associada à ‘esquizofrenia’. Não somente isso, mas todo avanço tecnológico no estudo do cérebro foi rapidamente recrutado para o estudo dos ‘esquizofrênicos’” (2004, p. 449). As facilidades das tecnologias permitem a busca indiscriminada de relações entre os sintomas envolvidos na “esquizofrenia” e regiões cerebrais muito mais velozmente do que o desenvolvimento de teorias que elaborem construtivamente o porquê de uma associação particular ser esperada ou compreensível. Para Boyle (2004), é notável que tais pesquisas não sejam guiadas marcadamente por teorias prévias que suspeitem de possíveis associações, o que demonstra o escasso conhecimento atual sobre a natureza de tal fenômeno.

A segunda estratégia é a utilização retórica de grupos controle de pessoas “normais”, usados para controlar variáveis não específicas à “esquizofrenia”. Nesse caso, não tem havido estudos que elejam grupos comparativamente relevantes, compostos por pessoas sem diagnóstico de “esquizofrenia”, que fizeram ou fazem uso de drogas psicoativas legais e ilegais, pessoas altamente isoladas socialmente,

pessoas com diagnóstico de “depressão” ou ansiedade, desempregadas há muito tempo, com complicações do parto, com história de eletroconvulsoterapia, uso de tranqüilizantes, etc. Os grupos controle de pessoas “normais” são heterogêneos e não excluem variáveis que podem ser consideradas fatores etiológicos para a “esquizofrenia”.

A terceira estratégia envolve a falha em especificar o grau de sobreposição dos achados empíricos de pessoas consideradas “esquizofrênicas” e de pessoas consideradas “normais”. Os dados do alargamento dos ventrículos cerebrais e do aumento de dopamina no cérebro, por exemplo, sobrepõem o grupo controle com o grupo dos “doentes”, não encontrando diferenças significativas entre eles. Além disso, não isolam entre os “normais” pessoas que já tiveram uso de substâncias psicoativas (como medicações ou drogas).

A quarta estratégia necessária é comprovar confiavelmente que as associações levantadas são realmente as causas antecedentes da “esquizofrenia”. Essa busca volta-se para evidências necessárias para afirmação de que, na presença de determinados fatores (como a dilatação dos ventrículos cerebrais ou o aumento de dopamina no cérebro), a probabilidade de uma determinada resposta (a “esquizofrenia”) aumenta, não deixando razões para acreditar que tais fatores e a resposta dependam de uma terceira variável (Joffe, 1996, citado por Boyle, 2004). Na ausência de tais evidências, como é o caso da “esquizofrenia”, tais relações são tornadas “confiáveis” por estratégias retóricas e lingüísticas, muito mais do que por demonstrações.

A British Psychological Society (2000) também apresenta discussões sobre a busca das causas das “doenças mentais”, mais especificamente das “psicoses”. Diante da complexidade da “experiência psicótica”, muitas causas vêm sendo propostas. Geralmente, essas causas são divididas entre psicológicas (referentes à vida particular daquela pessoa), ambientais ou sociais e biológicas. Para a BPS (2000), todos esses fatores são importantes e interagem um com o outro. Psiquiatras e psicólogos têm adotado tal perspectiva interacionista, mantendo-se em posição intermediária, pouco radical. Não acreditam que uma causa única da “esquizofrenia” será repentinamente descoberta. Ao contrário, propõem uma abordagem mais complexa sobre a interação de diferentes causas.

Para tal perspectiva, fatores biológicos e psicológicos diferem em importância de acordo com cada pessoa (é difícil delinear uma linha que separe tais fatores na vida de uma pessoa). Mesmo quando é possível ter acesso a muitas informações sobre a vida de uma pessoa, as causas de sua experiência são complexas e multifatoriais. Às vezes, experiências consideradas próprias de “doença mental” são provocadas por fatores relativamente sem importância, mas são mantidas por um tipo de círculo vicioso, envolvendo a situação da pessoa ou sua reação à experiência (ex. medo de ficar “louco” acentuando o sofrimento de ouvir vozes) (Baker, & Morrinson, 1998, citado por British Psychological Society, 2000).

Pessoas diagnosticadas “doentes mentais” têm experiências perceptuais incomuns e/ou interpretam experiências normais como incomuns. Por quê? Algumas pessoas têm experiências incomuns por conta de desequilíbrios bioquímicos, causados por problemas fisiológicos ou induzidos por drogas ou estados alterados de consciência (British Psychological Society, 2000). Para outras pessoas, essas experiências podem vir de interpretações de eventos normais, por exemplo, paranóia ou delírios assim interpretados por conta de uma falha de julgamento – como quando uma pessoa falha em interpretar seu próprio pensamento ou voz interna, considerada como a voz de outra pessoa (Baker, & Morrinson, 1998, citado por British Psychological Society, 2000). É importante descobrir porque acontecem tais interpretações. Honig et. al (1998, citado por British Psychological Society, 2000) apresentam relatos de pessoas que sofreram algum tipo de abuso ou trauma em algum ponto de suas vidas, relacionados a tais interpretações equivocadas.

Fatores físicos, como tumores cerebrais ou uso de drogas psicotrópicas, podem ocasionalmente provocar sintomas de “doença mental” (British Psychological Society, 2000). Entretanto, para a maioria das “doenças mentais”, pesquisas genéticas, sobre a química cerebral, o ambiente físico ou a estrutura cerebral não levaram a descoberta de conclusões definitivas sobre causas físicas. O modelo da “vulnerabilidade ao estresse” proposto pela BPS sugere que algumas pessoas são mais vulneráveis a fatores estressantes do ambiente que outras. Contudo, tal modelo não oferece uma explicação; apenas auxilia na compreensão dos modos como fatores biológicos, psicológicos e sociais entrelaçam-se. Ademais, tal modelo acaba por localizar a fonte dos problemas novamente na pessoa, na sua incapacidade individual

em lidar com situações estressantes, focando na busca individual das razões de tal vulnerabilidade.

Em discussões no âmbito da determinação genética das “doenças mentais”, a British Psychological Society (2000) considera como legítimo que “experiências psicóticas”, por exemplo, sejam mais prevalentes entre familiares. Entretanto, achados de pesquisas envolvendo gêmeos idênticos e bi-vitelinos e adoção estão sendo sujeitos a debates (Rose, Lewtonin, & Kamin, 1990, citado por British Psychological Society, 2000; Boyle, 1990). Para tais autores, há problemas na tentativa de separar herança genética de fatores ambientais, tais como a criação ou a educação. Estudos envolvendo a busca e descoberta de marcadores genéticos (aglomerados de genes no cromossomo 5), não conseguiram ser replicados (Sherrington et al., 1988, citado por British Psychological Society, 2000). Por outro lado, estudos realizados sobre o papel da família pareceram mais conclusivos (Tienari et al., 1994, citado por British Psychological Society, 2000). Para os autores da teoria da vulnerabilidade, é mais provável que muitos genes diferentes estejam associados com a vulnerabilidade de traços gerais, que podem estar próximos ou distantes da experiência de “doença mental”. Uma sensibilidade geral a estressores do ambiente parece comum a todas as psicopatologias, não havendo fatores específicos para cada uma das “doenças” propostas pela Psiquiatria (Lehtonen, 1994).

Quanto à química cerebral, a British Psychological Society (2000) considera que drogas que diminuam os níveis de dopamina podem ajudar a reduzir as “experiências psicóticas”, por exemplo. Embora interessante, isso não prova que anormalidades no nível de dopamina no cérebro (níveis supostamente mais altos) sejam a causa da “experiência psicótica”. É possível que as experiências em si (consideradas sintomas) causem mudanças químicas (refletam-se bioquimicamente no aumento dopaminérgico) ou que as medicações sejam a causa dessas mudanças. Há muito pouco entendimento das causas envolvidas na mudança bioquímica.

Estudos sobre estruturas cerebrais particulares apontam, desde 1942, que os ventrículos laterais, são geralmente maiores em pessoas com “experiências

psicóticas”¹⁶. Chua e McKenna (1995) têm dúvidas se tais achados representam a causa da “psicose” ou são o efeito estrutural de problemas vivenciais ou mesmo o efeito das drogas prescritas. Pesquisadores encontraram diferentes padrões de atividade cerebral associados a diferentes tipos de “experiência psicótica” (Liddle et al., 1992; Gur, & Pearlson, 1993, citados por British Psychological Society, 2000). Entretanto, novamente isso não indica o que causou o quê. Alguns autores argumentam que as estruturas cerebrais podem aumentar e diminuir em tamanho de acordo com o aprendizado e necessidade social, como os taxistas em Londres que aumentaram sua massa cerebral à medida que decoravam, em treinamento rigoroso, o grande número de ruas e avenidas londrinas (Maguire et al., 2000, citado por British Psychological Society, 2000).

Atualmente, na agenda de pesquisa psiquiátrica também está a procura pelo efeito do ambiente físico na biologia do cérebro, levando em conta dificuldades na hora do parto ou efeitos de vírus no útero. Conclusões relevantes, entretanto, não foram encontradas. Contudo, é importante deixar claro que todos os pensamentos e comportamentos considerados “normais” ou “insanos” envolvem eventos cerebrais e podem ser influenciados por processos químicos. Não há um parâmetro bioquímico estipulado para a vida considerada “normal”.

O papel das relações familiares no desenvolvimento de “doenças mentais” tem sido foco de intensos debates e está no meio da controvérsia, dispondo em dois lados atores sociais com posições divergentes. A teoria das “mães esquizofrenogênicas”, expressão cunhada em 1948 por Frieda Fromm-Reichman, é duramente criticada, mas ainda é referida no debate¹⁷.

No âmbito das discussões sobre interações familiares, em outra perspectiva, discursiva e interacional, investigações psicológicas buscaram as condições do

¹⁶ Hipótese feita por Evans a partir do estudo realizado com método de investigação radiológica do encéfalo, chamado pneumoencefalografia, que consistia na injeção de ar nos ventrículos cerebrais, que se mostravam mais escuros que o parênquima cerebral no filme radiográfico. A avaliação do cérebro em si era, portanto, feita de forma indireta. O primeiro estudo utilizando a tomografia computadorizada foi realizado por Johnstone, Crow e outros em 1976, substituindo o método de investigação e permitindo avaliação mais direta.

¹⁷ Em linhas gerais, a “mãe esquizofrenogênica” se caracterizaria por uma atitude ambivalente de simultânea superproteção e rejeição de seu filho, causando confusão vincular e conseqüente “psicose” (Parker, 1982).

processo de socialização que poderíamos supor necessárias e suficientes para produzir os problemas comunicacionais de “esquizofrênicos”, realizadas por Bateson, Jackson, Haley e Weakland (1956) no âmbito da Escola de Palo Alto. Sua hipótese do duplo vínculo baseia-se no estudo da ambigüidade na comunicação interpessoal, relacionada à estrutura familiar e os tipos lógicos utilizados na interpretação comunicacional, junto a suas distorções. Tal hipótese ainda hoje exerce influência na compreensão sistêmica da “esquizofrenia”.

Outro aspecto muito debatido é a relação entre a pobreza e a “doença mental” diante da prevalência muito maior de “doenças mentais” entre pessoas de classe mais pobres (principalmente de “transtornos mentais graves”). A teoria do isolamento social, proposta por Faris e Dunham (1944), postula ser a “psicose” reflexo do isolamento proporcionado pela falta de recursos financeiros e, principalmente, sociais envolvida na pobreza. Já a teoria da deriva social, proposta por Fox (1990), defende que pessoas com diagnóstico de “psicose” podem nascer em qualquer classe social, mas uma vez diagnosticadas, elas tendem a ter desvantagens em seus relacionamentos sociais e oportunidades de emprego, sendo arrastadas para as classes sócio-econômicas mais baixas, passando então a apresentar precárias condições de moradia e emprego.

Ainda hoje, estudos que corroboram a afirmação “doenças mentais são como quaisquer outras doenças” são geralmente esparsos e inconsistentes, com exceção de um número limitado de doenças cerebrais como a doença de Alzheimer, tumores cerebrais, etc. (Albee, & Joffe, 2004). Alguns indivíduos podem ser mais susceptíveis a estressores ambientais, o que logicamente está refletido em sua química cerebral. Entretanto, essa realidade social refletida bioquimicamente não justifica sua categorização como “doença mental”. Não há defeitos biológicos identificáveis como causas de doenças, não há doenças no cérebro. “A maioria das desordens mentais ou emocionais resultam de estresses extremos relacionados a abusos precoces, negligências, exploração, desemprego involuntário, problemas familiares, falta de moradia e outras causas de estresse sociais e ambientais”¹⁸ (Albee, & Joffe, 2004, p. 426). Albee (1986) assim define as desordens mentais:

¹⁸ Os trechos literais de autoria Albee (1986), Albee, & Joffe (2004) e Boyle (2004) são originalmente escritos em inglês e foram traduzidos somente para este estudo.

“reações compreensíveis a circunstâncias pessoais e sociais altamente aversivas e/ou padrões de comportamento socialmente desaprovados, reforçados por seu sucesso em evitar ou reduzir o sofrimento envolvido nessas circunstâncias” (citado por Boyle, 2004, p. 454).

Se as causas das “doenças mentais” pudessem ser encontradas na biologia do cérebro e seu funcionamento, esforços preventivos deveriam voltar-se para a localização de fatores de risco para as doenças do cérebro. Mas se as “causas” das chamadas “doenças mentais” fossem encontradas na exposição das pessoas a ambientes sociais que induzem o estresse emocional e psicológico (como a pobreza, abusos sexuais e psicológicos, problemas familiares, solidão, pouca rede de apoio interpessoal, pouco acesso a serviços de educação e saúde, etc.), os esforços preventivos estariam focados na promoção de justiça social e equidade, na tentativa de equilibrar o campo social (Albee, 1986; Boyle, 2004).

3. Quanto às nosologias diagnósticas

A concepção interacionista proposta pela British Psychological Society está sendo desenvolvida de forma muito distinta das concepções encontradas nos principais manuais diagnósticos ao referirem-se à “doença mental”. O DSM-IV a define da seguinte maneira:

[no DSM], cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por ex. sintoma doloroso), ou incapacitação (por ex. prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível ou culturalmente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja sua causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios (por ex. político, religioso ou sexual), nem conflitos

primariamente entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrita antes (DSM-IV, 1995, p. xxi).

Grossman (2004), analisando o DSM, aponta que a *American Psychiatric Association* pretende postular critérios considerados por eles universais e independentes das culturas, os quais seriam condição necessária e suficiente para compreender e categorizar corretamente uma “doença mental”. Wakefiel (1999, citado por Grossman, 2004) aponta quatro pontos importantes derivados da definição de “doença mental” apresentada no trecho do DSM: (1) a “doença” ou “distúrbio” é localizada no indivíduo e não pode ser considerada como mero efeito de estresse ambiental; (2) as experiências de sofrimento individual (expressas nos sintomas e sinais) são consideradas disfunções em seu organismo, pressupondo uma norma fisiológica rompida; (3) além dessas disfunções “internas”, aflições e incapacidades aparecem; (4) essas repercussões estão diretamente ligadas à disfunção biológica e são causadas por ela.

A localização da “doença” na pessoa implica em uma clínica extremamente individualizada que deve se centrar na descrição o mais exata possível dos sinais e sintomas apresentados para a definição da nosologia. No caso das doenças orgânicas, uma vez realizado o diagnóstico, o rótulo oferecido permite aos médicos clínicos uma variedade de predições com relativa precisão sobre as causas de tais doenças, a progressão e o tratamento mais eficiente. No entanto, fazer diagnósticos mentais é, na ausência de sinais e de marcadores biológicos, uma tarefa muito mais complicada, exigindo julgamentos morais acerca de rompimentos normativos de comportamentos sociais, comparados com expectativas contextuais e não funcionais-biológicas.

Ao excluir a participação única de aspectos sociais e ambientais no desenvolvimento de “doenças mentais”, o DSM mais uma vez localiza a fonte da “doença” na pessoa, o que definitivamente nunca foi provado, nem mesmo pela Bioquímica, Neurofisiologia ou Psiquiatria. Os efeitos dessa exclusão são de duas naturezas: protetores e prejudiciais. Ao tratar do “distúrbio mental” como não exclusivamente uma resposta a fatores estressantes do ambiente, oferecendo-lhe um rótulo, é possível um cuidado mais localizado para a pessoa que sofre, incluindo medicamentos específicos relativos a sintomas específicos. Entretanto, ao fazer isso,

todos os aspectos ambientais que podem ter seu papel no aparecimento do sofrimento mental são negligenciados e não considerados. Além disso, discriminações públicas tornam-se mais frequentes, incluindo perda de emprego, rejeição social em forma de uma grande distância física e prevalência de palavras negativas nas descrições das “doenças mentais” e de seus “portadores”.

Contudo, tais desdobramentos no caso das “doenças mentais” são inapropriados e levam inclusive ao estabelecimento de prognósticos reificantes, que, baseados na suposta realidade biológica da doença, não levam em consideração a intervenção de fatores sociais e psicológicos, desempoderando a pessoa em sofrimento psíquico, sua família e outros profissionais. O prognóstico das “doenças mentais” é muito mais complicado, uma vez que deve envolver fatores psicológicos e sociais relacionados a fatores biológicos. Como exemplo, vale citar o prognóstico previsto para pacientes com “esquizofrenia”: um terço ficaria internado para sempre, um terço ficaria se re-internando constantemente e um terço nunca mais apresentaria outra “crise psicótica”. O problema é que é impossível prever em qual dos três grupos uma pessoa vai ficar, uma vez que pacientes considerados graves podem recuperar-se totalmente, enquanto outros com sintomas considerados mais amenos podem permanecer “doentes” durante muitos anos (Albee, & Joffe, 2004). Além disso, é impossível determinar o quanto tal prognóstico, essencialmente descritivo, não se fundamenta nos efeitos estigmatizantes envolvidos no processo de rotulação de uma pessoa como “doente mental”.

Em estudo sistemático sobre a constituição da “esquizofrenia” como doença que envolve aspectos funcionais e estruturais do cérebro, Boyle (2004) expõe os modos como a Psiquiatria legitimou tal projeto. Para esta autora, a introdução da entidade nosológica “esquizofrenia”, realizada por Kraepelin e depois elaborada por Bleuler e Schneider no final do século XIX e início do XX, não se fundamentou em evidências empíricas suficientes para atender aos critérios médicos. Seu uso e desenvolvimentos posteriores sempre se sustentaram em dados referidos de segunda mão, dificilmente lidos no texto original. Além disso, a partir da criação de critérios diagnósticos semelhantes apenas topograficamente aos da Medicina Geral, cria-se uma impressão de familiaridade, além da crença de que

se existe um critério diagnóstico (como na Medicina), então deve existir uma desordem a ser diagnosticada. O que não é largamente publicado (...) é que o processo de desenvolvimento desses critérios não possui nenhuma semelhança com o processo de desenvolvimento de critérios para diagnósticos médicos ou com qualquer procedimento dito científico (Boyle, 2004, p. 448).

Soma-se a tal estratégia de legitimação, o fato de os psiquiatras prontamente “encontrarem” uma larga soma de pessoas diagnosticadas com tal “distúrbio”, o que é quase suficiente para impor a pertinência da síndrome posteriormente. Para Aguiar (2004, p. 83),

a flexibilidade da ferramenta diagnóstica e a ausência de marcador fazem com que um diagnóstico possa captar cada vez mais indivíduos e situações se houver “boas razões” para isso. Uma boa razão pode ser simplesmente a possibilidade de oferecer sentido a determinadas experiências de sofrimento e proporcionar alguma possibilidade de alívio para aquele que sofre. O que leva os médicos a aplicar um determinado diagnóstico, isto é, reconhecer em seus pacientes determinadas características, sinais e sintomas é, em grande parte, efeito da disponibilidade dos métodos terapêuticos que estão em seu alcance.

Mas, apesar da disponibilidade de diagnósticos ampliada por estratégias de publicação constantes, considerações etiológica de base genética e biológica não têm tanta notoriedade nas estratégias destinadas à popularização. Isso se dá simplesmente por conta da falta absoluta de evidências e da impossibilidade dos leitores de terem acesso aos dados, aos métodos e argumentos dos experimentos originais. Quanto à esquizofrenia, Boyle comenta: “Isso deixa a ‘esquizofrenia’ em uma posição paradoxal de ser uma doença com uma suposta base biológica, mas diagnosticada sem referência à biologia” (2004, p. 448). Contraditoriamente, em casos em que um processo biológico conhecido puder explicar os “sintomas” da pessoa, o diagnóstico de “esquizofrenia” não pode ser dado; é automaticamente excluído.

Outra dificuldade refere-se ao começo e o fim da maioria das “doenças mentais”, muito difíceis de precisar. Lane e Albee (1964) estudaram durante 10 anos as características da infância de pessoas posteriormente consideradas “esquizofrênicas”, encontrando dados sobre desempenho escolar mais baixo. Para eles, contudo, não há nenhuma marca clara ou objetiva o bastante que possa definir o

início da “esquizofrenia”, nem mesmo pródromos confiavelmente identificados. Quanto à prescrição de tratamentos mais eficientes, não há também como prever como cada pessoa irá reagir a uma medicação, mesmo entre pessoas com o mesmo diagnóstico.

4. Quanto às terapêuticas

A terminologia comum proporcionada pelos manuais diagnósticos traz o benefício de tornar mais fácil a comunicação entre profissionais de diversas áreas ou mesmo da mesma especialidade que estejam em serviços diferentes (distantes), ou mesmo cronologicamente distantes. Além disso, ele pode simplificar a comunicação, permitindo meios relativamente breves e diretos para descrever dificuldades complexas. Os diagnósticos são geralmente usados por psiquiatras treinados como meio de decidir qual é o tratamento mais adequado. Algumas pessoas podem achar tranquilizador ter um diagnóstico, uma vez que isso pode sugerir que elas não estão sozinhas, oferecendo esperança quanto à possibilidade de cuidado especializado.

O modelo de tratamento centrado na “doença”, bem estabelecido hoje em dia, assume que é preciso tratar da “doença” que está escondida sob os sintomas. Entretanto, tal modelo não tem trazido tantos benefícios quanto era esperado, e agora é foco de debates e exames minuciosos quanto a sua validade. Para conseguir provar sua consistência e utilidade, é necessário que as pessoas sejam confiavelmente diagnosticadas em uma categoria particular – dois médicos devem concordar em qual categoria uma pessoa deve ser posta (o que não tem sido observado nem dentro de um mesmo país, nem considerando que as práticas diagnósticas diferem de país para país – Beck et al., 1962; Blashfield, 1973, citados por British Psychological Society, 2000). Mesmo com a publicação do DSM-IV, não tem havido maior confiabilidade entre médicos (Kirk, & Kutchins, 1994, citado por British Psychological Society, 2000).

Quanto à validade do diagnóstico psiquiátrico, as perspectivas não são melhores. Idealmente, a utilidade do diagnóstico refere-se a sua habilidade em prever novas observações acerca das causas possíveis dos sintomas, indicando o possível

diagnóstico e o melhor tratamento. Tentativas de definir um grupo diagnóstico com um resultado mais uniforme não têm sido bem sucedidas, assim como não têm sido observados tratamentos específicos para diagnósticos. Por exemplo, o Largactil – anti-psicótico específico para suprimir “sintomas psicóticos” – vem sendo usado também para mudanças de humor encontradas em “distúrbios bipolares”, e Lítio – específico controlador de humor – vem sendo utilizado como droga não específica para sintomas negativos da “esquizofrenia”. As drogas parecem agir em sintomas específicos que podem ocorrer em diversas categorias diagnósticas, o que aponta para a utilidade da medicação quando pensada de modo a reduzir sintomas específicos e não síndromes (modelo de tratamento centrado na medicação).

No Canadá, o sistema de Saúde Mental público vem desenvolvendo o modelo de gestão autônoma de medicação. Esse sistema prevê que usuários de serviços de Saúde Mental participem de grupos de discussão e informação sobre os efeitos esperados de cada medicamento, podendo, a partir de tais conhecimentos, negociar com seus médicos as dosagens e a própria escolha de medicamentos, levando em consideração os efeitos colaterais de cada medicação, assim como quais sintomas desejam não mais experienciar e quais preferem continuar sentindo (como os artistas que preferem continuar apresentando de forma moderada alguns comportamentos criativos considerados sintomas de “esquizofrenia” ou “mania”, por exemplo, muitas vezes suprimidos por algumas medicações ou por doses elevadas).

Para Albee e Joffe (2004), as medicações podem diminuir o estigma (uma vez que tornam a “doença mental” aparentemente manejável como qualquer outra doença), mas oferecem muitos danos à saúde à medida que podem ser prescritas acima do necessário, ou podem não ser apropriadas para a pessoa, trazendo efeitos colaterais por vezes piores que os próprios sintomas iniciais. Além disso, o foco na medicação pode levar a uma completa rejeição dos aspectos sociais importantes que possam estar tendo um papel fundamental na permanência do distúrbio, sua estabilização e até cronificação.

De acordo com Aguiar (2004), à medida que a Psiquiatria Biológica deixou de lado a experiência subjetiva e os processos de vida da pessoa em sofrimento psíquico em favor da identificação de sinais e sintomas abstraídos em síndromes (como expressão de entidades universais), a terapêutica passou a ser delineada em função da

abolição ou redução dos sintomas, geralmente por meios específicos, os medicamentos. Os processos patológicos (aqui entendidos como aqueles que causam sofrimento) acabam negligenciados em uma clínica reducionista que não compreende a implicação do sofrimento, segmentado em sinais e sintomas distintos, com os processos de vida da pessoa e os sentidos oferecidos por ela e por seu entorno.

A campanha pela definição mais rigorosa de nosologias e pela identificação das causas das “doenças mentais”, assim como a pesquisa por medicamentos mais específicos, ainda absorvem intenso investimento material e pessoal em todo o mundo. Esse debate está longe de ser resolvido e não será tratado exaustivamente dada a farta quantidade de referências existentes, o limite textual e o objetivo desta pesquisa. Essa apresentação destina-se a expor como esse controverso tema vem sendo tratado no âmbito de discussão da literatura médica, com o objetivo de controverter a definição biológica de “doença mental”, tornada quase dogma no campo do conhecimento acadêmico. Nossa pesquisa, contudo, não se insere na agenda da pesquisa do campo biomédico, voltado para o teste de hipóteses que circulem ao redor dos aspectos biológicos envolvidos no fenômeno conhecido como “doença mental” de forma mais realista. No próximo capítulo, apresentaremos as reflexões de cunho lingüístico e psico-sociológico, fundamentadas na abordagem construcionista e da Teoria da Rotulação Social, a que essa pesquisa coaduna-se na definição do fenômeno envolvido na rotulação da “doença mental”.

Capítulo 2

Desvio, rótulo e estigma: o caráter relacional da “doença mental”

Compreender os fenômenos de natureza relacional e social que estão implicados no que convencionalmente chamamos “loucura/doença mental” envolve reflexões que não se contentem com o postulado biológico proposto pela Psiquiatria. Não excluindo os aspectos bioquímicos e corporais envolvidos no suporte material de toda experiência social, destacamos a importância do caráter relacional e interativo do processo de identificação de uma pessoa como “doente mental”. Uma vez tratado o processo histórico de construção discursiva da noção de “doença mental”, iremos explorar, neste capítulo, a relação do rótulo construído historicamente com seu uso nas comunidades, seguindo a trilha da reação social frente a alteridades normativas.

Iniciaremos o texto expondo os fundamentos meta-teóricos do construcionismo como postura teórico-epistemológica orientadora do presente trabalho, destacando os pressupostos ontológicos implícitos na construção discursiva da realidade social e na natureza do ser humano e sua relação com a sociedade, fundamentais para a compreensão acerca da “loucura/doença mental”. Em seguida, aprofundaremos a discussão referente ao processo saúde/doença, definindo mais precisamente a distinção entre normal e patológico a partir de reflexões acerca das normatividades biológica e social propostas por Canguilhem (1990).

A segunda parte do texto tratará da Teoria da Rotulação Social, abordagem sociológica voltada para o estudo de desvios, no nosso caso caracterizados como “doenças mentais”, representante de postura interacionista fundamentada na análise da reação social frente a desvios normativos. Nessa seção, apresentaremos os conceitos psico-sociológicos referentes ao processo de identificação de um desvio como “doença mental” e sua posterior normalização, estabilização ou amplificação, apontando para a importância da reação da sociedade, representada principalmente pela família e pela Psiquiatria. Trataremos também da compreensão acerca da relação entre a norma social e comportamentos considerados próprios aos “doentes mentais”,

de acordo com os estudos de Goffman, indicando particularidades referentes à rompimentos da ordem pública, e mais especificamente a interações conversacionais.

Na terceira seção, apresentaremos as teorias da Etnometodologia e Análise de Conversação, que nos fornecerão ferramentas analíticas para uma abordagem das interações conversacionais realizadas entre pessoas consideradas “doentes mentais” e familiares.

I – Do normal ao patológico: uma proposta de compreensão da “loucura” e “doença mental” discursiva e psico-socialmente orientada

Em análise dos modos de construção do conhecimento científico, Kuhn (2003) sustenta que os conceitos utilizados para explicar o mundo social ou natural são propriedades de comunidades lingüísticas, ou seja, dizem respeito aos modos como as pessoas se utilizam deles para tratar das coisas do mundo. Os conceitos são compartilhados por comunidades por meio de seus membros a cada geração e são reapropriados de acordo com as condições sócio-históricas em que vivem. Na ciência natural, assim como na ciência social, é preciso que o cientista compartilhe de uma tradição lingüística que o ensine conceitos pelos quais aprenderá a ver o mundo, sua lente conceitual. “Não existe nas ciências naturais, não mais do que nas ciências humanas, um conjunto de categorias que seja neutro, independente de cultura, e no qual a população – seja de objetos, seja de ações – possa ser descrita” (2003, p. 261). Aproximando-nos do processo de construção das categorias “loucura” e “doença mental”, não podemos compreendê-las como conceitos neutros e puros, que dizem respeito a uma realidade objetiva e exterior ao sujeito de conhecimento que a rotula. Nas palavras de Foucault (2000a, p. 12-13),

o importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder (...). Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os

procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Deste modo, em toda categorização social (científica ou não) estão implicadas noções de verdade e falsidade que informam os atores sociais como agir frente ao mundo social, seus objetos e situações interacionais. Imbricada na sensibilidade social a fenômenos considerados “loucura” ou “doença mental” está a “lente cultural” discursiva que informa os modos de ver, sentir, interpretar e organizar a experiência cotidiana e molda a percepção e os comportamentos humanos, atribuindo significado às ações e classificando os fenômenos sociais (Spink, 2000). A adoção desta lente cultural pelas pessoas oferece, assim, categorizações ou rótulos sociais que, por meio de formas elaboradas de saber, provindas de campos científicos, religiosos, artísticos ou do senso comum, ditam as noções que guiam a vida social.

1. Uma leitura construcionista da “loucura” e “doença mental”

Como tratar discursivamente o fenômeno nomeado “loucura” e “doença mental”? Primeiramente, é preciso distanciar-se de considerações puramente realistas sobre a “loucura” e “doença mental”, compreendidas como instância individual e biológica, independente de seus contextos sociais e históricos. É necessário afastar-se criticamente da história das representações e percepções da “loucura”, fundamentada na suposição de uma experiência originária a ser interpretada diferentemente de acordo com as épocas. Reflexões sobre a natureza discursiva e construída da realidade fundamentam a crítica à suposta experiência fundamental nomeada “loucura” e posteriormente “doença mental”, que possuiria uma essência, base para a apropriação teórica e institucional. Uma análise, de cunho discursivo e construcionista, deve apartar-se de relações estreitas entre as “palavras” e as “coisas” (Foucault, 2006), distanciar-se da tendência em pensar em referentes, em palavras que remetem a objetos. A análise deve configurar-se como “tarefa que consiste em não tratar os discursos como conjuntos de signos (de elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos sobre os quais falam” (Foucault, 2000b, p. 66).

A “loucura” passa a ser considerada, nessa perspectiva, como objeto que surgiu como efeito de práticas discursivas específicas contextualizadas (Foucault, 2006), postura adotada pela presente pesquisa. Não é necessário “reconstituir o que poderia ser a loucura em si, que teria ocorrido primeiramente como uma experiência primitiva, fundamental, surda, apenas articulada, e que teria sido em seguida organizada (traduzida, deformada, travestida, reprimida talvez) pelos discursos” (Foucault, 2000b, p. 64). A Psiquiatria, disciplina que se inscreve no campo científico, apropriou-se de práticas discursivas dispersas na sociedade da época, compondo um novo objeto, a “doença mental”, a partir de sua institucionalização, iniciada no século XIX. Uma análise discursiva deve então orientar-se pela busca das regras existentes em um conjunto de enunciados dispersos (na Filosofia, na Medicina, na sociedade), permitindo a criação de tal objeto (“loucura” e “doença mental”), assim como uma disciplina capaz de lidar com ele (Psiquiatria), junto a um tratamento moral relativo a sua época e contexto (exclusão da diferença). Esta pesquisa tentará seguir os modos como atualmente são categorizadas a “loucura” e “doença mental”, atentando para os aspectos interacionais e lingüísticos de tal categorização, cujas regras discursivas implicam determinados conjuntos de enunciados dispersos, ancorados em tradição histórica.

Abordar as características de determinada prática social (o processo de rotulação social embasado nas categorias “loucura” e “doença mental”) e suas conseqüências para a vida das pessoas envolve hoje, para a Psicologia Social de base construcionista, um olhar mais atento para os aspectos lingüísticos das interações sociais. Nesse movimento, a linguagem *cotidiana* passa a ser considerada o principal âmbito de socialização e o fundamento da vida compartilhada em sociedade (Iñiguez, 2004), apresentando íntima relação com a definição de estados mórbidos envolvidos na categorização da “loucura/doença mental”.

Nossas reflexões fundamentam-se em proposições do movimento do “giro lingüístico”, realizado nos campos da Filosofia e das Ciências Humanas, que, na segunda metade do século XX, ofereceu notoriedade à linguagem para a compreensão da realidade. A partir de questionamentos sobre a natureza do conhecimento e sua relação com a realidade, configuraram-se críticas e problematizações das tradições filosóficas dominantes nas Ciências Humanas que

deram sustento à abordagem construcionista (Ibañez Garcia, 2004). Opondo-se às concepções individualistas ou representacionistas dos sujeitos e das realidades, o Construcionismo, segundo Spink e Frezza (2000), pode ser entendido como uma postura que trata as práticas humanas – como o desenvolvimento do saber psiquiátrico sobre a “doença mental” – como construções sociais.

Os autores que se pautam na postura construcionista propõem que, por meio da linguagem, articulam-se as condições que dão sustento às práticas sociais do cotidiano (Berger, & Luckman, 2002; Ibañez, 2004). Desta forma, a linguagem passa a ser entendida, de modo geral, como práticas comunicativas por meio das quais as pessoas relacionam-se com o mundo social. Nesta perspectiva, todo aspecto do mundo é também determinado pela sua expressão-enunciação intimamente relacionada à inserção das pessoas na situação social mais imediata (Bakhtin, 1979). Isso, entretanto, não leva à negação das materialidades da realidade social (por exemplo, dos aspectos biológicos envolvidos no que chamamos “doença mental”).

Para uma compreensão das implicações lingüísticas na constituição das práticas sociais, destacando o processo de rotulação da “doença mental”, torna-se necessário expor nosso entendimento acerca da relação das pessoas com o mundo social, ressaltando a compreensão acerca da *natureza humana*. Em uma perspectiva construcionista e interacionista, a linguagem passa a ser central para a constituição *das pessoas*. O ser humano torna-se um ser social à medida que adota uma posição reflexiva sobre suas atitudes frente às situações sociais, constituindo um *self* (Mead, 1934/1995). O *self* depende do aprendizado *comunicacional* iniciado na relação com o outro, constituindo-se a partir do momento em que a pessoa consegue analisar seus próprios comportamentos, colocando-se na perspectiva do outro *interlocutor*. O *self* forma-se a partir do momento em que outras pessoas reconhecem que estão diante de um novo membro da comunidade, capaz de refletir sobre si mesmo e sobre a interação. Ao imputar um *self* ao novo membro, outras pessoas (geralmente mais velhas) esperam posicionamentos adequados aos contextos de interação (Mead, 1934/1995).

Toda pessoa, em seu processo de socialização, aprende quais são as expectativas de outros frente a seus comportamentos, adotando a perspectiva de seus interlocutores frente a si mesmo e adquirindo capacidade reflexiva. O *self* é, dessa

forma, uma instância relacional continuamente em mutação diante das constantes reflexões sobre as situações sociais correntes, sobre o posicionamento dos outros e de si mesmo, adequando suas respostas frente às exigências e expectativas de seus interlocutores a cada momento (Mead, 1934/1995). Apresenta natureza discursiva, na medida em que exige que a pessoa converse consigo mesmo ao se reportar às possíveis expectativas de outros. A noção de *self* requer a adoção de posicionamentos adequados aos *contextos de interação* (Davies, & Harré, 1990).

Mas antes de a pessoa alcançar essa postura auto-reflexiva, a sociedade e o mundo lhe são apresentados linguisticamente por meio de conceitos, enunciados e categorias oferecidos dialogicamente por outras pessoas já participantes desse meio social. A linguagem, como apontam Berger e Luckman (2002), é responsável não só pelo pensamento como também pela construção da própria realidade. Nas palavras de Ibañez (2004, p. 33 e 39):

a linguagem não é um simples veículo para expressar nossas idéias, nem uma simples roupagem para vestir nosso pensamento quando o manifestamos publicamente. (...) A linguagem faz muito mais do que representar o mundo porque é basicamente um instrumento para fazer coisas; (...) não só diz como é o mundo, ela também o institui e não se limita a refletir as coisas do mundo, também atua sobre elas, participando de sua constituição.

Qualquer nomeação ou conhecimento de aspectos do mundo deve ser entendido, segundo Spink e Frezza (2000), como um processo de construção que envolve dar sentido à realidade, além de situar as pessoas em contextos de ação. Nesse enquadre, a própria noção de contexto amplia-se e não mais se refere a uma pura exterioridade. Na definição dos contextos estão implicados os modos como as pessoas interagem entre si e com a situação presente (Durante, & Goodwin, 1992). Esse sentido de realidade construído tem que ser constantemente negociado, já que depende da forma como as pessoas adotam posicionamentos interacionais, como nos indicam Davies e Harré (1990). Dialeticamente, acontece também um ajustamento dos *selves* aos sentidos de realidade que vão se construindo e modificando durante a interação, o que sugere a constituição mútua de *selves* e realidade social. A realidade social é conservada por meio de reafirmações constantes, realizadas por seus

membros em interação, e pode adquirir novas construções simbólicas à medida que as interações lingüísticas vão sendo modificadas.

O veículo mais importante da conservação da realidade social é a conversa. Pode-se considerar a vida cotidiana do indivíduo em termos do funcionamento de um aparelho de conversa, que continuamente mantém, modifica e re-constrói sua realidade subjetiva (Berger, & Luckman, 2002, p. 202).

2. Definições psico-sociológicas de normal, patológico e “loucura/doença mental”

Considerando a importância da linguagem na construção das realidades sociais, torna-se necessário o exame dos modos como as comunidades lingüísticas desenvolvem conceitos e categorias para dar conta de distintos fenômenos do mundo social, em especial para aqueles considerados anormais. Nessa seção, voltamos para as definições de normal e patológico, fundamentais para a compreensão do processo categorial envolvido na rotulação de alguém como “louco/doente mental”.

Definições de normal e patológico são categorizações eminentemente sociais; enquadramentos que exprimem a forma própria de cada sociedade lidar com a alteridade, envolvendo pactos e valores enredados na construção dessas definições. Canguilhem (1990) ressalta que, mesmo no âmbito da ciência biológica, a definição do que seria um estado patológico não se configura como uma resposta inequívoca, fundamentada na anormalidade em si mesma. Para ele, a vida (em seus aspectos fisiológicos) é normativa, ou seja, o bom funcionamento do organismo depende de sua adaptação ao meio em sua volta, oferecendo *valor* positivo para os corpos que estão mais adaptados à sobrevivência em determinados ambientes. Para ele, “mais do que a opinião dos médicos, é a apreciação dos pacientes e das idéias dominantes do meio social que determina o que se chama ‘doença’” (p. 93). Aos médicos cabe fazer voltar o estado considerado normal.

Contudo, a noção de normal em Medicina às vezes denota características mais *frequêntes* entre as pessoas e às vezes características mais *normativas* (estados desejados e valorados pela comunidade). Canguilhem ressalta que em Medicina há

uma confusão entre dois conceitos de normalidade: o primeiro designando o estado habitual dos órgãos e o segundo o estado ideal. Para ele, entretanto, a existência da Medicina fundamenta-se na prerrogativa de estabelecer o segundo sentido de normalidade: trabalha para restabelecer o estado ideal de saúde.

Achamos que a medicina existe como arte da vida porque o vivente humano considera, ele próprio, como patológicos – e devendo portanto serem evitados ou corrigidos – certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob a forma de valores negativos. (...) Achamos que, para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa (Canguilhem, 1990, p. 96).

A normatividade biológica da vida impõe à definição do que é patológico um caráter relacional: somente estados não adaptativos a determinados contextos sociais passam a ser considerados pelas pessoas e pelo meio social como doenças; são na verdade anormalidades que não podem ser ignoradas, ou seja, não são indiferentes às condições do meio. Tais anormalidades ganham um valor negativo de patologia, a serem corrigidas pela Medicina retroativamente. “É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (Canguilhem, 1990, p. 100). Desse modo, não há uma anormalidade fisiológica em si que possa ser considerada patológica simplesmente por desvio estatístico da média populacional. Variações individuais podem ser bastante adaptativas e não necessariamente implicam em patologia. Variações configuram-se apenas como anomalias fisiológicas, assim descritas por desviarem-se estatisticamente das médias populacionais. Já as patologias são anormalidades consideradas indesejadas, uma vez que implicam em rompimentos da normatividade biológica imposta pela vida em determinado contexto social.

Voltando-nos para a definição de “doença mental”, Canguilhem (1990) ressalta que romper com o contrato social, com as normas e regras da cultura, pode significar, em determinado contexto, patologia, indicando que uma norma social vigente dita quais são os comportamentos permitidos e, conseqüentemente, os proibidos.

Contudo, a normatividade responsável pela definição de estados não adaptativos no campo da “doença mental” não diz respeito à vida em si mesma, como no caso das doenças físicas. Aqui há uma *normatividade cultural* que define quais são as “anomalias” a serem consideradas “doenças”, retroativamente tratadas pela Psiquiatria como patologias. Nesse caso, o paralelismo abstrato de que falava Foucault pode também ser aqui observado entre normatividades instauradas pela biologia e pela cultura. Os comportamentos ditos “normais” só são assim classificados porque pertencem à lógica social e aos valores difundidos pela cultura, em oposição àqueles que não compartilham dessa lógica, sendo considerados patológicos (principalmente em sociedades nas quais o saber psiquiátrico adquiriu poder de legitimação suficiente para colonizar as alteridades, atribuindo-lhes valor de doença).

Os fenômenos envolvidos na rotulação da “loucura” são categorizados de acordo com a norma social e permeados pela terapêutica a eles destinada. A “loucura”, como fenômeno social, pode assim ser caracterizada quando uma pessoa não compartilha algumas regras e normas do seu *background* específico. Na nomeação da “loucura”, há uma ruptura com o sistema simbólico responsável por oferecer as referências necessárias para a sua aceitação na sociedade, situando o indivíduo “transgressor” fora da linha da normalidade. Para Velho (2003, p. 28),

o “desviante” é um indivíduo que não está fora de sua cultura mas que faz uma “leitura” divergente. (...) Ele não será sempre desviante. Existem áreas do comportamento em que ele agirá como qualquer cidadão “normal”. Mas em outras áreas divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes. Estes podem ser vistos como aceitos pela maioria das pessoas ou como implementados e mantidos por grupos particulares que têm condições de tornar dominantes seus pontos de vista.

Toda cultura, ao se deparar com o desvio, estabelece também um modo de lidar com ele, destinando-o a uma terapêutica que exprime sua concepção do que é normal e patológico e sua construção do que é saúde e doença. A compreensão do papel da Psiquiatria como campo científico que surge no âmbito da sociedade ocidental européia do século XIX deve estar atenta para tal imbricação com as vicissitudes do campo social. A Psiquiatria pode ser entendida como um campo de forças que se

exerce como regulação moral das individualidades, por meio de uma razão psiquiátrica que organiza, em um campo de saber-poder, definições normativas e morais sobre comportamentos sociais, dispersas em sensibilidades do campo social. Desse modo, não pode ser compreendida como um campo autônomo e auto-determinado, que define por si mesmo os valores sociais e estabelece o campo de variação do comportamento considerado normativo. A Psiquiatria está intrinsecamente subordinada e controlada pela sociedade em que é forjada, surge no momento em que há uma reorganização sócio-moral do *sujeito* no âmbito da sociedade ela mesma, “regula e é regulada a um só tempo” (Birman, 1978, p. 12).

Para conseguir modificar a experiência da “loucura”, transformando sua realidade em “doença mental” e instaurando novas normas perceptivas (ainda encontradas nos dias atuais), a Psiquiatria contou com transformações anteriores no campo da cultura e da sociedade. Tais transformações, segundo Birman (1978), dizem respeito a aspectos morais, sociais, econômicos e políticos que incidiram em mudanças na instituição familiar, exercendo pressão para a emergência de um novo sujeito social, um sujeito agora subjetivo.

No que tange à natureza do que é instituído pelo campo de saber-poder psiquiátrico, portanto, não há como encontrar a “loucura” em seu estado “natural” ou selvagem, não há uma alteridade última, uma essência. Primeiramente, um “distúrbio mental” aparece como sinal desta ruptura social, e é sempre interpretado como signo de patologia ou normalidade segundo seu *background*. Configura-se antes de tudo como desvio normativo.

II – O processo de rotulação do desvio e seus efeitos: a Teoria da Rotulação Social

O estudo dos modos como os desvios são capturados em rótulos e dos efeitos reais (geralmente de exclusão) na vida das pessoas rotuladas foi desenvolvido por sociólogos ligados ao movimento do Interacionismo Simbólico, surgido nos Estados

Unidos na década de 1940. A Teoria da Rotulação Social, concebida na década de 1960 no berço das reflexões do Interacionismo Simbólico, a quem Goffman afilia-se juntamente com Becker, Scheff e Lemert, entre outros, considera a “doença mental” como um rótulo atribuído à pessoa que apresenta comportamentos desviantes, cujas performances rompem com os padrões vigentes de sociabilidade (as expectativas normativas). Segundo esse teóricos, partindo dos atributos socialmente indesejáveis das pessoas, são construídos rótulos para dar conta do desvio da norma societal. Para Cusson (1996),

o desvio é um conjunto de comportamentos e de situações que os membros de um grupo consideram não conformes às suas expectativas, normas ou valores e que, por isso, correm o risco de suscitar condenação e sanções de sua parte, (...) um ato de desvio é antes de tudo um ato reprovado. (...) O desvio é essencialmente o produto de um juízo feito sobre uma dada conduta ou sobre uma maneira de ser. Como tal não é uma propriedade inerente a certos comportamentos, e sim uma qualidade que lhes é atribuída pelo contexto. (...) Quando um ato outrora considerado desvio já não desperta reações, significa que deixou de ser desviante (citado por Neto, 2004, p.2).

1. Para uma teoria do desvio: conceitos fundamentais

Para compreender o desvio, primeiramente é preciso entender o fenômeno mais geral a ele relacionado, o *controle social*, processo pelo qual é gerada a conformidade dos grupos humanos. O conceito de controle social é central para a teoria interacionista simbólica, na medida em que trata dos modos como as pessoas relacionam-se entre si, configurando uma rede de relacionamentos e compondo um sistema social, com normas e regras próprias. A relação entre uma pessoa e a sociedade, ou seja, até que ponto as relações sociais determinam as pessoas e até que ponto as pessoas podem contribuir e determinar a sociedade, é abordada por meio do conceito de controle social e acaba por aludir à noção de *natureza humana* da teoria do Interacionismo Simbólico, exposta acima por meio das reflexões de Mead (1934/1995).

A interação de pessoas simbolicamente orientadas é a chave para a compreensão do controle social e da criação de normas. Cada pessoa tem papel ativo no comportamento social, já que além de controlar o comportamento adequado dos outros, também controla a si mesmo, prevendo futuras respostas de outros (autocontrole). O controle social é então uma importante ferramenta social para gerar uniformidade de hábitos, uma vez que envolve recompensas (aprovação e admiração) para a conformidade com expectativas previstas compartilhadas e punição (críticas e desaprovação) para a não conformidade.

Esse modo de compreender o controle social permite aos sociólogos entenderem o *desvio* como ruptura com padrões de comportamento esperados pela comunidade, alvo de punições sociais (Scheff, 1984; Lemert, 1951; Becker, 1973). Tal concepção parte de diferenciações frente à comunidade, especialmente rupturas quanto aos modos relativamente estruturados de relações sociais e aos valores sociais. Tal concepção distingue-se dos modos como policiais e psiquiatras compreendem o desvio em termos individuais, compreensão esta geralmente orientada pelas seguintes perguntas: quais são as causas (de caráter e/ou no ambiente) que tornaram alguém um desviante? Como tal desvio pode ser resolvido? Esse tipo de pensamento dicotomiza as causas do comportamento, responsabilizando o ambiente pela produção do desvio ou considerando a própria pessoa como essencialmente diferente dos demais. Tratando do rótulo “esquizofrenia”, por exemplo, a linguagem psiquiátrica, marcada pelos maneirismos biologicistas,

efetivamente obscurece o fato – óbvio para um critério diagnóstico – que a esquizofrenia é um nome dado a uma grande variedade de comportamentos e relatos de experiências psicológicas; em outras palavras, “esquizofrenia” refere-se a algo que as pessoas fazem e experienciam, ao invés de se referirem a algo que os atormenta ou que eles desenvolvem. Se nós reconhecermos isso, então nós entraremos em um mundo conceitual inteiramente diferente daquele criado pela apresentação da “esquizofrenia” como uma doença cerebral (Boyle, 2004, p. 454).

A localização dos distúrbios nas pessoas refere-se a suas características biológicas, psicológicas e comportamentais e não enfatiza os processos sociais envolvidos na rotulação e estabilização do papel de desviante. Tal localização na

pessoa é muitas vezes expressa através da lexicalização do distúrbio, tornando-o um adjetivo referente àquela pessoa (como “esquizofrênico”, em vez de “pessoa que possui o distúrbio mental de esquizofrenia”, ou “pessoa vulnerável a ser rotulada como possuindo esquizofrenia”). Essa descrição baseada em adjetivos é tida como mais informativa acerca da pessoa e é considerada mais duradoura, apesar de ser desaconselhada pelo DSM. Boyle (2004) acredita que a ação do DSM de propor rótulos e desaconselhar seu uso adjetivado é duvidosa e suspeita, justamente por seu caráter dúbio, o que acaba por guiar os profissionais a localizarem os distúrbios na pessoa, considerada causa dos problemas.

A abordagem psico-sociológica adotada no presente trabalho não propõe o descrédito ou invalidação do conhecimento das profissões do desvio (como a polícia ou a Psiquiatria), mas faz uma crítica a tais profissionais que atuam a serviço do controle social e não deixam de ver os desviantes de um modo pejorativo, como algo indesejado. A perspectiva psico-sociológica permite abordar o desvio de modo complexo, avaliando as relações do desvio com o controle social que o produz e o sanciona.

A compreensão sociológica interacionista do desvio exige a noção de *norma social*, fundamental para analisar os modos como o sistema social exerce controle sobre as pessoas por meio de expectativas compartilhadas e sanções (recompensas e punições). De acordo com Lemert (1951), o conceito de norma social refere-se a limites na variação de comportamentos explicitamente ou implicitamente sustentados e reconhecidos por membros de um grupo social, comunidade ou sociedade. É necessário ressaltar que normas sociais são expectativas compartilhadas (relatadas conscientemente ou tácitas), que indicam desde padrões de comportamento extremamente permanentes (como as relações de cuidado das mães com seus filhos pequenos) a modos passageiros de interação (por exemplo, a moda de vestir-se).

O comportamento humano pode variar amplamente, mas cada comunidade estabelece parâmetros simbólicos em volta de um certo segmento dessa amplitude e limita suas próprias atividades dentro dessa zona demarcada. Esses parênteses são, de certa forma, as fronteiras da comunidade. (...) Formas de comportamento desviante, marcando os limites externos da vida do grupo, dão à estrutura interna seu caráter especial e assim fornecem o arcabouço dentro do

qual as pessoas desenvolvem um sentido ordenado de sua própria identidade (Erikson, 1966, citado por Velho, 2003, p. 24).

Para o Interacionismo Simbólico, pessoas que compartilham uma expectativa normativa não precisam se reconhecer como grupo coeso, apenas precisam estar sensíveis aos gestos dos outros (generalizadamente) a tal ponto de reconhecerem mutuamente que os envolvidos compartilham determinadas expectativas.

O sentimento de coerção moral proporcionado pelas expectativas é em parte uma suposição e em parte baseado nas reações reais dos outros (através de sanções). As suposições derivam de avaliações feitas pelas pessoas em interação acerca das respostas dos outros (se estas dizem respeito a seu comportamento ou ao de terceiros), podendo apresentar imaginariamente poder coercitivo (Goffman, 1975). As sanções, entretanto, são geralmente imediatas, contínuas e automáticas, exercendo poderoso controle social sobre as relações interpessoais e os comportamentos individuais. Há também sanções formais de controle social (expressas em leis e sistemas disciplinares organizacionais) que formam pequena parcela do controle social, majoritariamente informal.

Mas apesar do sistema de controle social agir implacavelmente, as ações das pessoas não são automáticas e inevitáveis, envolvendo certas incertezas, como postula Mead (1934/1995). A pertinência das normas e das sanções é uma questão de interpretação e negociação, configurando-se como uma atividade indeterminada. Essa indeterminação do controle social é uma característica essencial e provê considerável material para deliberação dos potenciais ofendidos, agentes do controle social e para os profissionais dos desvios. “Desde que a operação de controle social envolve seres humanos com a capacidade de interpretar e negociar, há sempre um elemento de incerteza”¹⁹ (Scheff, 1984, p. 29).

A cada momento, sanções positivas e negativas reafirmam uma norma social, exercendo controle frente ao compartilhamento de expectativas. Uma norma social é estável até quando seja continuamente reafirmada nas vidas e ações de seus membros. Em nenhum momento essa reafirmação pode cessar, sob pena de mudança

¹⁹ Os trechos literais de autoria Scheff (1984), Boyle (2004) e Goffman (1964) foram originalmente escritos em inglês e traduzidos somente para este estudo.

da norma social ou mesmo de seu desaparecimento (Velho, 2003). O envolvimento em uma norma social requer a sua contínua recriação por seus membros e não tem nenhum tipo de existência exterior aos comportamentos das pessoas e suas expectativas.

Aplicando tal pensamento à análise do desvio, do mesmo modo que a norma moral é continuamente recriada pelas pessoas que as sancionam, cada ato considerado desviante é uma criação que não provém apenas da pessoa desviante, mas daqueles que interpretam seu comportamento como desvio a uma ou várias normas estabelecidas, reafirmando-as por meio da sanção ao desvio (Becker, 1973).

Scheff (1984) propõe a análise das condições em que tais comportamentos desviantes tornam-se estáveis e uniformes dentro de culturas, especialmente reificados sob o rótulo de “doença mental”. Nessa empreitada, é preciso perguntar-se em que medida, nas diferentes fases da carreira de “doente mental”, os sintomas das “doenças mentais” são o resultado de comportamentos de conformidade com as expectativas oferecidas ao desviante. Há um conjunto geral de contingências que leva à definição de um comportamento desviante como uma manifestação de “doença mental”? A Teoria da Rotulação Social desenvolve ferramentas teóricas para a análise psico-sociológica, a serem desenvolvidas na próxima seção: *rompimento de regras residuais, desvio, papel social do doente mental, bifurcação da reação social nas alternativas de negação (normalização) e rotulação e instituição social da insanidade*.

2. A reação da sociedade frente ao desvio

Scheff (1984) concebe o fenômeno nomeado “loucura/doença mental” à luz de sua concepção sociológica de desvio: são rotulações realizadas frente a violações de expectativas normativas que provavelmente foram acompanhadas de respostas de indignação e ultraje moral dos membros da comunidade. Mas, para ele, é preciso distinguir entre desvios e outras violações. Para uma definição mais precisa de desvio, Scheff considera que tal violação deve obter pelo menos uma das três respostas da comunidade: *ultraje moral* (ou *estigma*), *segregação* e *rotulação*.

O *estigma* é o aspecto mais importante da reação da sociedade frente ao desvio, e envolve a depreciação da pessoa a partir da compreensão da comunidade de que se trata de uma pessoa desacreditada (Goffman, 1963a). A *segregação* implica procedimentos e instituições especiais próprias aos desviantes: prisões, manicômios, cortes criminais, etc. Todas as sociedades reservam um status particular aos desviantes, assim como procedimentos formais pra impor aos transgressores o status socialmente desvalorizado de desviante e promovê-los novamente ao status de membros normais da sociedade. A *rotulação* é um aspecto particular da segregação dos desviantes em um status especial. Através de procedimentos de segregação, o transgressor recebe um rótulo oficial, relacionado à estigmatização, carregado com o peso de condenação moral.

Para compreender os modos como o estigma se atualiza na reação social e na criação dos desviantes, Scheff (1984) propõe o conceito de *linha de status* (*status line*), uma linha imaginária que define quem é desviante e quem é normal. O conceito de status pode ser definido como um conjunto de valores pressupostos e direitos permitidos a determinadas categorias de pessoas. Essa conceituação permite o olhar sociológico sobre os direitos não garantidos e valores não pressupostos em pessoas consideradas desviantes. Muitas pessoas, uma vez estigmatizadas como “doentes mentais”, geralmente perdem os direitos de darem um testemunho válido em tribunal, serem juizes ou profissionais altamente capacitados (professores, legisladores, etc.), serem representantes públicos (governadores, prefeitos, etc.), serem responsáveis por seus atos criminosos, entre outros. Tais perdas de direitos indicam uma linha de status que, uma vez aplicada, jamais será esquecida.

Referente à linha de status, podemos elencar cinco posições diferenciadas, cada uma com valores e direitos próprios: (1) a posição de status ideal positiva, (o “herói” – a pessoa com “saúde mental” perfeita); (2) a posição convencional de conformidade, (a pessoa “normal” – o cidadão ordinário, com seus pequenos problemas); (3) a posição de exceção (a pessoa nem desviante, nem normal – nervosa, com ataque de nervos, com insanidade temporária); (4) a posição convencional de desviante (o “doente mental” rotulado); e (5) a posição de status ideal negativa (o “super-vilão” – o “lunático”, “completamente doido”). A linha de status residiria na posição 3, ou seja, todas as pessoas com as posições 4 e 5 fariam

parte de um *outgroup*, perderiam direitos e teriam seus valores colocados em dúvida pelas pessoas de outras posições (do *ingroup*) (Scheff, 1984).

Nos dias atuais, entretanto, após as críticas da Reforma Psiquiátrica, o Brasil tem como proposta e meta a flexibilização e humanização das terapêuticas e o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos (com seus efeitos estigmatizantes documentados por Goffman, 1961). Isso tem trazido implicações para a emergência de um sistema de relações sociais mais aberto, em que tais posições de status são mais intercambiáveis, do que decorre uma linha de status mais flexível. Isso sugere uma mobilidade maior de pessoas entre tais posições, em ambos os sentidos.

Nessa perspectiva, as discussões sobre o desvio e seus processos de estigmatização, segregação e rotulação propõem as seguintes perguntas: por que uma sociedade particular define como desviante um comportamento e outra sociedade não? Por que alguns “transgressores” são punidos e rotulados e outros ignorados? Essa abordagem está preocupada com as contingências que rebaixam ao nível de desviantes morais algumas pessoas e não outras, assim como com os efeitos da segregação, da rotulação e do estigma na “cronicidade” dessas pessoas (isto é, na estabilidade do comportamento de rompimento de regras e/ou sua amplificação).

Nessa agenda de pesquisa, dois conceitos são especialmente importantes: *rompimento de regras* (*rule-breaking*) e *desvio* (*deviance*). O *rompimento de regras* refere-se a uma *ação social*, à clara violação de *determinadas regras* compartilhadas pelo grupo, chamadas pelos sociólogos de normas sociais. Se os sintomas de “doença mental” são violações a certas normas, é preciso especificar que tipo de norma social é rompida. Já o *desvio* designa um *rótulo* aplicado a qualquer rompimento de regras, independentemente da norma rompida; o desvio implica na rotulação de uma ação violadora como desviante. Desviantes não são pessoas que cometeram o mesmo ato, mas um grupo de pessoas que foram assim estigmatizadas, muitas vezes independentemente de uma norma específica violada. A distinção entre os conceitos de *rompimento de regras* e *desvio* é necessária por propósitos analíticos, uma vez que não é possível presumir que, dentro de uma categoria de desviantes, exista um grupo homogêneo de pessoas que tenham rompido com as mesmas normas sociais (Becker, 1973). Não é possível assumir que todas essas pessoas romperam uma mesma norma social, porque o processo de rotulação pode não ser infalível. Além disso, fora da

categoria rotulada como desviante é possível que existam outras pessoas, que mesmo tendo rompido a norma responsável pela rotulação, não tenham sido assim rotuladas (escapando do processo de estigmatização).

Adotando a distinção analítica de Becker, Scheff (1984) propõe a análise das normas rompidas no caso da rotulação da “doença mental” e dos atos particulares realizados que são rotulados como “doença mental”. Para ele, nossa sociedade ocidental tem um rótulo específico e explícito para cada ato considerado violador de uma norma social específica (como os rótulos de bêbado, criminoso, perverso, etc.). Entretanto, existem inúmeras normas implícitas, chamadas de *normas residuais*, dificilmente elaboradas em rótulos específicos para aqueles que as rompem. Scheff acredita que, para a violação de todas as normas residuais, as sociedades criam rótulos genéricos, como a bruxaria, a possessão espírita e, no caso da sociedade ocidental dos dias atuais, a “doença mental”. Desse modo, quando acontece o rompimento de qualquer norma residual, aos desviantes são atribuídos os rótulos de “doentes mentais”.

Nos estudos de Goffman (1963b) sobre comportamento em espaços públicos existem descrições acuradas acerca de um complexo sistema de normas sociais envolvido em nossas interações na presença de outras pessoas. Como exemplo, é possível atentarmos para a situação de envolvimento exigida em uma interação cotidiana, considerando sua relação com o sintoma psiquiátrico do isolamento social. Goffman aponta que o comportamento de estar disperso e “longe” (*away*) da interação não é em si mesmo considerado um rompimento da norma de prestar atenção nas pessoas ali presentes (apesar do caráter normativo de tal expectativa social). O estar disperso pode ser considerado um desvio dependendo do contexto que assim o rotula e das circunstâncias envolvidas na relação da pessoa com o ambiente. A permissividade ou a punição de tal comportamento informam que existe um sistema de norma residual controlando os comportamentos das pessoas presentes na interação.

Por tratar a “doença mental” como rótulo oferecido para todo comportamento que rompe uma norma residual, é preciso admitir uma série de fontes de desvio responsáveis pelo rompimento, entre elas, fontes orgânicas, psicológicas, estresses externos e atos voluntários de inovação e revolta. Além disso, em relação ao número

de pessoas tratadas como “doentes mentais”, o índice de rompimentos de normas residuais não rotulados como desvio é extremamente alto, o que aponta para reações diversas das comunidades frente a rompimentos de normas residuais (Scheff, 1984). Desse modo, muitos rompimentos residuais são normalizados e têm significância transitória.

Para descrever os muitos rompimentos normativos não reconhecidos como violações do tipo “doença mental”, Lemert (1951) usa o termo *desvio primário* ou *fase não-organizada da doença*. Nesse caso, assim que a situação de estresse é removida (incluindo todas as fontes de rupturas descritas acima), os comportamentos responsáveis pelo rompimento normativo e pela rotulação também cessam em um processo de normalização.

Mas é preciso perguntar-se sob que condições um rompimento residual é estabilizado como desviante. A hipótese convencional da Teoria da Rotulação Social diz que a resposta está no rompimento das regras em si. A reação social parece ser o fator mais importante para a estabilização de um rompimento residual, estando a rotulação no centro desse processo, ao fixar a pessoa como desviante e supor que o rompimento é evidência de uma “doença mental”, fazendo com que o transgressor passe a agir como “doente mental”.

Scheff (1984) enfatiza os aspectos involuntários da atuação das pessoas “transgressoras” frente ao rompimento de uma norma residual e sua platéia. Para ele, a audiência pode exigir que a pessoa atue de maneira a romper com as normas residuais, exercendo o papel de “doente mental”, mesmo quando não está interessado em fazê-lo. Nesse processo, algumas pessoas adquirem certa reputação por exercer um determinado papel e acham difícil conseguir espaço para exercer outros.

Um aspecto importante é até que medida o ator social acredita no papel que está atuando, podendo exercer uma atuação cínica ou sincera (Goffman, 1975). O que torna a simulação particularmente interessante é que tal comportamento é geralmente uma reação a uma situação interacional que traz dificuldades aos atores sociais presentes. Lemert (1951) assim define tal situação: quando uma pessoa começa a empregar seu comportamento desviante ou seu papel de “doente mental” como meio de defesa, ataque ou ajustamento para expor ou esconder problemas

criados como consequência de reações sociais, ela está diante de um *desvio secundário*. Isso não significa considerar que tal “atuação” é plenamente consciente.

Mas como as pessoas controlam suas próprias ações indo de acordo com as expectativas que informam quais são aos comportamentos tidos como de “doentes mentais”? Para Scheff (1984), por meio de imagens estereotipadas de “desordens mentais” aprendidas na infância, continuamente reafirmadas, inadvertidamente, em interações sociais ordinárias. Destaca-se nesse processo o suporte oferecido por meios de comunicação de massa para a manutenção de tais estereótipos, principalmente relacionados à diferença qualitativa entre “insanos” e “normais”, tais como a periculosidade, a incurabilidade, a imprevisibilidade e as avaliações negativas. Além do poder da mídia, o autor aponta a reafirmação de tais estereótipos nas conversações cotidianas, citando a enormidade de termos pejorativos que são encontrados nas expressões ordinárias (no Brasil podemos citar as expressões “louco”, “tam-tam”, “maluco”, “louco de pedra”, “doido”, “maluco beleza”, “lunático”, “doido varrido”, “insano”, etc.). Essas são manifestações sobre um *outgroup* com função de reafirmação do valor do *ingroup*, adquirindo função de garantia e ratificação das normas sociais vigentes, permitindo a coesão social (nesse caso, uma concepção contrastante funciona para preservar os costumes correntes).

Entre nós, o marginal, como aquele que se encontra fora do limite da norma, se mantém no seio da ideologia médica ou judicial que conseguem abarcá-lo, explicá-lo e controlá-lo. O pressuposto aqui implícito de que se trata de personalidades originalmente anormais permite sua absorção no terreno médico ou penal, sem que seu “desvio” – como rechaço concreto de valores relativos, propostos e definidos como absolutos e imodificáveis – ponha em avaliação a validade da norma e de seus limites. Neste sentido, a ideologia médica ou penal serve aqui para conter, mediante a definição de anormalidade originária, o fenômeno, transpondo-o a um terreno que garanta a manutenção dos valores normativos. (...) A ciência, neste caso, cumpre com sua missão fornecendo classificações e etiquetas que permitem a clara separação entre norma e anormalidade²⁰. (Basaglia, & Basaglia, 1977, p. 18).

²⁰ Todos os trechos literalmente reproduzidos aqui de autoria Basaglia & Basaglia estão escritos em espanhol e foram traduzidos somente para esse estudo.

Nesse debate, um aspecto sempre discutido é a característica inata ou aprendida dos sintomas psiquiátricos. A Teoria da Rotulação Social afirma que as pessoas da nossa sociedade aprendem, por processos de socialização, os sintomas das “doenças mentais”, por meio de imagens que são continuamente transmitidas no cotidiano. Essas imagens estão altamente embutidas no uso nativo da língua e da cultura e estão sujeitas às modificações provindas justamente de seu uso na linguagem cotidiana. A qualidade da reação da sociedade, fundamentada em tais imagens sobre o “louco/doente mental”, torna-se então extremamente importante na determinação da duração e do próprio resultado do rompimento residual, a princípio amorfo e desestruturado. As causas inatas ou aprendidas do rompimento em si adquirem papel secundário, uma vez que é a reação social aprendida frente a tais rompimentos que determina a sua permanência sob o rótulo de “doente mental”.

Apesar da reação usual da sociedade aos rompimentos residuais ser a normalização, configurando um processo transitório, em alguns casos esse rompimento é acentuado e em seguida rotulado. Nesse caso, o processo de degradação e descrédito faz parte da rotulação: a reação da sociedade configura-se em apagar os sinais de normalidade da vida pregressa da pessoa, agora considerada essencialmente desviante.

Se o rompimento de regras provém de diversas fontes – físicas, psicológicas e situacionais – como é desenvolvida a uniformidade de comportamento que é associada à insanidade? Se o rompimento de regras é usualmente transitório, como ele se torna estabilizado em pacientes que se tornam crônicos? Para Scheff (1984) e Goffman (1964), durante uma crise, quando o desvio torna-se público, o estereótipo tradicional de “insanidade” torna-se um guia imaginário da ação, tanto para as pessoas que reagem ao desvio, quanto para o próprio desviante. Quando os profissionais do desvio (policiais, psiquiatras, psicólogos, etc.) ou mesmo a família reagem uniformemente ao desvio tratando-o como “insanidade”, seu rompimento normativo amorfo e não estruturado tende a cristalizar-se em conformidade com essas expectativas, tornando-se então similar ao comportamento de outras pessoas consideradas “doentes mentais”, estabilizando-se ao longo dos anos. Esse processo de uniformidade e estabilidade torna-se completo quando a imagem tradicional do “doente mental” permanece como parte da orientação desviante para guiar o

comportamento da pessoa “transgressora” (o desvio secundário). Essa teoria tem como suporte estudos trans-culturais de fenômenos rotulados “desordens mentais”, que revelam que há grande diferença entre a manifestação dos sintomas *entre* sociedades e culturas diferentes e grande similaridade de sintomas *dentro* da mesma sociedade e cultura (Scheff, 1984).

3. Aceitação do papel de desviante

Por que uma pessoa aceita reflexivamente o rótulo de “doente mental” como expressão de seu *self*, diante dos malefícios provindos dos processos de estigmatização e segregação dos desviantes rotulados “doentes mentais”? Scheff (1984) aponta que uma pessoa aceita o papel de desviante como estrutura dentro do qual ele organiza seu comportamento no momento em que é recompensado por atuar de acordo com o papel desviante estereotipado. Para este autor, há uma situação de barganha entre os profissionais do desvio, a família e o desviante, situação em que o desviante acaba exibindo diferentes formas de desvios até conseguir encaixar-se em uma categoria prevista pelo profissional, assim recebendo benefícios.

Algumas das pessoas, que por alguma razão, acham difícil lidar com os problemas de suas vidas, tornam-se doentes. Se um médico tem a oportunidade de vê-lo nas primeiras fases de seu estado como doente, isto é, antes dele apresentar uma doença “organizada” definitiva, ele pode observar que esses pacientes oferecem ou propõem várias doenças, e que eles têm que continuar oferecendo várias novas doenças até que se estabeleça um acordo entre médico e paciente resultando na aceitação de ambos de determinada doença como justificável (Balint, 1957, citado por Scheff, 1984, p. 65).

Além disso, desviantes rotulados são muitas vezes punidos quando tentam retornar aos papéis convencionais. Pessoas com rótulos públicos de desviantes são impedidas de participar de atividades “normais” antes realizadas por elas, ou mesmo novas atividades em termos ocupacionais, relacionais e sociais (Lemert, 1951). A limitação de participação inscreve-se como discriminação; é parte do processo de estigmatização e de não avaliação de seu comportamento atual. De acordo com estudos experimentais realizados por Phillips (1963, citado por Scheff, 1984), por

vezes, pessoas altamente qualificadas não são admitidas quando a interpretação psiquiátrica de seu desvio confirma publicamente o rótulo de “doente mental”.

Mas como uma pessoa se enquadra nessa interpretação psiquiátrica? A interpretação de um rompimento normativo residual como um sintoma de “doença mental” é feita pela Psiquiatria a partir da descontextualização do rompimento das normas, tornando-o uma propriedade do comportamento em si (Garfinkel, 1967; Scheff, 1984). No campo do processo “saúde/doença mental”, a Psiquiatria assumiu historicamente o papel de principal rotuladora legitimada socialmente há pelo menos dois séculos, sustentando-se a partir da noção de diagnóstico. Para os autores da Teoria da Rotulação Social,

o diagnóstico psiquiátrico implicaria uma poderosa operação de rotulação capaz de produzir um tipo especial de desvio secundário: a doença mental. O diagnóstico engendraria um estereótipo que orientaria a ação da sociedade no sentido de demandar dos “desviantes” um comportamento “louco”, levando a que eles se comportem como tal (Coelho, & Almeida Filho, 2002, p. 318).

Szasz (1977) coaduna com tais reflexões e afirma que “alegando descrever uma conduta, o que os psiquiatras geralmente fazem é prescrevê-la. Chamar uma pessoa de mentalmente insana é um exemplo: isto afirma, ou implica, que seu comportamento seja inaceitável e que ela deva se conduzir de outras maneiras mais aceitáveis” (p. 54). No ato de rotular as pessoas, considerações e discriminações implicitamente estão operando, tornando a linguagem da “doença mental” uma retórica da rejeição.

A questão não é que os diagnósticos psiquiátricos não tenham significado, mas que podem ser, e geralmente são, usados como cassetetes semânticos: golpear a respeitabilidade e dignidade do sujeito o destrói, efetiva e frequentemente, mais do que golpear seu crânio. A diferença é que o homem que empunha um cassetete é reconhecido por todos como uma ameaça pública, mas aquele que empunha um diagnóstico psiquiátrico não é (Szasz, 1977, p. 194).

Algumas entidades da nosologia psiquiátrica chegaram a ganhar explicitamente um caráter discriminatório e passaram a ser usualmente reproduzidas pela sociedade, como a “idiotia” e a “degeneração racial”, por exemplo. Nesse caso, o caráter moral

da Psiquiatria fica claramente exposto. Prontamente foram realizadas então re-rotulações periódicas que funcionam como disfarces semânticos, apresentadas à comunidade científica como as mais novas descobertas, atestado da evolução da ciência. Mas, “com o uso persistente – frequentemente só depois de uma década ou duas – o significado pejorativo do termo se torna crescentemente aparente e seu valor como camuflagem semântica diminui e desaparece” (Szasz, 1977, p. 62), o que explica a profusão de termos e a constante renovação das entidades nosológicas psiquiátricas.

Entretanto, tal interpretação psiquiátrica geralmente não se configura como o início do processo de rotulação social; ela é precedida por uma desconfiança de diagnóstico psiquiátrico no âmbito familiar. É verdade que o discurso psiquiátrico já não pertence somente ao campo da Psiquiatria. A própria sociedade apropria-se da forma como os médicos diagnosticam seus pacientes, e não são poucas as pesquisas sobre os conhecimentos do discurso psiquiátrico aprendidos e re-produzidos dentro das comunidades (por exemplo, Rabelo, Alves, & Souza, 1999).

Ademais, na fase inicial de rotulação estão envolvidas outras nomeações que não só as psiquiátricas. Diversas instituições competem oferecendo sentidos distintos aos desvios ainda em fase de significação. Os estudos de Rabelo et al. (1999), por exemplo, mostram-nos uma gama de instituições, paralelas à Psiquiatria, procuradas por camadas populares de Salvador (como igrejas e outras instituições religiosas). Esses autores fizeram um estudo sistemático do “nervoso”, revelando-o como um rótulo concorrente para a compreensão dos desvios percebidos e de como devem ser interpretadas as interações com a comunidade. Comportamentos agressivos contra algum familiar com status superior (como a mãe, por exemplo) foram rotulados como “nervoso” (e não como “doença mental”); assim como ouvir vozes e ver vultos podiam sinalizar, num contexto específico, uma possessão espírita ou experiência religiosa. Isso pode evidenciar a profusão de sentidos que podem ser oferecidos aos comportamentos por vezes considerados como desviantes pela rede social daqueles que ainda não foram rotulados como sintomas de “doença mental”.

Em momentos de rompimentos de normas residuais (geralmente chamados de “crise” pelas famílias e pelos profissionais), o desviante é altamente sugestionado e pode aceitar o papel proferido de “doente mental” como única alternativa (Scheff,

1984). Nesse caso, a pessoa que rompe com normas residuais publicamente, diante da dificuldade em lidar com tais situações, se torna ansioso e sugestionável às dicas oferecidas pelos que estão a sua volta para organizar a sua experiência de rompimento. Entretanto, as pessoas à sua volta também estão confusas e, diante da necessidade de agir imediatamente, atuam coletivamente com base em atitudes compartilhadas informadas pelo estereótipo de “insanidade”.

Como fica claro, a família aparece como uma rede de interações de fundamental importância nos momentos iniciais de rotulação social. Cooper, tratando especificamente do processo de interpretação da “esquizofrenia”, aponta que

esquizofrenia é uma situação de crise microsocial, na qual os atos e experiências de determinadas pessoas são invalidadas por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo “mentalmente doente” de certa maneira, e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de “paciente esquizofrênico” pelos agentes médicos ou quase-médicos (Cooper, 1967, p. 17).

A família é o principal âmbito de socialização das pessoas e tem um papel decisivo para a constituição dos *selves* e para a apresentação do mundo às pessoas a partir do aprendizado comunicacional, processo a que Mead (1934/1995) dedicou-se fortemente e que foi descrito brevemente nesse capítulo. No âmbito familiar, as trocas conversacionais são muito intensas e o jogo de posicionamentos muito decisivo para a vida das pessoas. Mas, para além do papel da família, a própria pessoa pode adotar dicas interpretativas acerca de seu desvio que também ressoam sua experiência prévia com o estereótipo de “insanidade”. Nessa situação, a pessoa pode começar a seguir o padrão de comportamento sugerido pelos seus próprios estereótipos e pela reação dos outros²¹.

Quando um transgressor de uma norma residual organiza seu comportamento dentro da estrutura de uma desordem mental, e quando essa organização é

²¹ A função das imagens pessoais de “doença mental” ainda é pouco documentada. Um exemplo de estudo foi realizado por Rogler e Hollingshead em 1965, em Porto Rico, acerca do estereótipo do “loco” para pessoas que procuraram um serviço de Saúde Mental (citado por Scheff, 1984).

validada por outros, particularmente outros com prestígio (como psiquiatras), ele é apanhado pelo rótulo e irá proceder na carreira de um desvio crônico (Scheff, 1984, p. 67).

O autocontrole parece também exercer papel importante nesse processo. Para todas as pessoas, inclusive as consideradas “normais”, o autocontrole não é automático e precisa de circunstâncias propícias que permitam este delicado processo de equilíbrio. Shibutani (1961, citado por Scheff, 1984) comenta que algumas condições, como fadiga, fome, privação de contato físico, reação a narcóticos ou a drogas lícitas ou ilícitas psicoativas e excessiva excitação ou tensão dificultam tal processo.

A imagem propagada de um “doente mental” é de uma pessoa que não tem autocontrole. Entretanto, o autocontrole de uma pessoa rotulada como “doente mental” varia de acordo com a fase em que a pessoa está no processo de rotulação. No princípio (quando a pessoa é rotulada pela primeira vez quando transgredir alguma norma residual publicamente), o autocontrole foi perdido apenas momentaneamente, sendo possível recuperá-lo. Quando o rótulo é fixado e não ignorado ou normalizado, o autocontrole pode ser manejado de acordo com as expectativas dos outros frente à atitude de controle de seus comportamentos. Já quando o rótulo passa a fazer parte de sua autoconcepção, a pessoa pode não mais controlar seus próprios comportamentos frente a situações de estresse, resultando em episódios de comportamento impulsivo.

4. A estabilização do rótulo de “doente mental”

No processo de estabilização do rótulo de “doente mental”, é possível perceber a inter-relação dos conceitos propostos até aqui, de forma a compreender de modo mais sistêmico e integrado o processo de rotulação social. As relações entre o desvio e a reação da sociedade, tomando como referência as fases do processo de rotulação, estigmatização e segregação, podem ser analisadas como parte do processo de estabilização e início da carreira de “doente mental”.

A análise proposta por Scheff (1984) aponta para a necessidade de elencar quais as contingências que influenciam a direção e a intensidade da reação da

sociedade frente a um rompimento de normas residuais (uma vez que há casos em que tal rompimento gera mudança nos modos de compreensão da sociedade, inclusive elevando o status da pessoa transgressora – como espiritualmente elevado, por exemplo). Tais contingências, apesar de inúmeras, podem ser classificadas de acordo com (1) a *natureza* do rompimento normativo, (2) a *pessoa* que rompeu a norma, e (3) a *comunidade* em que tal rompimento ocorreu. Algumas variáveis mostraram-se fundamentais para tal análise. Quanto à *natureza* do rompimento normativo, destacam-se o *grau*, a *quantidade* e a *visibilidade* do rompimento normativo. Quanto à *pessoa* que rompeu a norma, é de fundamental relevância o *poder* do transgressor (econômico, relacional). Quanto à *comunidade* em que o rompimento ocorreu, destacamos a *distância social* entre o transgressor e os agentes do controle social, o *nível de tolerância* da comunidade, a *disponibilidade cultural* da comunidade para papéis não-desviantes e a *severidade da reação social*. É importante ressaltar que apenas o grau e a quantidade de rompimentos referem-se às ações da pessoa transgressora e são as únicas características levadas em consideração pelos saberes psiquiátricos e policiais. Já as características de visibilidade, poder do transgressor, distância social, nível de tolerância comunitária, disponibilidade cultural de papéis não-desviantes e severidade da reação social referem-se a características do sistema social. Assim, é possível estudar contingências do sistema social na carreira de “doentes mentais”, sem precisar focar apenas as características dos desvios das pessoas.

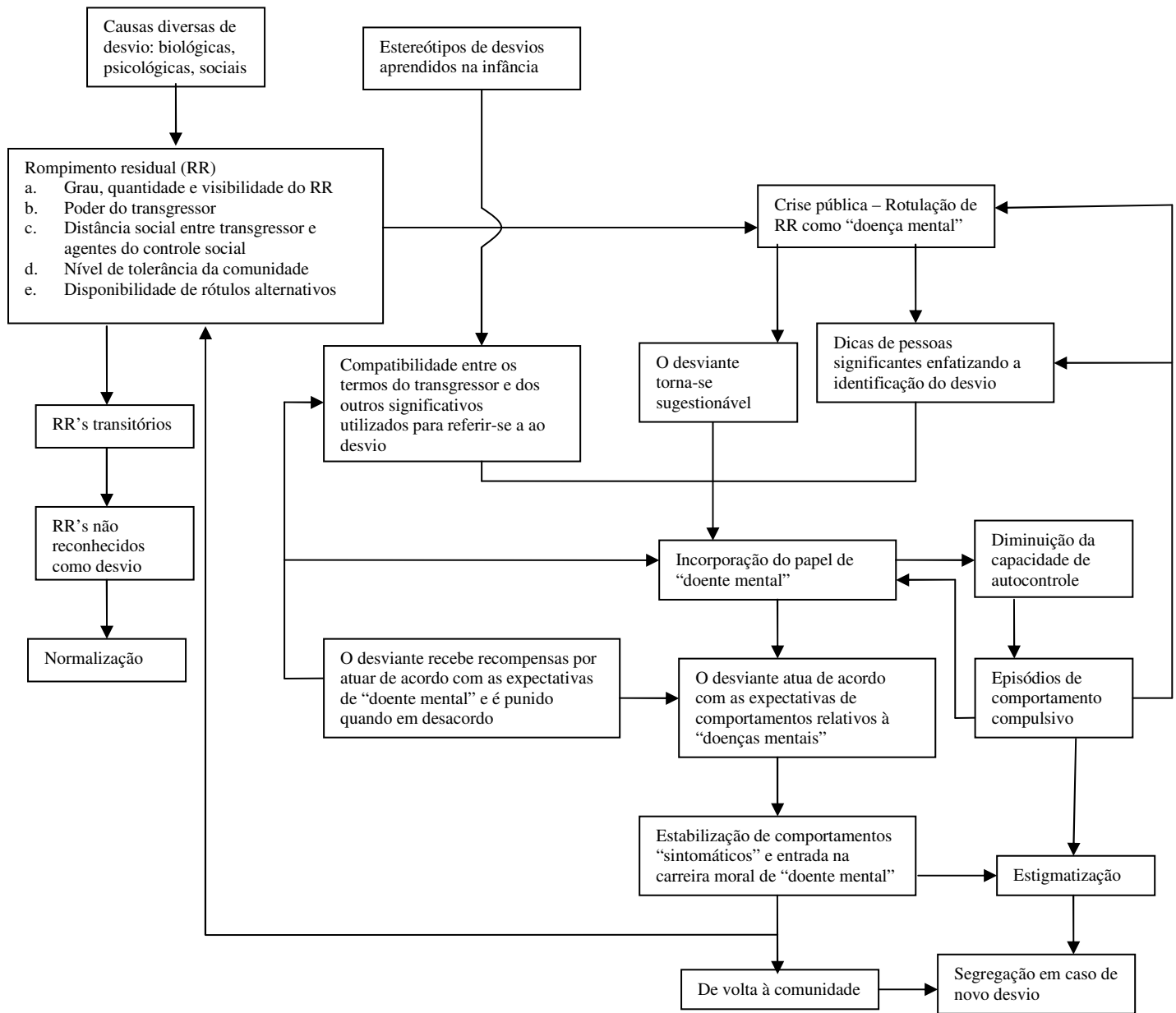
Tais contingências são tomadas como causais na definição de alguém como desviante por conta da inter-relação cumulativa e recíproca entre o transgressor da norma e a reação social. A relação causal não segue a fórmula causa-efeito porque não é linear; faz parte de um círculo vicioso no qual estão implicadas as influências recíprocas das variáveis umas sobre as outras de modo complexo e bilateral. Analisando os modos como a pessoa rotulada interage com seu meio social, Rogler e Hollingshead (1965) apontam que

apesar da pessoa doente estar profundamente absorvida na sua doença e desejar falar isso, confidentes são cuidadosamente escolhidos. A doença é suprimida como tópico da conversação entre amigos e conhecidos. Há um esforço feito pela pessoa para simular que ela não é louca. Ela controla comportamentos que possam exacerbar condutas semelhantes à loucura. Esses esforços são

relativamente vãos, entretanto, enquanto os sintomas da doença são fortes e visíveis no contexto social no qual ele vive. De fato, a pessoa doente começou a ser vista e tratada como louca. Ela se isola da sociedade por medo de ser estigmatizada como louco. Desse modo, a rejeição por seus amigos e associados a pressionam para o isolamento. O estigma imputado a esse papel é tão forte que seu isolamento da participação em todo tipo de grupo social parece ser uma seqüela natural da condenação que sofre (citado por Scheff, 1984, p. 72).

O esquema apresentado na Figura 1, baseado em Scheff (1984), representa os modos como o desvio se estabelece e é amplificado, em um sistema de *feedback* positivo, sistematizando os conceitos até aqui trabalhados. Cada componente do esquema é um sistema de contingências em si mesmo, que opera como parte de uma rede de conexões. Tal rede é chamada por Scheff de sistema de amplificação de desvio, no qual é possível compreender a estabilidade e/ou amplificação do desvio, assim como sua normalização.

Figura 1: Sistema de amplificação/estabilização do desvio.



Seguindo os acontecimentos expostos em cada quadro do esquema, podemos acompanhar o processo de rotulação. O percurso completo de amplificação do desvio expõe os passos da carreira moral do “doente mental”. “Uma carreira de desviante é a seqüência de movimentos de uma posição estigmatizada para outra dentro de um setor do sistema social mais amplo que funciona para manter o controle social” (Scheff, 1984, p. 69). A amplificação do desvio acontece quando as contingências retroagem sobre si mesmas, aumentando a força da rotulação e estigmatização à medida que a pessoa recomeça o ciclo novamente. A estabilização prevê apenas uma passagem por cada quadro. O processo de normalização está brevemente representado à esquerda do esquema como alternativa às pessoas que rompem normas residuais, que não necessariamente precisam experienciar as situações descritas no processo de rotulação.

5. A “doença mental” como desvio da ordem pública

Ao atentarmos para o processo de rotulação da “doença mental”, é preciso uma análise mais aprofundada sobre o conjunto de normas sociais residuais rompidas. Para Goffman (1964), a norma ofendida pelo comportamento considerado sintoma de “doença mental” é a ordem pública, e mais especificamente uma parte dela: a ordem que governa as pessoas quando estão na presença física imediata de outras pessoas. Tratando da “psicose”, Goffman afirma:

A maioria dos comportamentos psicóticos é, em primeira instância, uma falha para executar ou acatar as regras estabelecidas para a conduta das interações face a face, regras estas estabelecidas, ou pelo menos forçadas, por alguma avaliação, julgamento ou perseguição de um grupo. O comportamento psicótico é, em muitas instâncias, o que pode ser chamado de impropriedade situacional (Goffman, 1964, p. 141).

Assumindo que muitos dos sintomas de “doenças mentais” são instâncias de impropriedades situacionais, é preciso se perguntar quais são as situações impróprias envolvidas nesse desvio de conduta. Assim, seria possível criar uma compreensão sociológica da diferenciação realizada entre pessoas consideradas “doentes mentais” e pessoas consideradas “normais” ou “sadias”. Entretanto, há muitas situações

inapropriadas na ordem pública aparentemente desconexas com a “doença mental” (como a arrogância, a insolência, a intoxicação, o vício, etc.). É preciso definir quais dessas situações são exclusivas de desvios considerados “doenças mentais”. A literatura sugere que uma impropriedade situacional da “alienação mental” é um ato que uma pessoa não pode facilmente ser empática com o desviante, levando-a a sentir que o infrator é imprevisível e não merece confiança, que não compartilha de um mesmo mundo e que não pode se colocar no seu lugar (Goffman, 1964).

Entretanto, a distinção entre impropriedades situacionais sintomáticas e não sintomáticas de uma “doença mental” não é fácil de ser presumida e depende do aparato consensual usado culturalmente para avaliar as pessoas. Segundo Goffman (1957), frente a um desvio de conduta, não há regras fixas que imediatamente informem se tal comportamento deve ser considerado sintoma de “doença mental” ou não. O consenso geralmente só aparece após o fato; após o rótulo de “doente mental” ter sido oferecido, ou após ter sido descartado. Assim, uma análise psico-sociológica dessas situações deve inevitavelmente ser um pouco insatisfatória, incluindo o estudo do conjunto de condutas percebido como “normal” e do conjunto percebido como “louco” (justamente por sua natureza imprevisível).

Goffman (1964) comenta que a Sociologia usualmente tem tratado teoricamente deste tipo de fenômeno fazendo uso de conceitos estruturais. Para ele, tais conceitos não conseguem captar as nuances das interações face a face, sendo preciso focar as regras e compreensões normativas por meio de termos interativos. As teorias da Etnometodologia e Análise de Conversação destacam-se nessa proposta.

III – “Doença mental” como produto de práticas discursivas interacionais: uma aproximação etnometodológica

A Etnometodologia, tradição fundada com os estudos de Garfinkel (1967), volta-se para os efeitos dos usos cotidianos da linguagem nas relações e práticas

sociais, contribuindo para a análise das interações sociais imediatas (Heritage, 1984). Tal abordagem funda-se nos pressupostos teórico-metodológicos do Interacionismo Simbólico, tendo a Escola de Chicago como tradição filosófica comum, compartilhando da perspectiva interacional e simbólica proposta pelos estudos da rotulação. Além disso, seus fundamentos ontológicos e epistemológicos são compatíveis e coadunam com as reflexões meta-teóricas propostas pelo construcionismo, relatadas de forma resumida anteriormente. A partir de suas considerações sobre os métodos tácitos usados pelas pessoas, essa abordagem procura compreender como elas conseguem avaliar as situações sociais e ajustar seus modos de ação.

A Etnometodologia considera que as pessoas, em suas interações, utilizam “dicas” situacionais (verbais e não verbais) para compreender e categorizar os sentidos das falas e gestos dos seus interlocutores e poder assim avaliar e ajustar suas condutas. Isso pode sugerir que as definições das situações dependem de uma negociação constante de sentidos realizada nas interações sociais mediadas pela fala. Essa forma tácita de compreensão social é chamada por Garfinkel de *etno-métodos*: formas de entendimento situacional utilizadas pelos atores nas interações cotidianas para definir os sentidos das situações e assim poder ajustar constantemente seus modos de ação (Heritage, 1984).

A Análise de Conversação é um ramo da Etnometodologia desenvolvido por Sacks (1992) que se volta para as conversas cotidianas, procurando perceber as regras normativas e interacionais da conversação. Configura-se como uma teoria sociológica que propõe conceitos relacionais e não estruturais para a análise dos encontros face a face. Seus estudos, utilizando a noção de etno-métodos, focam as regras conversacionais em seus diversos aspectos (por exemplo, Drew, Chtawin, & Colins, (2001); Mishler (1984); Boyle (2000); Schenkein (1978); Boden, & Zimmerman (1991); e Zola (1963)).

Tal abordagem postula que a pessoa, em uma determinada interação, define uma dada situação a partir de uma enunciação dirigida a um interlocutor, o que cria um contexto e orienta as falas subseqüentes. Segundo Atkinson e Heritage (1984), esse fenômeno ocorre quando uma fala projeta uma atividade ou uma série de atividades para o próximo falante – um fenômeno referido como a *implicação*

seqüencial de um turno da fala. A projeção da próxima atividade é realizada através de um par de ações reconhecível por meio de convenções como, por exemplo, saudação/saudação, pergunta/resposta, convite/aceitação ou rejeição, etc. De acordo com Silverman (1998), a organização desses tipos de falas consecutivas constitui o conceito de *par adjacente* – seqüência de duas falas que são “discriminativamente relacionadas” na medida em que a primeira parte define ou discrimina quais segundas partes são adequadas.

A cada enunciação, as pessoas re-atualizam o contexto e, na medida em que criam novos tópicos, redefinem as situações sociais. Diversos aspectos dessas seqüências de fala podem ser analisados: as pausas, as respostas “preferidas” e “despreferidas” (neologismo criado pela Etnometodologia para referir-se às respostas não esperadas, que revelam o rompimento da norma), as trocas de turno de fala, as interrupções, o controle de tópicos, entre outros.

Estudos da conversação de pessoas consideradas “doentes mentais” aparecem na tradição etnometodológica ligados fortemente a situações que, por si mesmas, são muito diferentes das conversas cotidianas e envolvem regras conversacionais específicas, como na relação psiquiatra-paciente, estudada por Ribeiro (1994) e Pinto (1996). Ribeiro, por exemplo, comparou as características do discurso de uma pessoa considerada “psicótica” em uma consulta psiquiátrica de entrada no manicômio, com o paciente em “estado de surto psicótico”, com uma outra consulta do mesmo paciente na saída, “fora do surto”. As características conversacionais encontradas desta forma referiram-se à situação dialógica do psiquiatra e do paciente em momentos de vida usualmente tensos, mediada por uma diferença de status e poder imensa entre os atores (de um lado, o psiquiatra que diagnostica e interna e, do outro, a pessoa considerada “psicótica”, “doente mental”).

Por ser um fenômeno complexo e sempre mediado pela linguagem, é de grande importância uma abordagem que se volte para os modos de conversação dessas pessoas com seu entorno social familiar. A Etnometodologia e a Análise de Conversação oferecem ferramentas teóricas e metodológicas para compreender os etno-métodos utilizados pelas pessoas no processo de rotulação social. Desse modo, é possível uma abordagem que atente para os modos como conversacionalmente são utilizadas estratégias para a construção de sentidos acerca dos rótulos utilizados pela

família, e suas implicações para as re-elaboraões dos *selves* de pessoas assim rotuladas, retroativamente.

Capítulo 3

Considerações metodológicas

Esse estudo visa compreender a negociação do processo de rotulação social realizada no âmbito familiar que leva a inserir a família e a pessoa suspeita de ser “doente mental” nos serviços de atendimento psiquiátrico. Tem como objetivos compreender as características interacionais da conversação cotidiana de pessoas rotuladas como “doentes mentais” com suas famílias, especialmente por meio da análise dos modos como as famílias negociam e constroem discursivamente os *selves* de pessoas assim categorizadas frente à identificação de desvios normativos. A trajetória de rotulações será focada.

Contudo, antes de apresentarmos nossa análise, realizaremos uma breve descrição da metodologia adotada na presente pesquisa, desde os procedimentos e reflexões éticas adotados, aos primeiros contatos com as instituições de apoio e aos encontros com nossos participantes de pesquisa, assim como os procedimentos analíticos.

I – Reflexões éticas e procedimentos metodológicos

1. A ética na pesquisa psicossocial

A realização de uma pesquisa de caráter psico-sociológico, vinculada à produção de conhecimentos no âmbito dos programas de pós-graduação brasileiros, exige uma série de procedimentos e reflexões éticas para sua elaboração, aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa e posterior desenvolvimento.

Antes das formalidades, contudo, algumas reflexões importantes são necessárias frente às particularidades de nossos participantes de pesquisa. Considerar que pessoas rotuladas como “doentes mentais” são capazes de participar de uma pesquisa; que podem reconhecer e exigir os direitos oferecidos (garantia de

anonimato, revelação velada, desistência), que podem compreender os objetivos e procedimentos explanados, assim como consentir sobre a utilização de seus dados é apostar que as pessoas consideradas “doentes mentais” podem posicionar-se como cidadãos, imputando-lhes a credibilidade necessária para considerá-las sujeitos de direitos. Oficialmente apenas quando a pessoa está em pleno “surto” ou é interditada judicialmente, ela não pode responder por seus atos, perdendo seus direitos e deveres como cidadã. Todas as pessoas que participaram dessa pesquisa não foram interditados judicialmente e nem se encontravam em “estado de surto”, participando da explanação dos objetivos, procedimentos e do compromisso ético da pesquisa junto a seus familiares.

Anterior ao contato com os participantes, entretanto, foi necessária a aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – que a registrou na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CONEP] – e da Secretaria Municipal de Saúde, segundo dispõem as diretrizes do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196, de 10/10/1996 – “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”. Os pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC e da Secretaria Municipal de Saúde encontram-se nos Anexos 1 e 2 em CD-ROM (de acesso restrito). Um elemento importante para a avaliação ética é o termo de consentimento informado, a ser assinado por todos os participantes da pesquisa. Tal termo foi apresentado no primeiro encontro com os participantes, quando foram discutidos os objetivos da pesquisa, sua metodologia e o termo de compromisso ético. O primeiro contato entre a pesquisadora e os participantes foi marcado por tal acordo de colaboração e transparência, como sugerido por Spink e Menegon (2000).

Foi destacado que este acordo inicial poderia ser revisto a qualquer instante, sendo garantida a possibilidade de desistência dos participantes a qualquer momento do processo investigativo. Como é um contrato que exige uma relação de confiança, foi oferecido o direito da não-resposta, ou revelação velada (que não pode ser gravada). Foram solicitadas também autorizações para a gravação, transcrição, análise e reprodução das situações dialógicas anteriormente explicadas, garantindo o anonimato dos participantes. Este acordo está registrado em um termo escrito²², no

²² O Termo de Consentimento Informado encontra-se no Anexo 3 em CD-ROM.

qual está explanado o compromisso ético da pesquisa, assinado por todos os participantes da pesquisa, inclusive a pesquisadora.

2. O contato com o campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada, a princípio, com a colaboração de duas pessoas que estavam em diferentes momentos de suas “carreiras morais de doentes mentais” junto a seus familiares. A primeira pessoa a participar deste estudo já havia percorrido algumas etapas da construção do rótulo de “doente mental” e há cinco anos lidava junto com sua família com a construção de um *self* marcado por tal categorização social. A análise de sua história de vida poderia nos ajudar a compreender as reações sociais frente aos desvios, e, principalmente, os destinos sociais criados a partir da estabilização de tal rótulo, como sugerido pela Teoria da Rotulação Social.

A segunda pessoa contactada estava iniciando sua rotulação social, processo que começa geralmente após uma primeira crise que tenha levado às primeiras consultas psiquiátricas. O motivo da escolha de um participante que estivesse no início da carreira psiquiátrica se deu pela possibilidade de aproximação dos momentos em que as pessoas envolvidas em seu cotidiano, diante das quebras de expectativas, tentam construir sentidos por meio de negociações acerca do rótulo social da “doente mental”. Assim seria possível perceber se o processo de construção do rótulo de “doente mental” é construído pela sensibilidade familiar não só aos desvios descritos pelos manuais diagnósticos, como alucinações e delírios, mas também a aspectos mais tácitos e sociais como apontado pela Teoria da Rotulação Social. Além disso, poderíamos nos aproximar das reações sociais do início do processo de rotulação diante de tais desvios recentes e suas implicações para a identificação do desvio sob o rótulo de “doente mental” e sua paulatina estabilização ou normalização.

Apesar de a coleta ter sido realizada com duas famílias, posteriormente, apenas uma delas manteve-se como caso analisado. Essa decisão fundamentou-se na impossibilidade de análise dos dois casos, diante da quantidade de informações conseguidas. Contudo, apesar da análise ter se restringido somente a um caso, será

realizada apresentação dos passos adotados para o contato com todos participantes, a fim de tornar público o método adotado para a construção do conhecimento aqui proposto.

Para encontrar dois participantes com tais perfis, como havia sido pensado a princípio, foi necessária uma aproximação com o campo da Saúde Mental em São Paulo, realizada a partir do acompanhamento e colaboração oferecidos ao Aprimoramento em Saúde Mental efetivado no âmbito de convênio entre a Prefeitura de São Paulo e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, coordenado pela professora Maria Cristina Vincentin do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP, durante o ano de 2006. A partir desses contatos, pudemos participar de encontros de profissionais de Saúde Mental realizados pela Coordenadoria de Saúde Mental da Zona Norte, destacando-se a colaboração e disponibilidade do Ambulatório de Especialidades Maria Cecília Donnangelo e do Centro de Atenção Psicossocial [CAPS], ambos localizados no bairro Brasilândia, na cidade de São Paulo.

No Ambulatório Maria Cecília Donnangelo, foi realizado contato com a psiquiatra da unidade, que indicou um participante com diagnóstico de “doença mental”, acompanhado por ela há cinco anos. Após contato e apresentação dos objetivos e procedimentos éticos e metodológicos, ele e sua família aceitaram participar da pesquisa. Além de um encontro destinado para esta primeira apresentação (não gravado), foram realizados quatro encontros ao longo de cinco meses, (duas entrevistas semi-estruturadas e dois “encontros livres”²³).

Finalizado este primeiro tempo da pesquisa, procuramos o CAPS Brasilândia para a indicação de nosso segundo participante de pesquisa. Após a apresentação dos objetivos e procedimentos da pesquisa à diretora e a consequente aprovação, realizamos, junto com a psiquiatra da unidade, consulta aos prontuários mais recentes. Foram selecionados dez prontuários e destes foram contactados oito pessoas, uma vez que as duas restantes não se encontravam mais nos endereços constantes nos prontuários, nem possuíam telefones para contato. Uma apresentação inicial da pesquisa foi feita por telefone, solicitando visita domiciliar para maiores

²³ Método de entrevista caracterizado por encontros menos diretivos, a ser posteriormente explicado.

esclarecimentos. Apenas seis concordaram em nos receber. Uma pessoa, após visita, não quis participar da pesquisa, restando cinco possíveis participantes. Destas, duas pessoas mostraram-se incompatíveis com nosso intento, uma vez que estavam freqüentando outras instituições ligadas à Saúde Mental há pelo menos dez anos, sem que esta informação constasse de seus prontuários no CAPS. Ressaltamos que precisávamos encontrar um participante que só recentemente tivesse ingressado em sua carreira psiquiátrica. Isso nos deixou com apenas três pessoas. Foram realizados três encontros com cada um deles. Destes, um homem de vinte e quatro anos, destacou-se, uma vez que havia tido sua primeira “crise” há apenas quatro meses, e estava freqüentando, sem muita adesão, o CAPS, cujo processo de rotulação ainda poderia estar em aberto. Além disso, em seu prontuário, os sintomas mais clássicos de “psicose”, alucinações e delírios (de cunho religioso), estavam presentes, além de problemas de isolamento e agressão, o que apontaria para a possibilidade de um cenário familiar bastante interativo. Os sintomas e o próprio diagnóstico eram muito semelhantes ao primeiro caso acompanhado anteriormente. Foram realizados sete encontros com ele e sua família, ao longo de dois meses (duas entrevistas semi-estruturadas e cinco “encontros livres”).

Para ambos participantes, realizamos dois tipos de estratégia metodológica. A primeira configura-se como entrevistas semi-estruturadas, onde buscamos compreender os momentos interacionais em que os desvios das pessoas começaram a ser notados (por elas mesmas e por sua rede familiar) e como foram compreendidos (quais rótulos foram usados para dar sentido a eles e quais “sinais” foram apropriados para a construção de novas rotulações). A segunda estratégia metodológica pode ser definida como encontros menos diretivos (chamados aqui de “encontros livres”). É prudente ressaltar que tais encontros fazem parte do gênero discursivo das entrevistas, já que a pesquisadora é posicionada como alguém de fora do ambiente familiar e comunitário e que quer conhecer acerca do cotidiano familiar. Porém tais encontros não são orientados por um roteiro a ser seguido passo a passo para dirigir a conversa, apenas uma direção guiada pela intencionalidade dos objetivos da pesquisa. Tal estratégia possibilita o registro de padrões interativos de conversas cotidianas entre a pessoa considerada “doente mental” e um ou mais familiares ou pessoas de seu entorno social, junto à pesquisadora, procedimento metodológico indicado pela Etnometodologia e Análise de Conversação. Este

procedimento oferece maior fluidez aos diálogos e aproxima a pesquisadora dos modos de conversação locais. Somado a essas duas estratégias, tivemos acesso aos prontuários dos dois participantes, que auxiliaram na compreensão (principalmente psiquiátrica) dos serviços frente aos desvios que apresentam.

Todos os encontros foram realizados na residência dos participantes, o que possibilitou uma maior aproximação com o contexto em que as primeiras rotulações começaram a ser realizadas, permitindo que a pesquisadora pudesse também se familiarizar com esse entorno. Além disso, coletar as informações fora dos centros de atendimento de Saúde Mental evita que os participantes tomem a situação de entrevista como uma relação com um profissional psicólogo, cujos encontros são compreendidos a partir de enquadres clínicos (Pinheiro, & Spink, 2004).

Todos os encontros, além de serem gravados em áudio, foram registrados em um diário de campo, indicando a presença de todas as pessoas que compareceram aos encontros, a disposição espacial dos participantes na hora das entrevistas, data e horário das visitas, e quaisquer acontecimentos inusitados que ocorreram durante os encontros, a fim de orientar ou esclarecer dúvidas quando da escuta e análise das fitas²⁴.

Após a descrição dos contextos e as dinâmicas das situações dialógicas e de se familiarizar com a escuta das gravações, foram construídas transcrições sequenciais, formas resumidas de transcrição usadas para identificar os temas, como proposto por Pinheiro e Spink (2004). Esse é um primeiro nível de organização dos diálogos que permitiu a seleção dos trechos mais relacionados com os objetivos das entrevistas para uma análise mais aprofundada. Uma vez selecionados os trechos mais importantes, estes foram transcritos²⁵ de modo detalhado, atentando para as convenções internacionais de transcrição indicadas pela AC (expostas na Lista de Códigos de Transcrição, na página 1).

Ambos os casos mostraram-se muito ricos para a análise do processo de rotulação, apresentando diferenças fundamentais entre si, indicando que o processo de rotulação sofre influências do tempo em que os atores sociais estão envolvidos, e

²⁴ As anotações do diário de campo encontram-se junto às transcrições de cada encontro, no Anexo 4 .

²⁵ As transcrições dos trechos selecionados encontram-se no Anexo 4.

talvez até mesmo dos serviços de Saúde Mental em que cada um estava inserido. Entretanto, diante da análise detalhada e da quantidade de informações obtidas com os dois casos, foi feita a opção pela análise apenas das entrevistas e “encontros livres” do segundo participante, tendo em vista os procedimentos analíticos pormenorizados propostos pelo método adotado. Uma vez que o processo de rotulação social estava recente no segundo caso, este foi escolhido para a análise, por ainda estar em pleno processo de negociação. As interações conversacionais mostraram-se mais adequadas para a análise proposta aqui.

Por conta de tal escolha, não se torna necessária a apresentação do primeiro participante para este estudo, uma vez que seu caso será analisado em trabalho posterior. Portanto, será realizada somente a apresentação dos participantes do caso escolhido. As transcrições completas em anexo contêm apenas as entrevistas e “encontros livres” do segundo caso.

II – Apresentação dos participantes

O caso Iago²⁶

O prontuário de Iago, já na segunda página, apresenta o código F20.0 do CID-10, indicando “esquizofrenia”. Iago foi acolhido no CAPS por uma psicóloga que registrou todas as queixas familiares em maio de 2007. Entre elas, destacavam-se “delírios persecutórios” (Iago acredita que vizinhos puseram uma macumba nele) e “alucinações de caráter religioso” (vê vultos de espíritos da macumba e demônios), “corpo torto”, “sem juízo crítico quanto ao seu estado patológico”. Foi atendido em sua segunda visita à unidade pela psiquiatra, que parece não ter tido problemas em diagnosticá-lo como “esquizofrênico” já em seu primeiro contato com Iago. Entretanto, na Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo, realizada menos de um mês depois, seu diagnóstico mudou para F29, “psicose não orgânica não identificada”. Iago foi encaminhado ao CAPS

²⁶ Todos os nomes citados nesta pesquisa são fictícios, para efeito de proteção das identidades dos participantes, como previsto pelo Termo de Consentimento Informado.

pelo setor de emergência psiquiátrica do Hospital Mandaqui. Ele e sua família já haviam passado por lá em três “crises”, que aconteceram nos dois meses anteriores ao encaminhamento ao CAPS.

Iago é um homem de vinte e quatro anos, filho de retirantes nordestinos e morador da Brasilândia desde criança. Mora em uma casa simples com seus pais (D. Isolda, com cinquenta e nove anos, e Seu Pedro, com sessenta e oito anos); três irmãs; uma mais velha (Guilhermina, vinte e seis anos) e duas mais novas (Neide, vinte e um anos, e Berenice, dezoito anos); um cunhado (Vitor, vinte e três anos), casado com Neide; e três sobrinhos, a mais velha, Clara, filha de Guilhermina, com sete anos, Josenildo, de quatro anos, e Fernanda, de seis meses, estes últimos, filhos de Neide. A renda da família vem de Guilhermina e Vitor, que trabalham, e Seu Pedro, o pai, que é aposentado.

Iago teve sua primeira “crise” pouco tempo antes de ter aceitado participar desta pesquisa. Em suas crises, relatou ouvir sua vizinha “rogar praga de macumba” para ele, o que o fez ver espíritos, urinar na roupa e entortar-se, a ponto de cair no chão se não tivesse sido segurado. Sentiu, nesses momentos, como se estivessem “arrancando seu coração” e não conseguiu falar direito. Em nossas visitas, o encontramos com muita dificuldade de fala e com o corpo muito constrangido, apresentando grande dificuldade de locomoção, o que sugere estado de impregnação por excesso de medicação.

Iago trabalhou por pouco tempo como empacotador em uma fábrica de parafusos, mas há quatro anos não consegue trabalho. Queixa-se sempre de não poder trabalhar para ajudar as contas da casa. Para sua mãe, a perda deste emprego foi uma das razões para ele estar atualmente com “problemas” em sua saúde mental. Agora está tentando conseguir sua aposentadoria por invalidez. Frequenta a igreja Assembléia de Deus junto com a família.

III – Procedimentos analíticos

Esta pesquisa propõe duas analíticas frente ao fenômeno dito “doença mental/psicose”, com pesos diferenciados, considerando os objetivos. A analítica principal, de caráter mais amplo, segue os caminhos percorridos por pessoas uma vez consideradas desviantes, como proposto pela Teoria da Rotulação Social, desde a primeira desconfiança até a estabilização e/ou amplificação do desvio normativo, seguindo os passos propostos pelo esquema apresentado na Figura 1, como sugerido por Scheff (1984). A segunda analítica destaca os etno-métodos da conversa, analisando as características dos encontros conversacionais no relato dos participantes acerca do processo de rotulação por que passaram e ainda passam, de acordo com o método etnometodológico e conversacional da AC. Esta segunda analítica focará os diferentes padrões interacionais construídos dialogicamente pelos participantes da pesquisa quando se referia aos momentos interacionais vividos no processo de rotulação.

Para a análise da rotulação, as falas das entrevistas e encontros foram categorizadas de acordo com os diferentes momentos vividos por eles ao enfrentarem a rotulação como “doente mental”, como elencadas no capítulo dois sobre a Teoria da Rotulação Social. Cada momento apontado pela teoria no Sistema de Amplificação de Desvio foi pensado como uma categoria analítica, procedimento que permitiu atentar mais especificamente para os processos de negociação discursivos sobre a rotulação.

Portanto, mesclada à análise dos trechos mais significativos que ilustram o processo de rotulação, atentaremos para os etno-métodos aí envolvidos. O objetivo desta análise é tentar compreender os padrões interativos conversacionais nos relatos da família acerca de cada momento do processo de rotulação.

Categorias de análise da rotulação social

O Sistema de Amplificação de Desvio aponta diversos momentos interacionais importantes no processo de construção da carreira moral de “doente mental”. Tais momentos foram transformados em categorias de análise. O quadro abaixo expõe as categorias então utilizadas:

Figura 2: Quadro com categorias de análise

Categorias
Características dos rompimentos residuais
Poder do transgressor
Tolerância da comunidade
Distância social do transgressor dos agentes do controle social
Disponibilidade de rótulos alternativos
Severidade da reação social
Crise pública
Estereótipos de “doença mental/loucura” aprendidos na infância e reafirmados continuamente
Dicas de pessoas significantes para identificação do desvio
Sugestionabilidade do desviante
Compatibilidade de termos do desviante com seu entorno
Atuação do desviante de acordo com as expectativas sociais
Incorporação do papel de “doente mental”
Diminuição do autocontrole
Estigmatização / Segregação

As transcrições do caso de Iago foram analisadas levando em consideração tais categorias; os trechos relacionados a cada categoria foram organizados em quadros analíticos²⁷.

Será realizada discussão sobre cada uma das categorias acerca dos conteúdos trazidos nas narrativas e sobre os padrões interacionais encontrados pelo método da AC no próximo capítulo. Como um mesmo episódio geralmente foi abordado em diversos momentos dos encontros e entrevistas, ele pode ser analisado em diferentes categorias, a partir da seleção de trechos distintos que possam caracterizar melhor uma ou outra categoria. Desse modo, não há episódios típicos de somente uma ou outra categoria em isolado. Sobre um mesmo tema ou episódio, é possível abordar categorias diversas, selecionando trechos diferentes. Ademais, um mesmo trecho foi analisado conjuntamente para três categorias (todas do início da rotulação social). Tais peculiaridades de análise apontam para a complexidade do sistema categorial proposto para esta análise e para a imbricação interativa de tais categorias em situações dialógicas no cotidiano familiar.

²⁷ Os quadros analíticos contendo os trechos categorizados encontram-se no Anexo 5 em CD-ROM.

Capítulo 4

Desconfianças e negociações no início da construção do rótulo de “doente mental”

Neste capítulo será apresentada a análise do processo de rotulação de uma pessoa como “doente mental” com base nas categorias propostas pela Teoria da Rotulação Social. A análise conversacional dos trechos transcritos das entrevistas e dos “encontros livres” foi realizada para cada uma das categorias, atentando para os modos interativos com que a família lida e constrói sentidos, explicitando a relação entre os etno-métodos utilizados e os sentidos negociados dialogicamente. Desse modo, é realizada de modo integrado análise conteudística e interacional. A análise de cada categoria é apresentada em separado. No próximo capítulo será realizada uma discussão geral, articulando os resultados encontrados, reflexões teóricas, limites e desafios.

1. Características dos rompimentos residuais

Compreensões de cada familiar sobre os desvios normativos são alvo de negociações constantes e tensões interativas. No caso de Iago, sua compreensão acerca do início de seu problema/sofrimento diverge das de seus familiares. Para ele, seu problema começou com suas primeiras crises públicas. Para sua mãe e suas irmãs, pequenos “sinais” do problema apareceram quatro anos antes, por conta da demissão de seu emprego. Esses pequenos “sinais” percebidos pelos familiares coadunam com as reflexões da Teoria da Rotulação Social acerca de rompimentos de normas residuais, percebidos tacitamente pelas pessoas. No trecho abaixo, que começa com um esclarecimento sobre a primeira crise de Iago, é possível perceber tal discordância entre Iago e sua mãe, D. Isolda²⁸:

²⁸ Cada interlocutor recebeu um símbolo para indicar a sua fala. Iago é indicado pelo símbolo “I:”, D. Isolda, sua mãe, pelo símbolo “M:”, Berenice, sua irmã mais nova, pelo símbolo “B:”, Neide, sua irmã do meio, pelo símbolo “N:”, Guilhermina, sua irmã mais velha, pelo símbolo “G:”, Seu Pedro, o pai, pelo símbolo “P:”.

190 E: *É, eu não tô entendendo muito bem... É:::, mas::: e antes disso, aconteceu,*
 191 *aconteceu alguma coisa? Antes de você ficar ↓ torto?*
 192 I: *Não, nada.*
 193 E: *Você tava aqui/ como foi que você ficou torto? Me conte aí.. como ↓foi.*
 194 I: *Eu tava aqui, aí || (de-repente-a-mulher-gritou-de-lá) ||*
 195 M: *|| (Começou a ficar mermo *) || no tempo que ele*
 196 *começou a sair do serviço.*
 197 I: *Não-foi-antes-do-serviço, não.*
 198 M: *Peraê, meu filho.*
 199 I: *[Saí-do-serviço há quatro-anos-atrás].*
 200 M: *Você já era pra tá fazendo seu tratamento des'daquela época. Só que você não*
 201 *aceitava. Você tava tão ruim que você não aceitava. [Ela via até] que ele tava com*
 202 *problema. Não é, [minha filha?] Eu falava até pra você, quando ficava falando*
 203 *sozinho, perdeu a perca do serviço e você foi ficando assim.*
 204 I: *Não-é-minha-culpa também.*
 205 M: *Hum. Ele trabalhava na firma...*
 (1ª Entrevista)²⁹

É interessante notar que D.Isolda interrompe a explicação de Iago sobre o que havia acontecido em sua crise e, falando de modo sobreposto, apresenta sua compreensão acerca do que aconteceu com ele (linhas 195 e 196). Falas sobrepostas, de acordo com Sacks, Schegloff e Jefferson (2003), acontecem constantemente nas interações, mas apresentam-se de forma breve. Indicam alto índice de envolvimento dos interlocutores sobre o tópico em questão e acontecem com frequência, mas não somente, em diálogos acerca de temas discordantes. Nesses casos (como no exemplo acima), a tomada de turno por ocasião de uma fala sobreposta configura-se como uma estratégia discursiva para impor uma afirmação quando não há espaço interacional permitido pelo outro interlocutor. Acontece, muitas vezes, quando o interlocutor que antes falava não troca de turno de fala, relegando o outro à posição de ouvinte. No trecho acima a entrevistadora havia selecionado Iago para o próximo turno (linhas 190, 191 e 193). Pouco depois, D. Isolda responde a pergunta que a entrevistadora havia endereçado para Iago de modo sobreposto, tomando o turno para

²⁹ As transcrições foram realizadas com o auxílio de convenções em tentativa de transpor para a leitura o modo como os participantes falam, seus trejeitos e vocalizações (por exemplo, “sesesese” para indicar barulho feito com a língua no meio de uma frase). Algumas palavras foram transcritas literalmente, mantendo os maneirismos dos falantes, suas expressões e pronúncias. A pronúncia de algumas palavras (por exemplo, a palavra “mas” pronunciada como “masí”, “três” como “trêse”, “mesmo” como “mermo”, “perda” como “perca”, “até” como “inté”, “então” como “antonce” e “muito” como “mucho”), é marcada por uma cultura verbal diferente da encontrada no ambiente acadêmico, principalmente considerando ser esta uma família cujos pais são nordestinos, com sotaque e modos de pronúncia próprios.

si. Nesses casos, ao falar ao mesmo tempo que Iago, o segundo interlocutor (D. Isolda) impõe a troca de turno e faz com que o primeiro interlocutor (Iago) lhe dê a chance de relatar a sua opinião, calando-se. D. Isolda, nesse caso, além de falar sobrepostamente, muda o tópico da conversa.

Como se tratam de opiniões discordantes, fica clara a tentativa de Iago de retomar o turno, ao negar a afirmação de D. Isolda, repetindo-a sob a forma negativa (*“I: Não-foi-antes-do-serviço, não.”*) e com isso tentando desqualificá-la. A disputa pela posse do turno continua com o pedido de D. Isolda de que ele permaneça em silêncio (linha 198: *“M: Peraê, meu filho.”*). Esse mecanismo reparador de tomada de turnos configura-se como um marcador meta-linguístico, em que um falante pede para que o outro se cale, tentando organizar a conversação (Marcuschi, 1986).

Em seguida, ainda tentando defender sua versão, Iago contrapõe a afirmação de D. Isolda inserindo o fator tempo como justificativa (*“I: [Saí-do-serviço há quatro-anos-atrás”]*). Para ele, como a saída do emprego foi há muito tempo, a explicação de D. Isolda torna-se inválida. Afirmações como estas são compreendidas para a AC por referência ao conceito de *accountability*. Para Buttny (1993), *accounts*, termo de difícil tradução para a língua portuguesa, são sentenças em que as pessoas justificam suas ações com o intuito de transformar outras sentenças anteriores, atribuindo ou retirando responsabilidade. *Accounts* são identificados na linguagem cotidiana como desculpas, justificativas, defesas, explicações, narrativas, acusações, entre outras formas. A sentença *“Saí-do-serviço há quatro-anos-atrás”* configura-se como um *account*, uma vez que tenta desqualificar a afirmação anterior de D. Isolda de que seu problema teria iniciado com a perda do emprego, legitimando sua negação por conta da referência ao fator tempo.

D. Isolda, em seguida, aproveita tal justificativa para discorrer mais: para ela, Iago já estava se sentindo mal desde essa época, mas não conseguiu perceber o seu estado e recusou-se a fazer tratamento. Como prova de que Iago estava mal, ela invoca uma terceira interlocutora (sua filha que estava presente) para confirmar sua versão e oferecer legitimidade e força ao seu argumento. É nesse momento que ela introduz o primeiro rompimento residual, “falar sozinho”: *“[Ela via até] que ele tava com problema. Não é, [minha filha?] Eu falava até pra você, quando ficava falando sozinho, perdeu a perca do serviço e você foi ficando assim”*. Nessa sentença, D.

Isolda começa dirigindo-se à entrevistadora, tratando Iago pelo pronome “ele”. Logo em seguida, entretanto, passa a dirigir-se a Iago como interlocutor (a partir do momento em que usa o pronome “você”), afirmando que ele poderia até não perceber que estava mal, mas outras pessoas poderiam corroborar tal afirmação, uma vez que falava sozinho. Tal desqualificação instaura uma relação de poder sobre o tópico, exigindo de Iago uma postura de observância. Dessa forma, D. Isolda consegue legitimar sua afirmação e o tópico sobre sua compreensão é iniciado.

Para ela, a crise atual seria consequência desse momento em que Iago perdeu seu emprego há quatro anos atrás. Diante de tal afirmação, Iago aquiesce quanto a suas desqualificações e oferece mais um *account*: “*Não-é-minha-culpa também*”. Aqui, Iago concorda com a versão trazida por D. Isolda e justifica sua saída do emprego, dizendo que não teve culpa, sentença corroborada por D. Isolda no turno seguinte. A partir de então, foi aberta a possibilidade de discussão sobre esse momento anterior à primeira crise. Sobre esse tópico, D. Isolda se estabeleceu como interlocutora privilegiada.

Nos trechos abaixo, sua narrativa desenvolveu tal temática, trazendo elementos para a identificação de rompimentos residuais.

- 229 E: O que é que estava estranho nessa época que você achou?
230 M: Aí dessa época quer dizer que inté ele ir pra firma, ele não tinha nada. E da
231 firma foi quando começou que eu tô falando, né? E aí ô ele começou assim, aí
232 quando foi um dia aí o irmão do meu esposo chegou aqui e me chamou do lado de
233 fora, aí falou assim “cumade, eu vim aqui pra a gente saber se o Iago/” e os home
234 da firma, né? (E: =Sim.=). “Se o Iago tá junto com colega que usa droga, (E:
235 =Hum.=) se ele saí na bebedeira” (E: =Hum.=), aí eu falei pra ele que não, como
236 se ele achava que ele saía, porque tava lá trabalhando o dia inteiro, só chegava aqui
237 à noite (E: =Hum.=), ele não saía mais, que toda vida foi muito caseiro (E: =Hum
238 hum.=). E antonce.. eu não tava achando nada, porque ele não tinha esse problema.
- 240 E: Hum hum. Mas nessa época ele já começou a fazer alguma coisa estranha, a
241 senhora achou?
- 242 M: Foi dessa época que ele ficou estranho, com a perca do serviço dele, que ele
243 queria trabalhar, que ele quer ter as coisa dele.
- 244 E: Hum hum. E o que é que ele fez nesse época que a senhora/
- 245 M: O pai.. o pai fica aí, o pai.. não trabalha mais. (E: =Hum hum.=). Aí ainda hoje
246 mermo ele invoca que quer trabalhar, nessa situação ele quer trabalhar, quer sair

247 do CAP.. pra ir trabalhar. Eu falo “meu filho, tem que cuidar da sua saúde” (E:
 248 =Hum.=), né? Porque eu posso não ter a saúde... (E: =Sei.=). Né? Antonce foi onde
 249 ele começou a ficar assim, acho que com a perca do trabalho dele.

250 E: Mas na época já estava alguma coisa estranha acontecendo? A senhora acha que
 251 tinha alguma coisa parecida com o problema de hoje em dia? (1.2s). Quando ele
 252 saiu do trabalho. Assim, eu digo de comportamento.

253 M: Assim, ele ficou assim, uma pessoa assim, que ele queria tá sozinho (E:
 254 =Ham.=), pra ele, ele queria tá sozinho, ele não queria conversar com ninguém (E:
 255 =Hum hum.=), ele só queria.. por ele ele queria tá sozinho. Aí ele começou..
 256 afastando da gente, não queria conversar com a gente, mas era ficar sozinho só (E:
 257 =Hum hum.=)... ele:: saía, saía pra a rua, ele ficava na rua, às vezes umas colega
 258 minha falava “o Iago está [só falando], está *, lá sentado”. Aí ele começou assim.

259 E: Você acha isso, Iago?

260 I: Eu já disse a ela, isso aí não tem a ver não.

261 M: Aí conversando sozinho.

262 E: Conversando sozinho? Você lembra disso, Iago? (1.6s) Não?

263 I: Foi.. [eu-tava-falando-de-macumba, eu-tava] *, ela-achou-que-eu-tava falando
 264 sozinho (E: =Hum.=), mas [foi-agonia-dela].

265 E: Hum, entendi. Você tava falando sobre macumba, ela tava presente/

266 I: Tava presente, ela achou-que-eu-tava-falando-só.

267 E: Entendi.

268 I: Foi isso.

269 E: Mas foi só uma vez que ele falou sozinho?

270 M: Não, ele fala:: bastante vezes, inté hoje mermo ele fala que as pessoa tá fazendo
 271 macumba pra ele, que mora aí dento dessa casa, e tá fazendo macumba pra ele.

272 I: [Não-é-assim, não-é-assim].

273 E: Você acha que é uma macumba que uma vizinha fez, foi?

274 I: Não foi isso não.

275 E: Hum.

276 I: Eu gritava com ela daqui, né? (E: =Hum.=) E ela gritava comigo de lá. (E:
 277 =Hum.=). A gente se conhece.

(1ª Entrevista)

No trecho acima, o relato de D. Isolda domina o primeiro momento do tópico. Sua narrativa não é interrompida por outros interlocutores, o que pode evidenciar a força de sua sentença anterior de inauguração do tópico (discutida acima). Alguns rompimentos residuais foram percebidos por ela e relatados após certa insistência da entrevistadora (o que pode ser percebido pela repetição das perguntas). A narrativa de D. Isolda parece não ter sido guiada, a princípio, pelo relato de rompimentos

(solicitados nas perguntas), mas pela afirmação de que Iago precisa se cuidar, frequentar o CAPS e não pensar em trabalhar para ajudar o pai nesse momento.

As reformulações da pergunta configuram-se como tentativa de ampliar a compreensão do interlocutor, uma vez que as respostas oferecidas por D. Isolda nos pares adjacentes às perguntas da entrevistadora não correspondiam ao tópico iniciado nas primeiras partes, indicando uma compreensão diferenciada acerca da pergunta. Desse modo, após a entrevistadora criar certa expectativa normativa, indicando a D. Isolda que ela se ativesse ao tópico, ela aponta alguns rompimentos residuais: isolar-se, não conversar com ninguém, ficar na rua, falar sozinho. Alguns rótulos foram sugeridos por colegas de trabalho de Iago por meio da identificação de dois tipos de desvios: uso de drogas ilícitas ou abuso de álcool – hipóteses descartadas pela mãe. Somente na linha 259, quando o turno é oferecido pela entrevistadora a Iago, ele expressa sua discordância quanto à compreensão de sua mãe de que esse seria o início de seu “sofrimento mental” (*“I: Eu já disse a ela, isso aí não tem a ver não”*). Para ele, tais rompimentos residuais podem ser explicados, em defesa própria. A acusação de estar falando sozinho é a mais grave em termos interacionais, uma vez que se configura como um desvio da ordem pública, de acordo com Goffman (1964). Para se defender, Iago disse estar conversando com a vizinha (cada um em sua casa), apesar das pessoas não a ouvirem ou verem.

A compreensão de Iago de que seu sofrimento atual está sendo causado por uma macumba realizada pela vizinha foi trazida diversas vezes ao longo dos encontros e será adiante continuamente tratada. Nesse trecho, entretanto, tal compreensão não aparece e é inclusive negada (*“E: Você acha que é uma macumba que uma vizinha fez, foi?” “I: Não foi isso não.”*). Como nesse momento da interação Iago tentava defender que nada estava acontecendo quando saiu do emprego quatro anos antes, o *account* oferecido por ele para explicar tal situação deveria afastar qualquer admissão de que havia sofrimento nessa época (ligado ou não à macumba de sua vizinha). Foi necessário negar a macumba e afirmar apenas uma conversa normal com a vizinha para dar força a seu argumento: *“Eu gritava com ela daqui, né? (E: =Hum.=) E ela gritava comigo de lá. (E: =Hum.=). A gente se conhece”*. Esta se configura como uma estratégia de normalização do desvio.

No trecho abaixo, outros rompimentos residuais são trazidos pela irmã Neide:

588 E: Vocês antes vêem alguma situação, fora esse negócio de ficar se isolando?
 589 N: Teve um caso, meses que ele tava um pouco agressivo, ele muda de
 590 comportamento muito rápido, a gente fica falando que ele tava muito agressivo,
 591 queria agredir a gente, ficava ofendendo com palavras. E depois eu evitava.
 592 I: Por que, por que eu-ofendia? Por quê?
 593 N: Não sei, Iago. Aí depois parou. Como agora, nesse momento ele não tá
 594 agressivo, ele tá calmo. Porque você não vê aqui.
 595 M: Como é lá no CAP?
 596 I: *** em-casa.
 597 E: Como?
 598 I: **** de-casa, né? [Me-colocam-como-doido].
 599 E: Eu não tô entendendo.
 600 I: As-brigas-que-a-gente-tem-den'de-casa, elas-me-colocam-como-doido.
 601 E: As brigas.
 602 N: Mas quem te colocou como doido?=
 603 =M: Não, filho, a gente não trata você como doido.=
 604 =N: Falando só como você tava.=
 605 =I: Eu * e-fiquei-nervoso. Eu-ficava-nervoso. **.
 606 N: Não foi nada disso, que a gente tava te achando doido. Você que tava.
 607 I: **, mas /
 608 E: Você se incomoda com isso. Você acha que elas estão te achando doido?
 609 I: É.. me-acham.. ao-contrário, diverso-do-que-é.
 610 E: O quê?
 611 I: Diverso-do-que-é.
 612 E: Diverso do que é.. não é isso que você falou?
 613 I: É.
 (1ª Entrevista)

A irmã de Iago, que ainda não havia contribuído com esse tópico, apresentou mais um rompimento: ficar agressivo, falando palavrões. Como Neide ainda não havia participado do diálogo, Iago sentiu-se mais à vontade para tomar seu turno, assumindo a posição de entrevistador e fazendo uma solicitação de esclarecimento. Esse tipo de pergunta/esclarecimento (“I: Por que, por que eu-ofendia? Por quê?”), segundo Pomerantz (1984), informa um desacordo quanto à sentença anterior, e instaura um par adjacente com uma resposta preferida tácita. Embutida na pergunta há uma solicitação de reparo de Neide frente a sua sentença anterior, para que a corrija e repare a injustiça dita. Este novo curso do diálogo é criado por Iago no momento em que interrompe Neide com sua pergunta, abrindo a possibilidade de

encerrar este tópico. O conceito de preferência refere-se a “um conjunto de fenômenos associados com o fato de que escolhas entre cursos não equivalentes de ação são cotidianamente implementadas de modo a refletir e institucionalizar alternativas interacionais” (Pomerantz, 1984, p. 53). Ao pedir tal esclarecimento, o que na verdade Iago faz é questionar a versão trazida por Neide e instaurar a possibilidade de um reparo em sua fala e de finalização do tópico.

Como a resposta oferecida por Neide não seguiu o curso de ação instaurado anteriormente, Iago fez uso de uma estratégia de acusação para fragilizar a afirmação precedente de que ele era agressivo em casa. Esta nova acusação de Iago (“*I: As brigas-que-a-gente-tem-den’de-casa, elas-me-colocam-como-doido*”)., clara somente na linha 600 (por conta de uma dificuldade de dicção), permite a ele o controle do tópico, com uma nova iniciativa, agora como acusação das irmãs e da mãe como pessoas não compreensivas, que o tratam como “louco” quando apenas está nervoso. O par acusação-acusação instaura uma tensão no diálogo e convoca o embate discursivo com a irmã e o posicionamento de D. Isolda, que se defende dizendo que não o estava tratando como “louco”. Nas linhas 602 e 604, Neide defende-se dizendo que não o estava tratando como “doido”, apenas estava falando o estado em que se encontrava, agressivo (“*N: Mas quem te colocou como doido?*”, “*N: Falando só como você tava.*”). Sua mãe, como estava menos envolvida no diálogo, apenas se defende (“*M: Não, filho, a gente não trata você como doido*”). O modo como as falas entre Neide, D. Isolda e Iago alternam-se, de modo seguido e contínuo (indicado pelos sinais = =), aponta para a necessidade de posicionamento instaurada pela acusação de Iago. Para finalizar o tópico, Iago mantém a sua narrativa com tom acusatório, apontando que, ao tratarem-no desse modo, o consideram “diverso do que é”. Critica, desse modo, as compreensões familiares dos rompimentos residuais que feriram a imagem que tem de si mesmo. A mudança para o tom acusatório configura-se como um recurso supra-segmental, uma dica contextual de discordância de natureza lingüística, porém sem apresentar caráter verbal (ao lado das pausas, hesitações, cadência, velocidade, etc.) (Marcuschi, 1986).

A tensão presente nos trechos acima dá lugar, no trecho a seguir, a uma colaboração entre Iago e sua mãe, construindo a narrativa sobre um rompimento residual pitoresco.

185 M: Ele falou assim que aconteceu hoje, já duas vezes lá que ele fica nervoso e
 186 aconteceu, ele ficou nervoso... ficou todo nervoso, que de tão nervoso o corpo dele
 187 como que ele tava latanhado. Latanhado o corpo.
 188 E: Como assim, latanhado?
 189 M: Assim, como quem tava todo:: vremenho.
 190 E: Ah, arranhado.
 191 (1.5s)
 192 M: É... sem ser arranhão.
 193 E: Ham. Eu sei.
 194 M: Aí... o pessoal achou que ele estava/
 195 I: Foi um arranhão que apareceu.
 196 E: O quê?
 197 I: Foi um arranhão que apareceu, porque o cachorro morreu. (2.1s) Morreu um
 198 cachorro na hora que eu senti.
 199 E: Morreu um cachorro?
 200 I: Hum hum.
 201 E: E o que é que tem o cachorro ter morrido?
 202 I: Os meninos da rua-tinham-invocado-ele-para-mim.
 203 E: Os meninos embaixo da rua o quê? Se invocaram?
 204 I: Invocaram-o-cachorro-para-mim.
 205 E: Com o cachorro? Invocaram com o cachorro o quê?
 206 I: Invocaram o cachorro-morto.
 207 E: Com o cachorro morto.
 208 I: Hum hum. Invocaram-o-cachorro morto para-mim.
 209 E: Invocaram o cachorro para você? É isso?
 210 I: É, é.
 211 E: O que é isso? Isso é coisa de macumba, é?
 212 I: É, mais ou menos.
 213 E: Como assim? O que é que faz isso?
 214 I: Não sei, eles falaram [para-ele-me-pegar, aí eu comecei a-ver-os-arranhado-
 215 que-eu-tinha, eu fiquei aqui vermelho-por-causa-dessa-invocação]
 216 E: Você ficou aqui vermelho por causa dessa invocação?
 217 I: É, por causa da invocação... da-macumba.
 218 E: Já desde essa época?
 219 I: É, desde essa época.
 220 M: Que horror, né?

(2ª Entrevista)

A conversa tem como tópico as primeiras sensibilidades a possíveis diferenças em Iago e iniciais desconfianças de D. Isolda. Neste contexto, ela inicia um tópico sobre Iago ficar com o corpo “latanhado”, vermelho, quando fica nervoso, o que

pode ser entendido como um rompimento residual, dada o caráter de estranheza com que relata. Para exemplificar tal rompimento incomum, propõe uma narrativa: o dia em que Iago ficou “latanhado” em seu serviço. Esta, logo que iniciada, é interrompida por Iago, que passa a contar sua versão dos fatos. Iago interrompe sua mãe em um ponto de esclarecimento: tentava explicar para ela e a entrevistadora a sua versão de como sua vermelhidão tinha sido causada, mantendo a coerência com o tópico proposto pela mãe. A interrupção na linha 195 e o reparo na linha 196 indicam o momento em que Iago passa a controlar o tópico (“*M: É... sem ser arranhão.*” “*E: Ham. Eu sei.*” “*M: Aí... o pessoal achou que ele estava/*” “*I: Foi um arranhão que apareceu.*”). Ao propor tal reparo, Iago adquire controle sobre o tópico e permissão para continuar a discorrer sobre ele, uma vez que forneceu uma nova informação sobre o que estava sendo falado, negando a afirmativa anterior de sua mãe.

A partir daí, Iago apresenta uma série de *accounts* para seu arranhão e sua vermelhidão. Sua primeira sentença deste tipo (“*I: Foi um arranhão que apareceu, porque o cachorro morreu. (2.1s) Morreu um cachorro na hora que eu senti.*”), como aparece deslocada de toda a conversa, suscita da entrevistadora um pedido de esclarecimento (“*E: E o que é que tem o cachorro ter morrido?*”). Tais sentenças, em vez de serem compreendidas como solicitações de esclarecimento, podem ser entendidas como uma expressão de descrédito, o que iniciaria uma seqüência de ações mais tensa, mais rápida e com tons de voz mais elevados. No caso acima, o esclarecimento foi adotado como curso de ação de Iago, que continuou a explicar o que havia acontecido. A “*accountability*” de tal ocasião precisou ser sustentada com referência a um tipo de macumba realizado por crianças para invocarem o cachorro morto para ele, causa dos arranhões em seu corpo. É interessante notar que essa ocasião aconteceu na época em que ele estava saindo do emprego, período no qual havia argumentado não estar sofrendo, nem ter ainda entrado em contato com a macumba. Tal incoerência é trazida pela pesquisadora nas linhas 216 e principalmente 218 (“*E: Você ficou aqui vermelho por causa dessa invocação?*” “*E: Já desde essa época?*”). Apesar de acusações de incoerência serem graves conversacionalmente, o modo com que tal incoerência foi trazida não foi sentido por Iago como um pedido de esclarecimento. A sentença de sua mãe na linha 220 (“*M: Que horror, né?*”) pode indicar a sua concordância com a explicação de Iago, uma

vez que não retoma nenhuma sentença anterior, nem continua o tópico. Marca a finalização da conversa sobre esse tema.

Em outro trecho, com trocas mais frequentes e negociações constantes, Iago inicia um tópico polêmico em sua casa: o papel da igreja em seu sofrimento. O rompimento residual trazido por Iago neste trecho refere-se a ver e ouvir demônios e espíritos. Infelizmente, neste dia Iago apresenta séria dificuldade em pronunciar as palavras (talvez por conta de um excesso de medicação), o que tornou o diálogo menos dinâmico, diante das constantes solicitações de repetição e esclarecimento por parte da entrevistadora e de D. Isolda.

- 7 E: *Todo mundo aqui frequenta a mesma igreja?*
8 M: *É.*
9 E: *É?*
10 M: *É. A gente foi sexta-feira, foi domingo. Hoje é dia dele ir de novo.. à noite comigo.*
11 E: *Você gosta, Iago, de ir?*
12 I: *Gosto.*
13 (9.2s)
14 I: *[Por exemplo, foi-desde-que-eu-comecei-a-ir, foi desde que-eu-comecei-a-ir,*
15 *que-eu peguei-o-problema].*
16 E: *Han?*
17 I: *Foi desde-que-eu-comecei-a ir que eu [peguei-o-problema].*
18 M: *Pegou?*
19 I: *É.*
20 M: *Foi quando?*
21 I: *Desde-que-eu-comecei-a-ir.*
22 M: *Não entendi.*
23 E: *Desde que você começou a ir? É isso?*
24 I: *É.*
25 E: *Pra a igreja?*
26 I: *É.*
27 M: *Que você sarou mais, né?*
28 I: *Não, eu peguei o problema. Peguei na igreja.*
29 M: *Você ** nem na igreja, pra ficar mior você tem que dizer assim “em nome do*
30 *senhor Jesus, eu tô mais mior, eu tô me recuperando adespois, e vou lá na igreja”.*
31 *E lá no CAP tombém, tá fazendo seu tratamento direitinho, né? A igreja não faz*
32 *mal a ninguém.*
33 E: *Você achou que fez mal, foi, Iago?*
34 I: *É. Achei sim. Por-causa dos-demônios, né?*

34 E: É o quê?
 35 I: Lá-[faz]-demônio.
 36 E: Faz demônios?
 37 I: Lá mexe com demônios.
 38 E: Mexe || com demônios. ||
 39 I: || Mexe com isso aí, || mexe com demônio.
 40 E: A igreja?
 41 I: É.
 42 E: Você acha?
 43 I: É, eu vi um dia um demônio.
 44 E: Você viu?
 45 I: Hum hum.
 46 M: Lá.. sexta-feira à noite, se tem mesmo o demônio, ali ele fica. Masi não mexe
 47 com demônio. Agora as pessoas que já têm, aí.. se chegar às vezes de [atilar] isso
 48 aí, dá até *, porque pelo menos sai. Né?
 49 E: Como assim, pelo menos sai? ((Risos)). Explique aí.
 50 M: Se as pessoas, quer dizer que, confiando que ele/ que ele se liberte, né? Pra
 51 ficar livre desse pobrema.
 52 I: Macumbado.
 53 E: Macumbado?
 54 I: É.
 55 E: Ah tá.
 (...)

68 E: E esse dia que você viu o diabo, conte aí.
 69 I: Então, eu cheguei em casa aqui, aí [já vi ele já aqui], aí.. ele ficou me pegando,
 70 me puxando.
 71 E: Ele ficou te puxando?
 72 I: É, ele me puxou. Eu senti a [boca ficar desse jeito]. Toda vez que ele me
 73 puxava, eu sentia assim.
 74 E: Sentia a boca ficar desse jeito?
 75 I: Senti a minha boca no chão.
 76 E: Ahh.
 77 I: Eu ficava em pé sentindo no chão.
 78 E: Você tava em pé ou tava no chão?
 79 I: Tava em pé.
 80 I: || [Eu sentia a boca] ||
 81 M: || Isso foi quando || você ficou doente, filho, assim com a boca?
 82 I: Não. Foi antes disso.
 83 (2.3s)
 84 M: Então, aí é onde você tem que confiar.. em Deus || pra isso sair ||
 85 I: || *** ||
 86 I: [Por isso que eu não gosto de ir nessa igreja aí]=
 87 M: =Não.
 88 I: [Foi-depois-que-eu-fui que começou-a-acontecer-isso]

- 89 M: *Thu-thu ((Barulho com a língua, balançando a cabeça negativamente para os*
 90 *lados)). Não foi isso. || Você tá se || recuperando.*
- 91 I: *|| Ne-ne-ne || Foi nessa igreja que aconteceu*
 92 *isso.*
- 93 M: *Vai se recuperar.*
- 94 I: *Eu vou procurar outra igreja.*
- 95 E: *É o quê?*
- 96 I: *Eu vou procurar outra igreja.*
- 97 E: *Procurar outra igreja?*
- 98 I: *É.*
- 99 M: *Procurar outra igreja só se você não gostar.*
- 100 I: *Não consigo falar nada, não consigo falar direito.*
- 100 M: *Você viu o que é gente que saiu de lá e tá voltando? De novo? (1.5s) Por quê?*
 (1º Encontro livre)

A negociação discursiva entre Iago e sua mãe neste trecho traz muitos elementos para a análise. As constantes trocas e a colaboração para a construção de sentidos podem ser facilmente observadas em trechos do diálogo em que ambos oferecem versões divergentes sobre a relação entre a igreja e o rompimento residual de ver e ouvir demônios e espíritos, além de sentir a “boca no chão”, “embolar”. A Teoria da Rotulação Social não define qual o estatuto das causas de tais rompimentos, considerando que o sofrimento envolvido com experiências geralmente rotuladas como “doença mental” pode ter diversas etiologias (orgânicas, psicológicas, sociais, culturais, etc.). Portanto, a presente pesquisa não tem como objetivo identificar quais as causas dos rompimentos residuais de seus participantes, mas apenas compreender as diferentes construções discursivas que se fazem presentes na compreensão familiar dos rompimentos residuais, assim como suas conseqüências interacionais para o processo de rotulação. A causa proposta por Iago (de que a igreja seria responsável por suas visões porque lida com demônios) tem efeitos em sua interação familiar que podem ser sentidos na própria tensão do diálogo.

As linhas 14 e 15 inauguram um tópico, após 9,2 segundos de pausa: “I: [*Por exemplo, foi-desde-que-eu-comecei-a-ir, foi desde que-eu-comecei-a-ir, que-eu peguei-o-problema*]”. Como este era um “encontro livre” (já definido no capítulo anterior como um encontro sem roteiro de entrevista estruturado), pausas longas como esta são permitidas, fazendo com que os interlocutores sintam-se mais a

vontade para propor novos tópicos, sem a presença tão marcante da entrevistadora ou de seu roteiro de entrevista como iniciadores de tópicos. Nos turnos subsequentes à inauguração do tópico há uma seqüência de pedidos de esclarecimento, entre as linhas 16 e 28. Entre estas solicitações, uma sentença de D. Isolda chama a atenção: “*Que você sarou mais, né?*” (linha 27). Nesta sentença, D. Isolda aproveita a seqüência de esclarecimento anterior para propor uma sentença de retificação a Iago, um pedido para que ele reconsidere suas sentenças anteriores e corrija o erro, mesmo após ter repetido por diversas vezes justamente a idéia contrária, de que a igreja o fez “pegar o problema”. O marcador pós-posicionado “*né?*”, ao fim do enunciado, tem a função de definir uma solicitação de retificação, criando uma alternativa discursiva, estabelecendo uma preferência de cursos de ação e entregando o turno para o próximo falante (Marcuschi, 1986). Essa simples troca de turno entre D. Isolda e Iago, nas linhas 27 e 28, já indica que D. Isolda não compartilha do argumento de Iago, posicionamento que ela mantém até o fim do tópico, concorrendo com ele para apresentar sua posição em constantes trocas de turno, como apontado por Sacks, Schegloff e Jefferson (2003).

A resposta de Iago a essa pergunta/retificação é despreferida³⁰, ou seja, quebra a expectativa normativa criada por D. Isolda de uma correção nas sentenças anteriores. Iago novamente ratifica sua afirmação: “*I: Não, eu peguei o problema. Peguei na igreja.*”. Tal resposta despreferida requer uma defesa mais explícita por parte de D. Isolda acerca de seu posicionamento (“*M: Você ** nem na igreja, pra ficar pior você tem que dizer assim ‘em nome do senhor Jesus, eu tô mais pior, eu tô me recuperando adespóis, e vou lá na igreja’. E lá no CAP tombém, tá fazendo seu tratamento direitinho, né? A igreja não faz mal a ninguém.*”). Nesta sentença, D. Isolda invoca o senhor Jesus para fortalecer sua posição, ancorando sua afirmação em uma autoridade de bastante respeito no mundo social de Iago. Com esta posição mais explícita, Iago recua em sua afirmação, permitindo que sua mãe desenvolva mais sobre o assunto. Contudo, quando o turno lhe é novamente oferecido pela entrevistadora (por volta da linha 69), Iago encontra possibilidade de defender sua posição, com relatos vívidos de sua experiência (“*I: É, ele me puxou. Eu senti a [boca ficar desse jeito]. Toda vez que ele me puxava, eu sentia assim.*”). Tais relatos

³⁰ O termo “resposta despreferida” não existe no dicionário brasileiro e é traduzido pelos autores nacionais da Análise de Conversação diretamente do inglês deste modo.

foram novamente interrompidos por D. Isolda, em fala sobreposta na linha 81: “*M: || Isso foi quando || você ficou doente, filho, assim com a boca?*”. Nesse momento, D. Isolda consegue certo domínio sobre o tópico, desenvolvendo a idéia trazida por ela anteriormente de que Iago precisa confiar em Deus.

O ponto em que Iago iniciou o tópico, interrompido por sua mãe, é retomado na linha 88 (*I: [Foi-depois-que-eu-fui que começou-a-acontecer-isso]*), indicando uma defesa de sua posição e talvez um informe futuro. Turnos retomados posteriormente indicam, segundo Sacks, Schegloff e Jefferson (2003), um envolvimento especial do falante com o tópico; uma intenção de ênfase sobre o que é dito. A resposta de D. Isolda a tal afirmação é a mesma, somada de elementos expressivos paralingüísticos utilizados para maior ênfase e efeito dramático: “*M: Thu-thu ((Barulho com a língua, balançando a cabeça negativamente para os lados)). Não foi isso. || Você tá se || recuperando*”.

No fim do trecho, é possível perceber a intenção de Iago ao propô-lo: ele queria mudar de igreja, e estava, de alguma forma, tentando justificar sua opção e pedindo permissão a sua mãe (em par adjacente nas linhas 95 e 98 – pedido / rejeição: “*I: Eu vou procurar outra igreja.*” “*M: Procurar outra igreja só se você não gostar.*”). D. Isolda, como pode ser visto, responde a tal pedido com uma negativa. Tal resposta despreferida suscita uma sentença *account* de Iago, utilizada mais uma vez como forma de justificar seu pedido: “*I: Não consigo falar nada, não consigo falar direito.*” Em sua resposta, D. Isolda recorre a experiências de outras pessoas que se arrependeram de ter saído, negando mais uma vez a solicitação de Iago. O tópico, entretanto, não finaliza e ambos ainda negociam suas compreensões durante algum tempo. A íntegra de tal tópico encontra-se no Anexo 4.

De um modo geral, a interação de Iago com sua família, quando tratam de rompimentos residuais, apresenta um padrão dinâmico de construção de sentidos, envolvendo trocas de turnos constantes, interrupções, falas sobrepostas e um ritmo acelerado de diálogo (quase não houve pausas ou silêncios entre as falas, apenas hesitações). Tais características permitem compreender que o processo de negociação das compreensões acerca dos rompimentos residuais está envolto em tensões interativas, justamente por colocar em diálogo concepções distintas, impregnadas dos posicionamentos diferenciados de cada ator social, trazendo à tona dificuldades

relacionais. Os rompimentos residuais apontados pela família de Iago foram muitos: falar sozinho, se isolar, ficar na rua, falar alto/gritar, ficar agressivo/xingar, ver e ouvir espíritos e demônios, ficar com a boca “no chão”, “embolada”. Os sentidos sobre tais rompimentos residuais, contudo, ainda estão em processo de negociação dialógica, em que os diferentes atores competem com suas versões para forjar uma nova realidade acerca do sofrimento que ainda está em construção.

2. Tolerância da comunidade, distância social do transgressor dos agentes do controle social e poder do transgressor

Em um mesmo trecho de diálogo foram identificadas três categorias de análise, todas referentes à natureza do rompimento de norma residual: a tolerância da comunidade, a distância social do transgressor dos agentes do controle social e poder relacional de Iago frente a seu entorno. As três categorias serão, portanto, tratadas conjuntamente. Por comunidade, compreendemos seu entorno social mais próximo (sua família), dada a relação muito incipiente da família com os vizinhos, mesmo morando na mesma casa há mais de 20 anos. Seu único contato com os agentes do controle social deu-se por meio dos agenciamentos médico-psiquiátricos. Suas idas à emergência do Mandaqui, em suas três crises, configuram-se como exemplos da institucionalização de seu sofrimento como “doença mental”. A relutância de Iago em ir ao hospital nas primeiras crises, o reconhecimento posterior de que foram medidas necessárias e a aceitação do tratamento psicossocial no CAPS e em casa pela família, sem desejo de internação, serão analisadas em único trecho.

Antes, entretanto, é importante caracterizar o contexto do diálogo abaixo transcrito: a conversa, há alguns minutos, referia-se à descrição das três crises públicas que Iago havia sofrido, mobilizando a família para a procura de serviços médico-psiquiátricos, assim como a distância temporal entre as crises e as reações familiares.

336 *E: Outro dia já. E aí vocês fizeram o quê quando você tava assim?*

337 *I: Aí eu fui, me levaram pra o hospital.*

338 *E: De novo? Outro hospital? O mesmo?*

339 *N: O mesmo, Mandaqui.*

340 E: Mandaqui. || Isso já tem quanto tempo? ||
 341 I: || *** ||
 342 E: Foi quanto tempo depois da primeira?
 343 I: Isso aí já faz cinco meses.
 344 E: Cinco meses? Então a primeira foi essa!
 345 I: A primeira foi essa.
 346 E: Do cora || cão, do exu. ||
 347 I: || Do coração, || do exu.
 348 E: E aí, um mês depois teve de novo?
 349 I: || Teve de novo ||
 350 M: || Logo em seguida. ||
 351 E: Logo em seguida. E aí voltou lá no Mandaqui.
 352 I: Voltou lá no Mandaqui.
 353 E: Você queria voltar lá no Mandaqui?
 354 I: Não.
 355 E: Não?
 356 I: Não. Mas eu tava [precisando], eu tava torto. (E: =Hum hum.=) Eu tava todo
 357 torto mesmo. Foi melhor pra mim.
 358 E: Hum hum. Como foi/ quem é que foi levar?
 359 M: Aí em seguida voltou lá de novo, umas três consulta lá.
 360 E: Mais uma consulta? Três consultas? ((M: Assentindo com a cabeça)). Teve
 361 outra crise então? Mais uma? ((M: Assentindo com a cabeça))
 362 M: Aí então.. pra/ o médico falou assim que:: pra a gente:: se num:: a gente
 363 queria aceitar ele fazer o tratamento em casa (E: =Hum hum.=) e tá sempre
 364 tomar o remédio.. pra não deixar ele internado. (E: =Hum hum.=). Que pra
 365 internar lá, é um tratamento mucho longo, né?
 366 E: Sim, demora, né?
 367 M: É.. mucho longo pra ele ficar lá internado. Que ele ia atestar pra a gente
 368 fazer o tratamento em casa.. pra ver.. (E: =Hum hum.=) como que ia ser.
 369 E: A senhora pensou em internar, então?
 370 M: Não, eu queria assim.. passar no médico pra:: ele fazer um exame..
 371 E: Entendi..
 372 M: Eu.. penso assim.. Né? Fazer um exame.. da cabeça ao pé. (E: =Hum
 373 hum.=). Porque a gente tem que saber o que:: o que tá passando, o que tá
 374 sentindo, que vai tomar o remédio porquê, (E: =Hum hum.=), né? Isso que eu
 queria.
 375 E: Entendi.
 376 M: Mas aí eles passou o remédio pra ele tomar em casa. (E: =Hum hum.=). Foi
 377 da outra vez que ele começou se cansando de novo, foi levado, aí eles já
 378 passaram, já passou pra outro médico, ou foi outra médica, não sei porque
 379 quem foi foi a menina (E: =Hum hum.=) dessa outra vez. Aí passou pra ele ir
 pro CAP.
 380 E: Então foram três vezes lá no pronto-socorro e na terceira o pessoal mandou

381 *ele ir pro CAPS, freqüentar? Foi isso mesmo, Iago?*

382 *I: [Não lembro]*

383 *M: Não foi isso mesmo, Neide?*

384 *N: Foi.. três vezes que ele foi, na terceira...*

(1ª Entrevista)

Após uma pequena troca de turnos de esclarecimento sobre a ordem temporal das crises de Iago, inicia-se uma curiosa seqüência de repetições. Na linha 347, Iago começa a repetir exatamente o mesmo enunciado que a entrevistadora em pares adjacentes, o que pode demonstrar sua concordância com a interpretação da entrevistadora, assim como um alto nível de envolvimento com o tópico e cooperação entre os interlocutores. A fala conjunta de D. Isolda na linha 350 também pode ratificar o alto envolvimento com o tópico entre os falantes. A entrevistadora segue o mesmo tipo de interação ao repetir, na linha 351, o enunciado feito por D. Isolda: “*M: || Logo em seguida. ||*” “*E: Logo em seguida.*”, o que acaba por validar esse modo de interação conversacional, permitindo que o diálogo continue dessa maneira. Entretanto, vale ressaltar que a estratégia da repetição de enunciados é muito comum em entrevistas; o entrevistador, ao repetir um enunciado do entrevistado, está implicitamente solicitando que o este permaneça com o turno e o desenvolva mais (Hutchby, & Wooffitt, 1998). Nesse caso, além de repetir a sentença feita por D. Isolda, a entrevistadora ainda oferece mais informações (“*E aí voltou lá no Mandaqui.*”), solicitando, mesmo sem enunciar uma pergunta explícita, que seus interlocutores discorressem sobre a volta ao Hospital Mandaqui, iniciando um novo tópico de modo sutil.

Tal solicitação, entretanto, não foi adotada por Iago, uma vez que ele apenas repete o enunciado feito pela entrevistadora, sem nem mesmo mudar a forma verbal para primeira pessoa, excluindo-se da interação “*I: Voltou lá no Mandaqui.*”. Essa forma verbal na terceira pessoa do singular, além de manter o padrão conversacional anterior, indica um distanciamento com a situação relatada, o que suscitou uma interpretação da entrevistadora de que Iago não havia participado da decisão de ir ao hospital, como se tivesse sido obrigado. Tal interpretação fica explícita na própria pergunta da entrevistadora feita em seguida: “*E: Você queria voltar lá no Mandaqui?*”. Ao realizar tal pergunta, a entrevistadora consegue finalmente iniciar o novo tópico: o desejo e a participação de Iago nas decisões relativas a suas crises,

fundamentalmente relacionadas às idas da família à emergência do Hospital Mandaqui.

A resposta negativa à pergunta é desenvolvida por Iago após repetição feita pela entrevistadora, momento em que ele oferece uma informação contraditória, mas perfeitamente coerente com a interação: Iago faz uma avaliação sobre seu desejo de não ir ao hospital à época das crises e o contrasta com uma atual avaliação acerca da necessidade de ter ido ao hospital, validando a postura familiar de tê-lo convencido a ir na época (*“I: Não. Mas eu tava [precisando], eu tava torto. (E: =Hum hum.=) Eu tava todo torto mesmo. Foi melhor pra mim.”*). A tolerância da comunidade pode ser avaliada nesse trecho, uma vez que é possível perceber que houve certo convencimento da parte familiar para que Iago fosse ao hospital em suas três crises, tolerando seu sofrimento desde que fosse tratado por um agenciamento médico-psiquiátrico, o que suscitou resistência por parte de Iago. A relação de resistência pode ser entendida como uma relação de poder que se estabeleceu frente às crises públicas e aos posicionamentos assumidos pelos familiares.

Sua avaliação divergente posterior pode indicar uma mudança nos modos de compreensão acerca da natureza de seu sofrimento e principalmente da importância dos agenciamentos médico-psiquiátricos para o cuidado quando de suas crises. A medicalização e patologização de seu sofrimento talvez possam ser responsáveis por tal mudança de compreensão, conseguidas a partir do início de seu tratamento no CAPS ou mesmo a partir da melhora sentida por Iago e seus familiares em seguida às idas ao hospital.

A partir desse momento, D. Isolda inicia uma nova seqüência de enunciados por meio de esclarecimentos, oferecendo *accounts* para justificar o início do tratamento em casa e no CAPS indicado pela emergência do hospital, assim como a exclusão da alternativa do internamento. É interessante notar que esse tópico é desenvolvido por D. Isolda, e não por Iago, o que pode indicar sua pouca participação nas decisões acerca de seu tratamento, indicando posição pouco empoderada para decidir sobre o melhor modo de ser tratado nos momentos de “sofrimento relacional”. A distância social de Iago frente aos agentes do controle social pode ser compreendida a partir da proximidade e recorrência familiar, sem sua participação, às emergências nos momentos de crise, sem que nenhum outro

agenciamento fosse solicitado (como por exemplo, centros religiosos ou mesmo a polícia).

No trecho da conversa em que tal assunto é tratado, é possível perceber que a proposta feita para o tratamento no CAPS foi aceita pela família sem grandes resistências. Entretanto, diante de suas justificativas, é possível supor que o tratamento no CAPS e em domicílio foi compreendido como um meio alternativo à internação. O hospital psiquiátrico parece ainda ser a referência do tratamento ao “sofrimento mental” para D. Isolda, talvez por ser a instituição mais tradicional para o destino das pessoas consideradas “doentes mentais” (“M: *Aí então.. pra/ o médico falou assim que:: pra a gente:: se num:: a gente queria aceitar ele fazer o tratamento em casa (E: =Hum hum.=) e tá sempre tomar o remédio.. pra não deixar ele internado. (E: =Hum hum.=). Que pra internar lá, é um tratamento muito longo, né?*”). É possível supor no trecho que a família não deseja um tipo de tratamento que possa trazer sofrimento para Iago ou mesmo a sua exclusão do meio familiar com o isolamento proporcionado pela internação.

Conhecer a natureza do “problema” de Iago parece ser, para sua família, um dos principais objetivos do cuidado a ser realizado pelas instituições de saúde. A medicalização pode ser compreendida como tentativa familiar de entendimento sobre este problema/sofrimento ainda desconhecido. A demanda familiar por compreensão utiliza os dispositivos médicos de diagnóstico (exames) para fundamentar uma noção de sofrimento ligada à doença supostamente a ser detectada pelas tecnologias objetivas de investigação. A aceitação dos remédios e do tratamento em casa foi condicionada, por D. Isolda, à compreensão da natureza da “doença” de Iago, esquadrinhada por exames “da cabeça ao pé”, o que a Psiquiatria não pôde oferecer.

As interações conversacionais relativas à tolerância da comunidade, à distância social entre o transgressor e os agentes do controle social, e ao poder do transgressor mostraram-se um pouco menos conflitantes, porém apresentando muitos momentos de negociação dialógica. A construção de sentidos envolvendo a noção de sofrimento parece girar em torno da patologização. Neste trecho foi possível perceber o engendramento do processo de medicalização e patologização dos rompimentos residuais e desvios sentidos como sofrimento por Iago por meio da institucionalização paulatina da noção de “doença”, a partir da aproximação familiar

dos agenciamentos médico-psiquiátricos (principalmente a emergência hospitalar), coadunando com o enfraquecimento das resistências de Iago frente a tais tipos de compreensão e tratamentos.

3. Disponibilidade de rótulos alternativos

A nomeação de rompimentos residuais e das crises públicas sentidas por Iago é realizada fazendo referência a diferentes tipos de rótulos. O que mais se destaca é oferecido por Iago, que considera que seu problema/sofrimento é um “encosto”, causado por uma macumba. A “depressão” também aparece como rótulo concorrente, referida tanto por ele quanto por suas irmãs. No primeiro trecho, é possível perceber como tais rótulos estão sendo construídos, um exemplo da negociação de sentidos acerca dos rompimentos e crises públicas.

- 142 E: Então tá bom... Vamo lá. É:: primeiro eu queria saber o que é que aconteceu...
143 logo antes dessa crise.... que levou vocês.. vocês a irem.. ao CAPS, né?
144 I: Uma ma↑cumba.. foi.
145 E: Uma macumba?
146 I: Foi. Uma-macumba-feita-pela-menina daí de trás, me-deixou-↑torto..
147 E: Hum.
148 I: Eu acabei-indo pra o hospital↑... e no-hospital-[começou]-outras-coisas-lá, né?
149 E: Já o quê?
150 I: No-hospital-começou-outras-coisas de depre↑ssão
151 E: Outras coisas de depressão?
152 I: É.
153 E: Começou no hospital?=
154 I: =É, começou no hospital.
155 E: Que hospital foi.. que vocês foram? || **||
156 I: ||Manda|| qui.
157 E: Mandaqui=
158 I: = É.
(1ª Entrevista)

Essa conversa aconteceu na primeira entrevista e configura-se como a primeira apresentação de Iago acerca do que lhe aconteceu. Sua explicação sobre o que o levou a ir ao CAPS inicia-se com a afirmação da macumba que lhe acometeu, motivo

para ter ido ao hospital quando de suas crises públicas. Em suas palavras, “*Uma-macumba-feita-pela-menina daí de trás, me-deixou-↑torto..*”. É possível perceber que Iago aumenta a entonação e volume de voz ao enunciar que havia ficado com o corpo torto, indicando ênfase e chamando mais a atenção sobre tal informação. Para ele, estar torto foi o motivo da sua internação no hospital, já anunciando certa discordância com a atribuição de rótulos de “doença mental” a essa crise pública. Sua explicação para ter ficado com o corpo torto é coerente, topicamente falando, e se dá por meio da referência à macumba realizada pela vizinha.

Ao apresentar a explicação sobre o que lhe acometeu, a entrevistadora ao responder “*Hum*”, marcador de concordância e prosseguimento com o tópico – chamado de marcador de convergência (Marcuschi, 1986) – oferece a Iago a posse do turno para que ele desenvolva mais o tema, sustentando o turno e corroborando com tal construção de sentido. Entretanto, Iago não mantém o tópico e muda repentinamente na linha 148, ao fazer referência à relação entre o hospital e a “depressão” (“*No-hospital-começou-outras-coisas de depre↑ssão*”).

É possível perceber a ênfase dada por Iago ao rótulo de “depressão”, com o aumento do volume de voz, mudando assim a direção do tópico sobre a “macumba” para a compreensão psiquiátrica. Essa quebra de tópico, com a introdução da “depressão” como efeito de sua internação no hospital, é apresentada por ele como uma forma de aproximar-se dos termos psiquiátricos, porém sem atribuir a causa de seu problema/sofrimento à “doença mental”. Esta nova seqüência configura-se como uma *subseqüência encaixada associativa*, uma vez que o tópico desenvolvido está acidentalmente associado com o anterior, dificultando sua futura elaboração. Em tais seqüências, os falantes geralmente utilizam marcadores de mudança (como por exemplo, “à propósito”, “isso me lembra”, etc.), o que não aconteceu no trecho acima. Nesta passagem brusca de compreensão (da macumba para a “depressão”), Iago não usou marcadores de mudança ou mesmo de marcadores pré-posicionados (“olha”, “mas eu acho que”, etc.) para indicar o início de um novo tópico (Marcuschi, 1986). Isso pode indicar que ele estava sendo guiado por certa expectativa normativa de conversa sobre seu problema/sofrimento que fizesse referência ao rótulo de “depressão”, o que permitiu o abandono do tópico anterior sem precisar introduzir o novo com marcadores de mudança. Tal expectativa pode ter sido criada porque a entrevistadora havia se apresentado como psicóloga e pesquisadora, profissões

relacionadas às compreensões psiquiátricas mais do que religiosas, instaurando no diálogo uma linha argumentativa sobre o tópico normativamente referida às compreensões psiquiátricas. Além disso, tal expectativa pode revelar a força da compreensão psiquiátrica sobre seu sofrimento na construção de sentido dos rótulos oferecidos por Iago e sua família. A necessidade de Iago em introduzir o tópico logo no princípio da conversa talvez se configure como tentativa de demonstrar conhecimento acerca de tal pensamento.

Tal construção de seu problema/sofrimento atual como função também de sua internação hospitalar, dando início ao problema de “depressão”, entretanto, não foi dialogicamente corroborada pelo diálogo. Outra quebra de tópico é introduzida pela entrevistadora ao perguntar sobre qual o nome do hospital em que havia sido internado, caracterizando uma *subseqüência encaixada subordinada* (quando o tópico introduzido está relacionado com o anterior, não contribuindo para o seu desenvolvimento, segundo Marcuschi, 1986). Ao fazer isso, a entrevistadora encerra a discussão sobre os rótulos apresentados por Iago e sua família.

No trecho abaixo, podemos ver o modo como sua mãe e sua irmã referem-se à compreensão de Iago acerca da macumba. Imediatamente antes, estavam conversando sobre uma de suas crises públicas (a ser analisada posteriormente) em diálogo tenso, com participação constante de todos os interlocutores.

- 309 M: *Seu padinho devia tá aqui, que nem eu falei pra ele pra tel/ pra telefonar pra*
 310 *ele. || E o Felipe foi que levou você ||, porque o Felipe foi que deu banho.*
 311 N: || * * * * porque ele não lembra ||.
 312 I: ****.
 313 M: *Pra levar no pronto-socorro.*
 314 E: *Mas eu vou vim sempre, outro dia a gente marca com o padrinho, ele vem. Não*
 315 *tem problema não.*
 316 M: *Então, o Felipe que || levou meu filho naquele dia muito ruim ||*
 317 I: || [Eu-já-tava-de-macumba já] || Tava botando
 318 *macumba já.*
 319 M: *((Risos)) Tava botando macumba, que ele fala que já foi outra macumba.*
 320 E: *Outra macumba? Por quê? Foi outro dia isso que a senhora tá falando?*
 321 I: *Foi.*
 322 E: *Como foi essa segunda vez? Foi o quê?*
 323 I: *[Dessa-vez, eu-senti-que-tinha-puxado-o-coração].*

(1ª Entrevista)

No início do trecho, mãe e filha corroboram a necessidade de convocação do padrinho de Iago para confirmar o imperativo de o terem levado ao hospital. A fala conjunta de Neide pode indicar a colaboração dialógica de ambas nesta afirmação, mas interrompe o turno iniciado por D. Isolda. Um pouco mais a frente, D. Isolda retoma a fala anterior interrompida, propondo um retorno ao tópico (*M: Então, o Felipe que || levou meu filho naquele dia muito ruim ||*). O marcador pré-posicionado “então” indica o início de unidade comunicativa retomada, em uma tentativa de tomar para si o turno e o tópico. Tal tópico, entretanto, não é corroborado por Iago, que, em fala sobreposta, inicia um outro, relacionado à macumba. A parada prematura de D. Isolda indica que o turno foi cedido a Iago (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 2003). Esta disputa sobre o controle do tópico revela como esta temática é diferencialmente tratada pelos familiares, que concorrem pelo seu controle insistentemente.

Uma vez instaurado o novo tópico por Iago, a troca de turnos entre ele e D. Isolda, nas linhas 318 e 319, é instigante: “*I: || [Eu-já-tava-de-macumba já] || Tava botando macumba já.*”; “*M: ((Risos)) Tava botando macumba, que ele fala que já foi outra macumba*”. Neste trecho do diálogo é possível perceber como a compreensão de Iago acerca de seu problema como efeito de uma macumba é desacreditada por D. Isolda. O riso de D. Isolda pode ser compreendido para além de sua função como marcador inicial não-verbal de um turno de fala, mas como um modo de posicionamento discordante. O riso, em casos como este, pode ser interpretado como sinal de descrédito, como marcador de um início de fala contrastante com a fala anterior. Ao repetir exatamente a mesma frase de Iago, D. Isolda mostra ironia, e se distancia de tal compreensão, posicionando-se como alguém que não compartilha de tal entendimento.

A entrevistadora, entretanto, oferece a possibilidade de ambos discorrerem mais sobre o assunto da macumba. D. Isolda não parece aquiescer a tal solicitação, respondendo estritamente à pergunta, sem maiores complementos. A partir de então, a entrevistadora passa o turno para Iago e permite que ele elabore mais sobre sua compreensão. Iago, em seguida, colabora com o tópico (iniciado por ele) e começa um relato sobre sua experiência “*I: [Dessa-vez, eu-senti-que-tinha-puxado-ocoração].*”.

A rotulação também está presente na elaboração dos desvios que começaram a acontecer após a entrada nos serviços de Saúde Mental, por meio de discussões acerca dos efeitos de impregnação que ele vê em si e em outros usuários do CAPS.

- 267 E: E alguma outra coisa parecida com você?
268 (2.3s)
269 I: Não... (2.1s) Por estar com problema, né? Por estar com problema, parece o
270 mesmo.
271 E: Por estar com o problema...
272 I: Parece o mesmo.
273 E: O mesmo problema seu?
274 I: É.
275 E: O que que é parecido? Diga aí. O que que você acha que é parecido?
276 I: Tem esse problema aí ((Mexe a cabeça em direção às pernas)).
277 E: Que problema? O de.. balançar?
278 I: É. O mesmo problema de impregnação.
279 E: Como?
280 I: Impregnação.
281 E: Impregnação?
282 I: Outro dia tinha outro impregnado.
283 E: Outro? Outra pessoa tava impregnada?
284 I: É, por causa do remédio.
285 E: Por causa do remédio?
286 I: Hum hum. (2.3s) Eu também fico, mas fico diferente.
287 E: Fica diferente?
288 I: Fico auto-piscante.
289 E: Fica como?
290 I: Auto-piscante.
291 E: Auto-piscante? Como assim, auto-piscante?
292 I: Dentro de mim fica piscando.
293 E: Dentro de você pisca?
294 I: Às vezes dorme, acorda, dorme, acorda.
295 E: Hummm.
296 I: Fica por dentro.
297 E: Por dentro?
298 I: É.
(2º Encontro livre)

O início do diálogo é marcado por certa morosidade interacional entre a entrevistadora e Iago. A pausa longa de 2.3s após a pergunta e a pausa interna à resposta de Iago de 2.1s configuram-se como pausas de hesitação, uma vez que

ambas têm como função o planejamento verbal ou a organização do pensamento. Esse tipo de pausa indica que o tópico trazido é de difícil elaboração, exigindo certa reflexão, talvez por conta de ser esta a primeira aproximação de Iago com tal indagação. É interessante notar que ele responde a pergunta já oferecendo um *account* sobre sua posição: diante da resposta negativa de haver pessoas com problemas parecidos com os seus no CAPS, Iago começa sua fala com uma explicação, afirmando que todos podem parecer parecidos porque estão com “problemas”, mas que no fundo não são.

Nas linhas 275 e 276, há um esclarecimento sobre tal concepção. À pergunta da entrevistadora (*“E: O que que é parecido? Diga aí. O que que você acha que é parecido?”*), Iago responde *“I: Tem esse problema aí ((Mexe a cabeça em direção às pernas))”*. Tal recurso não-verbal ou paralingüístico de indicar suas pernas com um movimento de cabeça ofereceu à entrevistadora a dica para a compreensão sobre o que Iago falava: o sintoma de balançar as pernas. Nesse momento, Iago está referindo-se à similaridade entre os “sintomas de superfície” encontrados nas diferentes pessoas que freqüentam o CAPS, apesar das causas diferentes de cada pessoa (*“E: E alguma outra coisa parecida com você?” “I: Não... (2.1s) Por estar com problema, né? Por estar com problema, parece o mesmo.”*). Tal compreensão indica uma reflexão acerca dos problemas das pessoas que freqüentam o CAPS a partir da existência de substratos profundos lesionados que diferem dos “sintomas de superfície”. Para ele, parece haver causas diferenciadas para problemas aparentemente semelhantes. Aqui, uma reflexão sobre a apresentação de “sintomas” e a configuração de síndromes parece esboçar-se, assim como certa reflexão sobre diferentes etiologias para “sintomas” semelhantes.

Além disso, há uma defesa de Iago de que tais problemas (como balançar as pernas) são efeitos dos medicamentos, mais especificamente do uso abusivo e acima da dosagem necessária (o que configura o estado de impregnação a que se refere). Ao propor tal interpretação, Iago faz uma crítica aos modos como vêm sendo tratadas as pessoas com o uso demasiado de medicações, fazendo referência a um caso recente. Apesar da crítica, o uso do termo psiquiátrico “impregnação” pode indicar a colonização do pensamento psiquiátrico na compreensão de Iago acerca de si e dos outros, assim como sua inserção nos serviços de Saúde Mental.

Ao falar de si, entretanto, Iago descreve estes efeitos de modo diferente, relatando estar “auto-piscante”. É interessante notar que sua compreensão sobre os problemas/sofrimentos dos outros usuários do CAPS está sendo construída por referência ao rótulo de “depressão”, apesar da descrição dos “sintomas” dos outros usuários ser muito próxima à forma como descreve os seus próprios. Mas, apesar da aparente semelhança, o rótulo para si continua sendo o “encosto” causado pela macumba. Estar “auto-piscante” pode configurar-se, para Iago, como um sinal de sua diferença frente às outras pessoas do CAPS, mais uma indicação de que seu problema é de outra ordem. Nesta parte do diálogo, o ritmo constante das trocas de turno pode indicar o envolvimento de ambos os interlocutores com a temática, sugerindo alta colaboração entre os falantes.

Em trecho já analisado, foi possível perceber outros rótulos oferecidos pelos colegas de trabalho de Iago aos seus desvios: o uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas. Esses rótulos, entretanto, não exerceram influência sobre as compreensões familiares acerca dos rompimentos residuais ou das crises públicas e não merecem tratamento especial para esta categoria.

A construção de sentidos acerca dos rótulos a serem empregados transita entre a compreensão religiosa marcada pela macumba como causa do problema/sofrimento de Iago e a compreensão psiquiátrica captada pela família fazendo referência ao diagnóstico de “depressão”. A interação conversacional relativa à disponibilidade de rótulos alternativos foi marcada por certa negociação, porém com atores sociais construindo versões diversificadas acerca dos desvios normativos apresentados por Iago, fazendo referência a rótulos diversos. Iago propôs o rótulo da macumba como causa e sua família insistiu na caracterização psiquiátrica. Entretanto, é possível observar certa penetração de ambas as compreensões na construção de um sentido de “adoecimento” em que se mesclam as perspectivas religiosas e psiquiátricas, tanto para Iago, quanto para seus familiares (por exemplo, quando Iago refere-se à “depressão” e à impregnação como efeitos secundários de adoecimento após a macumba).

4. Severidade da reação social

Esta categoria refere-se aos modos como o entorno de Iago reagiu a suas crises, tentando apreender a forma como interacionalmente se relacionaram e quais os recursos sociais e institucionais acionados. O trecho abaixo é marcado pelo relato de Iago sobre sua primeira crise e será analisado como exemplo dos modos como sua família reagiu frente aos desvios apresentados por ele em suas outras crises públicas. Nos outros trechos relativos às crises, a reação familiar na época foi semelhante ao abaixo transcrito, assim como o agenciamento hospitalar foi o único dispositivo acionado em todas as vezes. Nos outros trechos, o mesmo padrão interacional pôde ser observado.

- 155 E: *Que hospital foi.. que vocês foram?* || **||
156 I: || *Manda* || *qui*.
157 E: *Mandaqui=*
158 I: = *É*.
159 E: *É um pronto-socorro, né isso?*
160 I: *É*.
161 E: *Você ficou internado lá?*
162 I: *Não.. fiquei*.
163 E: *Não?*
164 I: || *(Passei lá)*. ||
165 N: || **||.
166 E: *Só tomou || a me || dicação↓ || e sa || iu*.
167 I: || *mou* || || ↓*ção* || e *saí*.=
168 E: = *Isso foi a quanto tempo, Iago?*
169 I: *Quatro mês::*
170 E: *Quatro meses atrás?=*
171 I: =*mês atrás. ((assentindo com a cabeça))*.
172 E: *Então o que você sentiu foi o quê? O que é que você sentiu que você disse assim*
173 *“eu preciso ir no pronto-socorro”?*
174 I: *Não, xiii eu tava bem torto*.
(1ª Entrevista)

Esse trecho de conversa segue um trecho anteriormente analisado (na categoria “Disponibilidade de rótulos alternativos”), momento em que Iago apresenta, pela primeira vez, sua versão sobre o que havia lhe acometido quando de sua primeira crise e ida ao hospital. No trecho aqui transcrito, Iago relata sua ida ao hospital,

respondendo as perguntas da entrevistadora de modo sucinto. Suas respostas são curtas e rápidas e o diálogo veloz. A colaboração entre os falantes pode ser pressuposta, principalmente pela repetição de modo sobreposto realizada por Iago do final das palavras enunciadas pela entrevistadora na linha 167 (“E: Só tomou || a me || dicação ↓ || e sa || iu.”; “I: || mou || || ↓ ça || e saí.”). A velocidade do diálogo, com muitas falas seqüenciadas e trocas de turno constantes, pode revelar que o tópico é de fácil conversação, talvez por conta de ser uma descrição de um evento público em que sua família (presente na conversa) poderia corroborar, sem necessidade de muita elaboração, uma vez que não se configura como pauta de discordância.

É importante ressaltar que a ida à emergência do hospital parece ter sido compreendida por Iago como um cuidado passageiro. É prudente recordar, entretanto, que no trecho anteriormente analisado, Iago resistiu inicialmente a ser levado ao hospital. Em ambos os trechos, porém, ele referiu-se à necessidade de ter sido levado, porque estava com o corpo torto. O fato de ter ido à emergência, ter sido medicado e em seguida liberado, em suas três crises, pode sugerir que sua família encontrava-se em um momento de estresse interacional, recorrendo à emergência, porém sem desejar a internação. Não há relatos de reações severas aos desvios ou rompimentos residuais apresentados por Iago.

5. Crise pública

A crise pública configura-se como um momento crucial na identificação de uma pessoa como desviante e na mobilização de diversos atores sociais para a estabilização do desvio normativo em torno do rótulo de “doença mental”, principalmente após terem sido acionados dispositivos psiquiátricos. Os relatos das crises geralmente acontecem em interações tensas, momento em que são postos em cenas atores sociais com posicionamentos diferenciados e compreensões divergentes acerca dos desvios envolvidos nas crises. No trecho abaixo, os atores (Iago, D. Isolda e Neide) apresentam duas versões sobre sua primeira crise pública:

270 M: Não, ele fala:: bastante vezes, inté hoje mermo ele fala que as pessoa tá
 271 fazendo macumba pra ele, que mora aí dento dessa casa, e tá fazendo macumba
 pra ele.

272 I: [Não-é-assim, não-é-assim].

273 E: Você acha que é uma macumba que uma vizinha fez, foi?

274 I: Não foi isso não.

275 E: Hum.

275 I: Eu gritava com ela daqui, né? (E: =Hum.=) E ela gritava comigo de lá. (E:
 276 =Hum.=). A gente se conhece.

277 E: Vocês se conhecem. E por que você acha que ela fez macumba?

278 I: Porque-foi-ruindade.

279 E: Por que o quê?

280 I: Foi-ruindade-dela.

281 M: Ruindade.

282 E: Ruindade ((Risos)) dela. Ah, entendi. E como foi pra você ter ido lá ao.. ao
 283 Pronto-Socorro?

284 I: Ah, pra mim foi-meio-chato.

285 E: Foi você que quis ir?

286 I: Não.

287 E: Quem foi que teve idéia de ir ao pronto-socorro?

288 I: Foi::: ela-e-meu-padrinho. Ela e meu padrinho.

289 M: Você pediu ajuda, não foi?

290 I: Anh?

291 M: Você pediu ajuda?

292 I: Pedi-ajuda [na hora do problema].

293 M: E então. E aí então?

294 I: Chegou lá, vocês [sem-saber-com-o-que-eu-tava].

295 M: ↑Você não pediu ajuda? Você não tava ruim, todo se estronchando, fez xixi
 296 na roupa?

297 I: ↑Fiz-xixi-na-roupa-nada.

298 M: ↑É, fez xixi na roupa. || Você não viu que fez xixi || na roupa.

299 I: || Fiz nada *||

300 M: || Aí você todo se ↑entronchando assim ||, no pescoço.

301 I: || ****||.

302 E: Hum hum.

303 M: Aí ainda pediu ajuda.

304 I: [Ela-inventa-demais].

305 E: É o quê que você falou agora?

306 I: Ela-inventa-demais.

307 E: Ela inventa demais?

308 I: É.

309 M: Seu padinho devia tá aqui, que nem eu falei pra ele pra tel/ pra telefonar pra
 310 ele. || E o Felipe foi que levou você ||, porque o Felipe foi que deu banho.

311 N: || * * * * porque ele não lembra ||.

312 M: *Pra levar no pronto-socorro.*

313 I: ****.

314 E: *Mas eu vou vim sempre, outro dia a gente marca com o padrinho, ele vem. Não tem problema não.*

315 M: *Então, o Felipe que || levou meu filho naquele dia muito ruim ||*

316 I: *|| [Eu-já-tava-de-macumba já] || Tava botando macumba já.*

317 M: *((Risos)) Tava botando macumba, que ele fala que já foi outra macumba.*

318 E: *Outra macumba? Por quê? Foi outro dia isso que a senhora tá falando?*

319 I: *Foi.*

320 E: *Como foi essa segunda vez? Foi o quê?*

321 I: *[Dessa-vez, eu-senti-que-tinha-puxado-o-coração].*

322 E: *Foi o quê? Puxar o coração?*

323 I: *É::, macumba-de-puxar-o-coração.*

324 E: *Como assim? Me explique aí.*

325 I: *Eles falaram pra mim que:: mandaram-o-exu, né? (E: =Ham.=) E puxaram*

326 *meu coração.*

327 E: *Mandaram o exu puxar seu coração?*

328 I: *É.*

329 E: *Ah::*

330 I: *Aí eu me [senti mal], né? [Mandaram-o-exu] e eu senti um negócio puxando.*

331 *(E: =Hum hum.=) Acabei sentindo vontade de mijar, né? Aí mijei na calça.*

332 E: *Outro dia ou foi nesse dia mesmo?*

333 I: *Outro dia.*

334 E: *Outro dia já. E aí vocês fizeram o quê quando você tava assim?*

335 I: *Aí eu fui, me levaram pra o hospital.*

336 E: *De novo? Outro hospital? O mesmo?*

337 N: *O mesmo, Mandaqui.*

338 E: *Mandaqui. || Isso já tem quanto tempo? ||*

339 I: *|| *** ||*

340 E: *Foi quanto tempo depois da primeira?*

341 I: *Isso aí já faz cinco meses.*

342 E: *Cinco meses? Então a primeira foi essa!*

343 I: *A primeira foi essa.*

344 E: *Do cora || ção, do exu. ||*

345 I: *|| Do coração, do exu ||*

346 E: *E aí, um mês depois teve de novo?*

347 I: *|| Teve de novo ||*

348 M: *|| Logo em seguida. ||*

349 E: *Logo em seguida. E aí voltou lá no Mandaqui.*

350 I: *Voltou lá no Mandaqui.*

(1ª Entrevista)

Nas falas anteriores ao trecho transcrito acima (já analisadas), D. Isolda comentava que Iago por vezes falava sozinho, configurando um rompimento de

norma residual percebido por ela, suas filhas e pelos vizinhos. Iago, entretanto, nega tal afirmação. D. Isolda, em seguida apresenta a compreensão de Iago sobre o que lhe aconteceu, uma macumba, como explicação para o fato de falar sozinho. Novamente D. Isolda é contrariada por Iago, que, em desacordo, diz que neste caso, não havia macumba, apenas um diálogo com a vizinha, em uma tentativa de defender a normalidade do comportamento ora entendido como rompimento residual.

Como Iago já havia comentado anteriormente nesta mesma entrevista que seu problema havia sido causado por uma macumba da vizinha, a entrevistadora contrasta a informação trazida agora por Iago (de que ele não estava falando sozinho, não havia macumba e que eles apenas conversavam porque se conheciam) com a informação aparentemente contraditória trazida anteriormente, adotando implicitamente neste momento da interação a compreensão materna. Diante de tal confrontação, Iago desiste de seu curso de ação (a defesa de que não falava sozinho) e começa seu relato sobre a macumba, para defender a sua coerência argumentativa, agora posta em xeque.

Após ter justificado a macumba feita pela vizinha como função de uma ruindade dela, a entrevistadora muda de tópico e inicia uma sequência sobre a sua ida ao hospital. A partir desse momento, o diálogo mostra-se mais tenso, uma vez que Iago comenta que não queria ter ido e que foi sua mãe e seu padrinho que o levaram, instaurando um par adjacente de acusação com duas possíveis segundas partes: pedido de desculpa/justificativa ou acusação (Hutchby, & Wooffitt, 1988). Sua mãe imediatamente oferece um *account*: uma justificativa sobre a forma de pergunta, o implicando na decisão de terem o levado ao pronto-socorro (“*M: Você pediu ajuda, não foi?*”). A resposta de Iago “*Anh?*” pode configurar-se como um pedido de repetição, por não compreensão, ou uma hesitação, momento de organização do diálogo. Após repetição da pergunta feita por D. Isolda, Iago continua em seu curso de acusação (“*I: Chegou lá, vocês [sem-saber-com-o-que-eu-tava]*”). Tal acusação foi seguida pela repetição feita por D. Isolda da justificativa trazida anteriormente, dessa vez com entonação acusatória (*M: Você não pediu ajuda? Você não tava ruim, todo se estronchando, fez xixi na roupa?*). Nesse trecho é interessante notar que ambos os atores mantêm-se em suas posições, repetindo seus enunciados toda vez que afrontados de forma cada vez mais contundente (o aumento no tom e volume de

voz indicam isso mais claramente, porém são de difícil apreensão em transcrições). Tal estratégia de repetição, aumento do volume de voz e mudança de entonação para tons acusatórios, é típica de situações de confronto e desacordo explícito, quando os interlocutores não querem mostrar insegurança, mantendo-se firmes em suas posições (Hutchby, & Wooffitt, 1988).

A fala de D. Isolda, nas linhas 295 e 296, traz uma nova informação por meio de um *account* sob a forma de justificativa/acusação, criando no diálogo mais um momento de descrédito. Ela relata que Iago não estava bem, fazendo referência ao desvio de “fazer xixi na roupa”, considerado sério para as interações sociais do mundo adulto: “*Você não tava ruim, todo se estronchando, fez xixi na roupa?*”.

A partir de então, Iago se empenha na defesa de que não estava mal, negando a afirmação de sua mãe e criando um momento extremamente tenso no diálogo, com pares adjacentes de afirmação e negação seguidos de falas sobrepostas. Sua mãe continua com relatos sobre a crise: “*M: ||Aí você todo se estronchando assim||, no pescoço.*”, seguida de fala sobreposta de Iago, muito rápida e embolada, dificultando a escuta sobre o que se tratava (marcada pelos asteriscos no texto). A acusação de Iago, realizada em seguida, desacreditando D. Isolda, é contundente: “*Ela inventa demais*”. Essa fala não é compreendida, a princípio, pela entrevistadora, e é repetida por Iago. A surpresa da entrevistadora com a fala de descrédito e ofensa de Iago manifesta-se na repetição, com ênfase, da palavra “*inventa*”, com entonação de dúvida frente ao caráter despreferido da ação, conferindo se era realmente o que compreendera.

Em sua defesa, D. Isolda recorre à autoridade do padrinho e de um vizinho que estavam presentes no momento da crise, para confirmar sua história e provar que não era invenção: “*M: Seu padinho devia tá aqui, que nem eu falei pra ele pra tel/ pra telefonar pra ele. ||E o Felipe foi que levou você||, porque o Felipe foi que deu banho.*” Sua irmã, de modo sobreposto à mãe, também se posiciona, afirmando que Iago não lembra desse dia, e implicitamente indicando que ele não pode fazer tais acusações. Em meio a tantas falas tensas, a entrevistadora inicia uma quebra de tópico ao propor conversar com o padrinho outro dia, em uma tentativa de amenizar o conflito interacional. Em seguida, Iago inicia um tópico sobre a macumba, já analisado acima.

Neste tópico, Iago assume o controle da interação, relatando suas impressões corporais e suas compreensões acerca de seu problema/sofrimento relacionadas à macumba. Uma sequência *account* foi iniciada por ele, justificando seus comportamentos não usuais e oferecendo interpretação alternativa à crise relatada por sua mãe e sua irmã. Utilizando imagens fortes acerca de uma experiência de natureza individual, Iago mantém o controle sobre o tópico, não oferecendo a possibilidade de descrédito ou invalidação por parte dos outros falantes (“*I: Eles falaram pra mim que:: mandaram-o-exu, né? (E: =Ham.=) E puxaram meu coração.*”). Desse modo, Iago consegue justificar ter feito “xixi nas calças” sem precisar assumir uma compreensão psiquiátrica, conseguindo sustentar a posição de que sua mãe e sua irmã não sabiam o que lhe estava acontecendo (a macumba) e o levaram, assim mesmo, para o hospital, por estar, para elas, com “sintomas” de “doença mental”. Uma vez defendida sua perspectiva sobre a situação, Iago e a entrevistadora mudam de tópico novamente, iniciando a sequência de esclarecimentos sobre as três crises e os encaminhamentos ao hospital feitos pela família (em trecho já analisado).

Abaixo, há uma breve conversa sobre a terceira crise de Iago.

- 385 E: E a terceira vez, foi a mesma coisa que você sentiu antes?
386 I: Foi.
387 E: Como foi?
388 I: Fiquei torto de novo.
389 N: É, ele ficou todo torto de novo... babando.
390 E: Babando... falando coisa estranha também, não?
391 N: Não.
392 E: Não.
393 M: Ele ficava com a língua assim embolada.
394 I: [Mermo-com-a-língua-embolada], mesmo-assim-eu-fico-ruim, né? Eu [vou-
395 fazer-de-novo], eu tô aqui, sentado na rua, eu cheguei e eu fiquei ruim.
396 E: Hummm, entendi.
397 I: Eu cheguei e senti [tudo de novo]. Eu-ouvi-ela-falando-de lá.
398 E: Você ouviu ela falando de lá?
399 I: É. Aí elas não prestam atenção.
400 E: Elas não prestam atenção.
401 I: Não, às vezes não.
402 E: Ninguém ouviu aqui então?
403 N: Não, ninguém ouviu.

(1ª Entrevista)

Neste trecho, há uma maior colaboração entre Iago, sua mãe e sua irmã, que co-constroem uma narrativa coerente sobre a fenomenologia da crise, sem entrar mais propriamente nas compreensões sobre o que estava acontecendo, nem sobre as causas da crise (como no trecho anterior). Somente na linha 399, Iago retoma a acusação como modo de distanciar-se da perspectiva da mãe e irmã, comentando que elas não prestam atenção e por isso não ouvem quando a vizinha começa a falar e invocar a macumba para ele. Embora as acuse, desta vez não há revide por parte das duas, que deixam o controle do tópico nas mãos de Iago.

Entretanto, tal colaboração não acontece quando a primeira crise novamente é trazida como tópico da conversa, em trecho reproduzido abaixo. O contexto de tal conversa envolvia uma discussão sobre os primeiros rompimentos de normas residuais, transcritos nas primeiras linhas (762 a 767).

- 762 *E: Então tá.. antes quando ele era mais tranqüilo, o que era ruim, assim? O que*
763 *era/ que ele só de vez em quando que ele tava melhorzinho que ele podia*
764 *trabalhar.*
- 765 *N: Ele era agressivo, falava sozinho.*
- 766 *E: Agressivo, falava sozinho.*
- 767 *M: É, as mermas coisas que nós já conversou.*
- 768 *E: Certo, aí depois piorou?*
- 769 *M: É, agora que piorou.*
- 770 *E: Que tá.. agora o que é vocês acham que tá pior?*
- 771 *N: Ele entortou, né? Faz parte do corpo.*
- 772 *E: Faz parte do corpo. Só isso? O resto vocês acham que tá igual?*
- 773 *M: Ficou com as mãos toda:: torta, o pescoço, suava suava, a língua ruim, que*
774 *ainda hoje merma tá com..*
- 775 *E: Mas caiu no chão, não? Ficou em pé.*
- 776 *N: É.*
- 777 *M: E a gente tinha que segurar ele, senão ele caía.*
- 778 *E: Senão caía? Mas chegou a cair, não?*
- 779 *I: Chegou não.*
- 780 *N: Não caiu porque a gente tava segurando, né?*
- 781 *I: Segurou nada.*
- 782 *M: Chegou uma hora que tinha que segurar você, se você não segurasse:: ia pro*
783 *chão.*
- 783 *I: Ia nada.. eu sei que não ia.*
- 784 *E: E como foi assim? Você tava sozinho quando aconteceu isso de ficar torto?*
- 785 *Como foi?*

786 I: Eu [tava na frente da janela aqui], eu tinha chegado e não sei como foi. Aí eu::
 787 entortei.

788 E: Você entortou sozinho. Aí a senhora viu na hora que ele entortou? Bem na
 hora?

789 M: Não, ele tava lá sozinho. Eu tava aqui.

790 E: Foi aonde? Ali na sala?

791 M: Ele tava sentado ali.. na cama dele, sentadinho (E: =Hum hum.=), olhando
 792 pra a televisão, aí ele começou, né? Entortando assim todo.

793 E: E falou alguma coisa, não?

794 I: [Eu tava impregnado].

795 M: Ele:: ouvindo, diz ele que tava ouvindo voz, as pessoa fazendo macumba pra
 ele.

796 E: Hum hum.

797 I: [Foi macumba, eu não tava ouvindo voz].

798 E: Você não tava ouvindo vozes, só ouviu a voz da vizinha?

799 I: É.

800 M: Não, a voz não é essa.

801 I: Esse negócio de ouvir voz assim, é trabalho.

802 M: Aí começou se entortando todo, foi aí que nós resolvemos levar ele pra o
 Mandaqui.

803 E: Hum hum. A senhora viu na hora e foi no quarto?... E pegou ele?

804 M: Ele ficou lá sentadinho e falou “mãe, eu tô mal!”. Aí ali, né? Eu gritei por
 805 socorro, os menino que tava aqui do outro lado. (E: =Hum hum.=). E tinha um
 806 home aí trabalhando. Aí gritei por socorro e aí eles ajudou a gente aqui.

807 E: Hum hum.

808 I: E teve outro dia, dois dias que eu fiquei torto.

809 M: Ah, || o primeiro dia que você || ficou torto.

810 I: || Teve dois dias ||Não foi nesse dia que eu fiquei/

811 M: O Felipe ajudou || no primeiro dia ||

812 I: || Esse foi || o dia do coração.

813 M: Então, é isso mermo.

814 I: Esse é o dia do coração.

815 E: Ah, o dia do coração não foi o primeiro?

816 M: Então, é isso mermo.

817 I: É esse. Então.

818 M: Então é isso.

819 I: E toda vez que eu ficar torto, [é diferente]. (E: =Hum hum.=) Eu comecei a
 ficar torto.

(1ª Entrevista)

Após certa provocação da entrevistadora, D. Isolda contrapõe um estado de desvio mais amorfo de Iago antes da crise, apresentando certa agressividade

indiferenciada – o falar sozinho e o isolamento (relatado um pouco antes) – com o momento atual, marcado pelo corpo torto exibido por ele em suas crises. Seu relato, sempre acompanhado da concordância da filha, se restringiu à descrição do estado corporal de Iago e a possibilidade de cair no chão, quando não segurado. Mais uma vez, Iago discorda de sua mãe e sua irmã e nega tal afirmação firmemente: “N: *Não caiu porque a gente tava segurando, né?*”; “I: *Segurou nada.*”; “M: *Chegou uma hora que tinha que segurar você, se você não segurasse:: ia pro chão.*”; “I: *Ia nada.. eu sei que não ia.*”. É possível perceber a cooperação entre sua mãe e sua irmã, colaborando para a defesa do tópico conjuntamente, em contraposição à Iago.

Diante da tensão criada e tentando evitar uma nova disputa sobre o tópico, a entrevistadora oferece o turno à Iago, utilizando de seu poder de estruturação do diálogo (o que não acontece em uma situação de conversa cotidiana que não esteja enquadrada com tal dessimetria de papéis e de poder), solicitando que desenvolvesse o seu relato sobre a crise e o fato de ter quase caído: “E: *E como foi assim? Você tava sozinho quando aconteceu isso de ficar torto? Como foi?*”. Como a resposta de Iago mostrou-se menos contundente, demonstrando dúvida, criou-se a possibilidade de que outros interlocutores pudessem contribuir para o tópico, oportunidade para que o turno fosse entregue a D. Isolda.

Após o comentário de D. Isolda de que Iago começou a ouvir vozes da macumba, ele novamente se manifestou de modo contrário, apresentando nova interpretação, em tentativa de manter distância de qualquer compreensão psiquiátrica. Esse trecho é apropriado para essa análise: “M: *Ele:: ouvindo, diz ele que tava ouvindo voz, as pessoa fazendo macumba pra ele.*”; “E: *Hum hum.*”; “I: *[Foi macumba, eu não tava ouvindo voz].*”. Aqui é possível perceber que diante da possibilidade do relato de D. Isolda ser compreendido como um “sintoma” psiquiátrico, Iago manifesta-se em discordância, marcando explicitamente que não se trata de ouvir vozes, mas de ouvir a macumba que a vizinha estava rogando para ele, compreensão em seguida assentida pela entrevistadora. D. Isolda ainda se mantém reticente, ao falar “M: *Não, a voz não é essa.*”. Como a resposta de Iago continua sustentando sua interpretação sobre a macumba (“I: *Esse negócio de ouvir voz assim, é trabalho.*”), D. Isolda resolve voltar a falar sobre os encaminhamentos realizados.

A partir de então, o diálogo apresenta-se mais tranquilo, com poucas intercorrências, reparos ou interrupções.

Após uma sequência de esclarecimentos sobre as crises entre D. Isolda e Iago, este finaliza o tópico com uma sentença *account* para justificar as diferenças entre cada crise (*I: E toda vez que eu ficar torto, [é diferente]. (E: =Hum hum.=) Eu comecei a ficar torto.*”). Apesar de ressaltar tais diferenças, Iago mantém o “ficar torto” como unidade de ligação entre as crises, comportamento este relacionado à macumba realizada pela vizinha.

As crises públicas são tratadas por Iago e seus familiares de um modo extremamente tenso, permeado pelas controvérsias acerca do que aconteceu. Nas conversas sobre o tema, eles mostraram-se discordantes em diversos pontos, principalmente no que diz respeito à concepção do que estava causando tais crises (a macumba para Iago e talvez uma “doença mental” para seus familiares). É possível perceber que tais concepções influenciam os modos como são relatados os momentos de crise interacional, como são descritos os comportamentos de Iago, assim como influenciam os encaminhamentos escolhidos por cada ator social (por exemplo, a solicitação de dispositivos psiquiátricos).

Diante de tais divergências, fica clara a tensão envolvida na negociação de sentidos acerca da crise pública, uma vez que as diferentes versões têm implicações na construção de uma imagem de Iago que possa transitar entre a macumba e a “doença mental”. Tais construções, apesar de referirem-se a um tempo passado, ainda dependem dos modos como as interpretações desse tempo são ativamente elaboradas a cada conversa. Talvez seja por conta disto que Iago e seus familiares mostraram-se firmes na defesa de suas concepções. Tais defesas, construídas conversacionalmente a cada interação, ainda apresentam implicações interacionais no presente, construindo retroativamente sentidos sobre as crises com conseqüências nos modos como elas são compreendidas atualmente, assim como quais são os melhores meios de cuidado frente a tal problemática. A resistência de Iago em assumir quaisquer considerações que possam ser compreendidas pela ótica psiquiátrica pode revelar como ainda atualmente a negociação sobre as crises exerce influência fundamental nos modos como são construídos os sentidos acerca de seu sofrimento.

6. Estereótipos (aprendidos na infância ou em circulação)

A “loucura” aparece em algumas falas de Iago com sua família. No trecho selecionado é realizada uma comparação do estado de Iago com a “loucura”, por meio de relato de um caso de uma mulher considerada “louca” pela vizinhança.

- 9 M: Não lembro. (1.0s) Aí ele pegou a bula do remédio e leu, né? (E: =Hum hum=).
- 10 Aí ele falou assim “eu não vou tomar esse remédio porque:: eu não sou louco. E
- 11 vocês querem me fazer de louco e eu não vou tomar”. Lá no médico mermo tem
- 12 um que parece que ele é louco. Ele falou que ele tomou o remédio e ele ficou assim.
- 13 E: Hum.
- 14 (4.0s)
- 15 E: E você acha que louco é como, Iago? Conte aí? O que é cê acha que um louco faz?
- 16 I: O louco tem atitudes que não é da gente...
- 17 E: Hum.
- 18 (4.6s)
- 19 I: Acho que é um louco é pior.
- 20 (4.5s)
- 21 M: Tem casos que a pessoa usa os remédios.. aí:: vai fazendo aquele tratamento, aí
- 22 vai ficar boa, né? (E: =Hum hum=). É que nem.. tem caso que:: é de operação,
- 23 mas tem gente que: só fazer o tratamento fica bom, né? (E: =Hum hum=). Aí você
- 24 tem que apoiar. (E: =Hum hum=). E essas coisas não é de operação, né?
- 25 N: Essas coisas não têm operação que resolva, né? É tratamento mesmo. Pra ir
- 26 melhorando.
- 27 M: Tem que ir fazendo o tratamento dele assim, que nem eu falo pra ele assim “ói,
- 28 faça seu tratamento direitinho, confie em Deus, confiar em Deus é muito bom”.
- 29 E: E a senhora achou na época que ele tava ficando doido?
- 30 M: Não.
- 31 E: Não?
- 32 M: Não.
- 33 E: Achou que era o quê?
- 34 M: Ele podia tá pegando uma depressão. Ficou nervoso mó da perca do trabalho dele.
- 35 E: Hum hum.
- 36 M: Só vinha na minha cabeça isso assim.
- 37 E: Nervoso assim, né? E você acha que loucura é o quê, assim?
- 38 (1.0s)
- 39 E: Esses termos são tão difíceis, né? Vamo ver. Cada pessoa acha uma coisa.
- 40 ((Risos))
- 41 E: O que é a senhora acha?
- 42 M: Eu acho que::: a pessoa se tiver o juízo bem fraco pra * (E: =Hum=), ele ataca

43 as pessoa.

44 E: Ham.

45 M: Ele quer atacar as pessoas, ele não::: não quer mais nada com nada. Sabe

46 quando não quer mais nada?

47 E: Hum. E Iago não tava assim?

48 M: Não.

49 E: Você concorda com ela, Iago?

50 I: Concordo.

51 E: Você acha que loucura é isso mesmo? A pessoa fica mais violenta?

52 I: É.

53 E: Não quer mais nada com.. a vida?

54 I: É.

55 E: E você não tava assim.

56 I: Não tava assim.

57 M: Uma vez mermo, tinha uma menina aqui na rua, morava até aqui na favela, até

58 acho que já foi. E ela ficava aqui, um vizinho aqui e uma mulher fechava as porta

59 quando ela tava aqui.

60 E: Por quê?

61 M: Porque ficava nua e ficava aí, né? E ela atacava os povo.

62 E: Ela atacava, é? Com o quê?

63 M: Uma vez mermo ela.. montou nas costas de um home e quase ela mata ele.

64 E: Ela era louca, a senhora acha?

65 M: Era.

66 E: Era?

67 M: E ela... ficava só suja, não ia tomar banho. Não comia... e ia assim, não sei

68 como contar mais. Vivia suja, sentada na rua, no terreno.. (E: =Hum hum=), tirava a roupa.

69 E: Ficava nua?

70 M: Nua, tirava a roupa.

71 E: E ela não tinha família, não?

72 M: A família dela:: tinha um outro que era quase do jeito dela.

73 E: Era?

74 M: E a mãe dela tava quase pra morrer.

75 E: Hum hum. E ela tem casa?

76 M: Morava aqui na favela.

77 E: Como assim, na favela? Tinha uma casa?

78 M: Na favela mesmo, aqui na favela. Mas ela não parava mais aí, porque:: o povo

79 ligava e eles vinha pegar ela, né? E ela ficava bem:: um tempinho pra a gente ver.

80 E agora você vê que não tá descendo mais, eu acho que morreu.

81 E: Hum hum. Nunca mais a senhora a viu?

82 M: Não, nunca mais.

83 E: Você lembra dela, Iago?

84 I: Lembro. Quando eu via ela, eu era pequeno. Aquela lá dos policiais?

85 M: É, aquela lá.

- 86 I: *Judite, né?*
 87 M: *Era Judite, né?*
 88 I: *É, acho que era.*
 89 E: *Judite.*
 90 M: *E a gente fala assim, fazendo tratamento não chega num ponto daquele, né? (E: =Hum hum=). Ele não precisa chegar nesse ponto.*
 91
 92 E: *A senhora acha que ela tinha jeito de melhorar?*
 93 M: *Acho/ acho que não tinha mais não.*
 94 E: *Não?*
 95 M: *Não.*
 96 E: *Você acha também, Iago?*
 97 I: *Também acho.*
 98 M: *Só se fosse por Deus mermo, porque se fala assim “pra Deus não têm casos*
 99 *impossíveis”, né?*
 100 E: *Hum. Lá no CAPS tem alguém assim, parecido com ela?*
 101 I: *Não.*
 102 E: *Não?*
 103 I: *Não. Ninguém-lá-é-tão-doido, não.*
 104 E: *Oi?*
 105 I: *Ninguém-lá-é-tão-doido-assim não.*
 106 E: *Ninguém lá?*
 107 I: *É tão doido assim.*
 (4º Encontro livre)

O tópico relacionado aos estereótipos de “loucura” é introduzido pela entrevistadora após fala de D. Isolda, relatando que Iago estava sentindo-se tratado como “louco”, em uma subsequência encaixada associativa. A resposta de Iago “*I: O louco tem atitudes que não é da gente*” marca um distanciamento de sua posição com relação a uma pessoa “louca”, chamado a atenção para o caráter de rompimento das normas sociais imputado aos comportamentos considerados “loucos”. A delimitação de um *outgroup* parece construir-se em referência a um *ingroup* normativo (“*a gente*”). A pausa de 4.6s seguida de tal fala também é reveladora, ela pode indicar que o tópico trazido não é interessante, ou que se trata de um tema delicado (Marcuschi, 1986). Iago, ao finalizar seu turno, oferece de volta a chance da entrevistadora comentar sua resposta. O silêncio de Iago logo após sua fala configura-se como uma pausa sintática de separação, uma entrega de turno de Iago à entrevistadora, que não o toma para si, respondendo com um marcador convergente simples (“*E: Hum*”), solicitando que Iago permanecesse com o turno. Os 4.6s de silêncio da entrevistadora criam certa expectativa normativa para que Iago retome o

turno, um pedido implícito de maior elaboração realizado pela entrevistadora. A sua fala “*I: Acho que é um louco é pior*”, traz o caráter depreciativo de ser “louco” e certa comparação implícita com seu estado.

Analisando essas duas falas de Iago, é possível perceber seu esforço para manter-se distanciado do rótulo de “louco”. Porém, ao mesmo tempo, fica claro que ele não consegue escapar de tal rótulo. Isso indica a sua centralidade na construção de uma imagem de si ainda referenciada no “louco” como medida para seu distanciamento. Tal diálogo corrobora as afirmações de Scheff (1984), o distanciamento performatizado por Iago configura-se como uma tentativa de delimitar-se como alguém que não participa do *outgroup* (os “loucos”), o que acaba por reafirmar o valor do *ingroup* (os “normais”). Desse modo é possível perceber que a “loucura” passa a ser compreendida como uma concepção contrastante, funcionando para afirmar os comportamentos e a construção de uma imagem de si como alguém mais próximo do status de “normal”. Poderíamos dizer que Iago, nesse trecho, posiciona-se antes da linha de status do “louco”, na posição 3, de acordo com a proposição de Scheff (1984): na posição de exceção, quando a pessoa nem é desviante, nem normal – é “nervosa”, “com ataque de nervos”, com “insanidade temporária”.

Após nova pausa longa de 4.5s, sua mãe toma o turno para si e assume o controle sobre um novo tópico, os tratamentos. Sua pergunta ao final do turno é interessante: “*E essas coisas não é de operação, né?*”. Esse pedido de esclarecimento, dirigido à entrevistadora, é respondido pela irmã com outra pergunta muito semelhante em sua forma sintática, porém em um tom de afirmação. Seu discurso parece impor a necessidade do tratamento (neste caso, talvez restrito aos medicamentos, trazidos por sua mãe no início do tópico), em detrimento da cirurgia levantada como alternativa por sua mãe.

Um pouco depois, uma nova quebra de tópico é realizada pela entrevistadora com a pergunta “*E: E a senhora achou na época que ele tava ficando doido?*”, retomando o turno anteriormente abandonado por D. Isolda sobre a relação entre os estereótipos de “loucura” e o estado de Iago. Tal retomada de tópico, após uma interrupção, configura esse trecho de diálogo como uma *seqüência alternada subordinada*. De acordo com Marcuschi, “quebras intermitentes com retornos

alternados a partes de tópicos anteriores inconclusos sugerem que os participantes não estão coordenando suficientemente suas contribuições ou então indicam que cada qual está interessado em debater algo diverso” (1986, p. 81). O interesse de D. Isolda é claro: criar a ocasião para estabelecer dialogicamente, a partir da concordância entre os interlocutores, a necessidade normativa de Iago seguir com o tratamento. O interesse da entrevistadora aqui está orientado pela discussão sobre os estereótipos de “loucura”.

Apesar da conversa escapar do seu interesse maior, D. Isolda participa do tópico retomado, falando que o que está acontecendo com Iago não é “loucura”, mas sim uma “depressão”, “nervoso”. Tal tópico parece trazer dificuldades interacionais para o envolvimento dos participantes. Iago e sua irmã afastam-se da interação, oferecendo à D. Isolda a posse do turno. Ela mesma não parece estar muito envolvida, ao comentar “*M: Só vinha na minha cabeça isso assim.*”, parecendo indicar que não havia mais o que falar sobre isso. A entrevistadora ainda insiste um pouco, mudando um pouco a temática, excluindo a “doença” de Iago do tópico, em favor da discussão sobre o estereótipo geral de “loucura”. Mesmo assim, tal subtópico não parece agradar muito, haja vista a pausa de 1.0s, o que criou a necessidade da entrevistadora realizar uma sequência *account* para justificar a introdução de tal temática, criando certa descontração: “*E: Esses termos são tão difíceis, né? Vamo ver. Cada pessoa acha uma coisa.*” “*((Risos))*”. A partir daí, D. Isolda e Iago começam um relato mais livre, com menos implicações sobre as concepções do que está acontecendo com Iago e sua difícil e delicada relação com a “loucura”, sentida com desconforto pela família. Nas sequências que se seguem, pouco ricas e elaboradas (talvez em função da pergunta ser muito genérica e abstrata), uma pessoa “louca” “tem o juízo fraco”, “ataca as pessoas”, “não quer mais nada com a vida”.

Já o relato da história de Judite é muito mais rico e traz elementos mais concretos acerca da concepção de “loucura” para D. Isolda e Iago. A primeira informação que D. Isolda traz é sobre a relação de Judite com seus vizinhos, marcada pela incompreensão, medo e exclusão: “*E ela ficava aqui, um vizinho aqui e uma mulher fechava as porta quando ela tava aqui.*”. Suas justificativas para que os vizinhos fechassem as portas, apresentadas logo em seguida, passam por uma imagem de “loucura” permeada pelo rompimento com a norma social de vestir-se (uma imagem de uma experiência com o próprio corpo e com a sexualidade muito

distinta da norma estatística e da normatividade societal do viver em sociedade) e com o comportamento público no trato com outras pessoas (a agressividade). Quanto a esta última característica, foi trazido um caso em que ela agrediu um homem da comunidade e quase o matou. O relato de casos públicos configura-se como uma estratégia retórica para tornar mais vívida a explanação, assim como para oferecer maior veracidade às considerações pessoais (Hutchby, & Wooffitt, 1998).

Em seguida, D. Isolda completa a lista de rompimentos residuais realizados por Judite: “*M: E ela... ficava só suja, não ia tomar banho. Não comia... e ia assim, não sei como contar mais. Vivia suja, sentada na rua, no terreno.. (E: =Hum hum=), tirava a roupa.*”. A quantidade de hesitações (ou pausas preenchidas) pode demonstrar como esse é um assunto delicado, necessitando de organização e planejamento interno do turno. Após ser questionada sobre a família de Judite, D. Isolda enfatiza a gravidade de sua “loucura”: havia um irmão com um problema semelhante e sua mãe estava “*quase pra morrer.*” Segundo D. Isolda, Judite era vista periodicamente na favela porque as pessoas ligavam provavelmente para serviços de controle social (como a polícia ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [SAMU]) para que ela fosse levada para alguma instituição (provavelmente instituições de custódia, como os hospitais psiquiátricos, ou mesmo a delegacia). Contudo, como não a via há algum tempo, acredita que ela pode ter morrido. Iago participou da conversa somente após ser diretamente referido pela entrevistadora, afirmando recordar de Judite (e dos policiais que provavelmente a levaram em alguma crise pública, depois de solicitados pelos vizinhos).

Nas linhas 90 e 91, o tema do tratamento é mais uma vez trazido por D. Isolda. Aqui, a “loucura” é novamente tomada como referencial, aproximando-a de Iago: “*M: E a gente fala assim, fazendo tratamento não chega num ponto daquele, né? (E: =Hum hum=). Ele não precisa chegar nesse ponto.*”. Neste trecho é possível perceber a “loucura” como um estado terminal, localizando Iago em um continuum de gravidade. O tratamento parece ser a condição levantada por D. Isolda para que Iago não chegue ao mesmo ponto de Judite, alguém em que o tratamento não mais surtiria efeito. As tentativas da entrevistadora em fazer com que Iago participasse da conversa não foram bem sucedidas; suas respostas apenas confirmavam as idéias de sua mãe, não desenvolvendo o tópico com informações novas, reparos, *accounts*, etc.

Ao ser questionado sobre a semelhança de Judite com seus colegas no CAPS, Iago responde: “*I: Ninguém-lá-é-tão-doido, não.*”, de modo comparativo, mais uma vez tornando a “loucura” o estado grave (talvez último) de um continuum em que as pessoas do CAPS se encontram. O qualificativo “tão” revela tal graduação.

A temática dos estereótipos de “loucura” foi performatizada em uma interação com pouca negociação, apresentando poucos momentos de maior co-construção de sentidos. Iago, especialmente, pouco contribuiu para o tópico, atendo-se às respostas sem grande elaboração. Não houve situações de falas sobrepostas, discordâncias, reparos iniciados pelo outro interlocutor ou por si mesmo. A comparação explícita da “loucura” com o estado de Iago foi o único momento interacional mais tenso, finalizado prematuramente por Iago e D. Isolda, que não aderiram ao tema. Entretanto, implicitamente, a “loucura” apareceu como referencial na construção de uma imagem de si para Iago, como uma linha de status que ele não pode ultrapassar. Nesses momentos, parece não haver grandes elaborações discursivas e interacionais, diante da delicadeza do tema.

7. Dicas de pessoas significantes para identificação do desvio

No caso de Iago, foram poucas as pessoas significantes que ofereceram dicas nesse momento inicial de identificação do desvio. No trecho abaixo, Iago e a entrevistadora conversam sobre a pouca participação de amigos e vizinhos em seu processo de identificação e rotulação dos desvios:

627 E: *E:: vem cá. Aqui o pessoal, os vizinhos, os amigos/ você tem amigos?*

628 I: *Tenho.*

629 E: *Próximos?*

630 I: *((Assentindo com a cabeça)).*

631 E: *O que é que eles estão achando disso tudo?*

632 I: *[Achavam-o-que-tinha-que-achar] (E: =Hum.=). [**].*

633 E: *E eles vêm aqui, conversam com você?*

634 I: *Eles-não vêm aqui-não.*

635 E: *Não? Você tá afastado então deles?*

636 I: *Tô afastado deles.*

637 E: *E os vizinhos aqui? Teve alguma reação assim diferente?*

638 M: *O povo fica.. fica desconfiado, né? O povo fica desconfiado porque às vez ele*
 639 *fica falando alto, ele fala alto com as pessoas, (E: =Hum.=) aí os povo fica*
 640 *desconfiado, né? Fica com medo.*
 641 E: *Hum. Fala alto, é? Como é que fala alto?*
 642 I: *Eles pensam que eu tô gritando, mas eu não tô, né?*
 643 E: *Tá gritando?*
 644 I: *É. Mas eu tô falando em voz alta.*
 645 E: *Fala mais alto do que deveria? É isso?*
 646 I: *É. E às vezes [eu grito de noite.. pra avisar o pessoal].*
 (1ª Entrevista)

Na pergunta da entrevistadora, iniciadora do tópico, é possível perceber que, a meio caminho de sua elaboração, a entrevistadora interrompe o curso de ação iniciado por ela mesma (uma pergunta sobre as reações dos vizinhos e amigos: *E: E:: vem cá. Aqui o pessoal, os vizinhos, os amigos/ você tem amigos?*), em um exemplo de auto-correção auto-iniciada – feita pelo próprio falante após falha ou mudança de curso de ação (Sacks, Schegolff, & Jefferson, 2003). Tal auto-correção foi realizada para criar uma pré-sequência, preparando o diálogo para a sequência iniciada anteriormente e interrompida por ela mesma (como um *frame*, um quadro preparatório para o evento lingüístico de interesse), propondo assim um ou mais pares de turnos como forma de introduzir um par adjacente central para o tópico posteriormente. Neste caso, a entrevistadora propõe como pré-sequência as perguntas “*você tem amigos?*” e “*E: Próximos?*” como modo de aproximação com o tópico, uma vez que não haviam conversado sobre isso antes.

Em seguida, o tópico sobre a reação dos amigos é finalmente introduzido: “*E: O que é que eles estão achando disso tudo?*”. A resposta de Iago não desenvolve o tópico, fazendo com que a entrevistadora investigue mais a relação de Iago com seus amigos nos próximos pares de turnos. Diante de respostas evasivas, pouco elaboradas, os vizinhos são trazidos para o foco da conversa. Nesse momento, D. Isolda se auto-escolhe como interlocutora para a posse do turno, trazendo os relatos de sua experiência com os vizinhos. Essa auto-escolha pode revelar que a relação de Iago com os vizinhos é menos próxima do que a sua, o que a torna a principal fonte de informação sobre tal tópico. D. Isolda, em sua fala, traz as desconfianças e medo dos vizinhos frente ao rompimento da norma residual de falar em volume de voz adequado. Diante de tal acusação, Iago toma a posse do turno e traz algumas

seqüências *account* como modo de justificar tal rompimento, em uma tentativa de normalização (“I: É. E às vezes [eu grito de noite.. pra avisar o pessoal]”).).

No trecho abaixo, um relato sobre a participação do padrinho no encaminhamento de Iago ao hospital revela certa tensão quanto à receptividade de Iago em relação ao envolvimento das pessoas em seu problema/sofrimento.

- 19 M: Quanto tempo você começou.. aquele pobrema.. quer dizer que você não sabe..
20 às vezes esse pobrema não dá pra a pessoa que tá sentindo aquele pobrema
21 saber. Não é?.. Não é verdade? A gente que tá com aquele pobrema às vezes nem
22 sabe, e os outro tá dando fé, masi e conselha, só que não quer. Das vez que eu levei
23 você não foi... você já tava com esse pobrema.
- 24 I: Então, ****. ((Altura muito baixa de voz em tom de reclamação)).
- 25 M: Então você não quer que/
26 E: O quê?
- 27 I: Eu sei que eu tava com pobrema. Igual a gente conversou naquele dia.
28 E: Hum hum. Quando foi isso? Logo depois que ele saiu do emprego? Ou foi há
29 quatro meses atrás?
- 30 M: Foi... parece que foi há bastante tempo. Foi há uns dois anos assim.
31 E: Uns dois anos.
- 32 M: É. Sim. Só que a gente conversava com ele, só que ele achava que ele não tava
33 com pobrema, né?
- 34 E: Ahh, eu me lembro. Quando a senhora disse que levou ele no posto, não foi? E
35 ele não quis ficar na psicóloga, não foi isso?
- 36 M: Foi. Ele falava que não tava louco e nós queria tratar ele que nem louco, dar
37 remédio de louco.
- 38 I: E isso tem a ver com meu padrinho também?
- 39 M: Não, né, filho?
- 40 E: Isso o quê que você falou?
- 41 I: Tem a ver com meu padrinho.
- 42 E: Nessa época, ele tava discutindo com o padrinho dele? Foi isso?
- 43 M: Quer dizer que aí ele ficou longe dos remédio, ele não tomou os remédios.
44 Quer dizer que [ficou pior ainda] (E: =Hum hum.=) com isso aí, né? E aí foi
45 nessa ocasião que ele foi ficando ficando.. [magro], aí a família às vez achava, os
vizinhos achava..
- 46 E: Achava o quê?
- 47 M: Que ele era::
- 48 I: Mas || eu não precisava tomar remédio. ||
- 49 M: || Que era brincadeira dele. ||
- 50 E: Por quê? Ele fazia o quê que achavam que era brincadeira?

- 51 *M: Porque ele tava conversando sozinho, às vez a gente ia falar com ele, ele*
52 *falava alto, (E: =Hum::=), ficava não querendo aceitar aquilo ali, e dizia que ele*
não tava doente.
- 53 *E: Entendi. Você lembra disso, Iago?*
- 54 *I: Não,*
- 55 *E: Lembra não?*
- 56 *I: Lembro não.*
- 57 *M: Aí o padinho às vez ia conversar com ele, aí ele ficava pegado.*
- 58 *E: Ficava nervoso com o padrinho?*
- 59 *M: É, com o padinho. Aí o padinho não sei o que foi..*
- 60 *I: É porque ele queria me levar pra lá, né?*
- 61 *M: Conversar com ele.*
- 62 *E: É o quê?*
- 63 *I: Ele queria me levar pra lá.. pro hospital.*
- 64 *E: Ahhhh.*
- (2ª Entrevista)

A primeira fala de D. Isolda sobre este tópico é extremamente interessante: para defender uma posição diferenciada para si frente ao sofrimento de Iago como alguém que pode o aconselhar e cuidar, D. Isolda o desqualifica, de modo muito cuidadoso e sutil. Em sua fala, ela distancia qualquer consideração direcionada especificamente a Iago, fazendo uso da generalização de uma atitude própria das pessoas que estão sentindo este problema, afirmando que em tal situação as pessoas não reconhecem o problema (*“às vezes esse pobrema não dá pra a pessoa que tá sentindo aquele pobrema saber. Não é?.. Não é verdade? A gente que tá com aquele pobrema às vezes nem sabe, e os outro tá dando fé, masi e conselha, só que não quer.”*). Desse modo, ela consegue legitimar sua ação no momento das crises, sustentando que seus conselhos e atitudes são mais bem fundamentados do que os de Iago, uma vez que ele nem mesmo se reconhecia com “problema”.

Iago, diante de tal afirmação, performatiza uma fala em tom de reclamação, muito baixo, resmungando quase para si mesmo, sem possibilidade de compreensão quando da escuta e transcrição. Sua mãe continua seu relato, sem considerar o que foi dito por ele, diferentemente da entrevistadora que a interrompe bruscamente em favor de Iago. A partir de então, Iago retoma a conversa anterior, sinalizando que não há mais nada a ser dito. Imediatamente, a entrevistadora muda a direção do tópico para a contextualização do problema no tempo. Sua mãe inicia uma narrativa retomando a conversa da entrevista anterior.

Entre as linhas 38 e 42 há um trecho de diálogo importante, onde Iago, sem iniciar qualquer introdução a um novo tópico, traz uma pergunta intrigante: “*I: E isso tem a ver com meu padrinho também?*”. Nesse momento, é possível perceber um tom agressivo. Sua mãe responde de modo evasivo, tentando não desenvolver o tópico e retornar ao anterior. Diante do caráter inusitado da pergunta agressiva de Iago, a entrevistadora solicita esclarecimentos. Sua pergunta (“*E: Nessa época, ele tava discutindo com o padrinho dele? Foi isso?*”) é simplesmente ignorada por D. Isolda, sem nem mesmo indicar que será retomada mais a frente, o que pode sugerir que tal assunto está envolto de dificuldades interacionais e tensão entre os atores. Em sua resposta, D. Isolda mais uma vez retoma a temática do tratamento, acusando Iago de não ter tomado os remédios e ter piorado por conta disso (mantendo, dessa forma, a coerência com o tópico iniciado por ela no início desse trecho). Nas falas subsequentes há uma breve explanação das características desse momento, em trecho muito semelhante a outros já analisados.

Somente na linha 57 D. Isolda responde a pergunta da entrevistadora, esclarecendo a participação do padrinho nesse momento, trazida à princípio por Iago. Somente aí fica claro que tal incursão sobre o tratamento que havia sido desrespeitado por Iago configurava-se como uma subsequência encaixada subordinada, um apêndice realizado por D. Isolda para contextualizar a resposta que viria a seguir, como uma forma de justificar a resposta dada à entrevistadora, funcionando como um *frame* subordinado, mas não irrelevante, segundo Marcuschi (1986). A resposta de D. Isolda (“*M: Aí o padinho às vez ia conversar com ele, aí ele ficava pegado.*”) recebe outro valor após a incursão anterior, sendo agora justificável e compreensível. Sobre este assunto, D. Isolda diz não entender o porquê do nervosismo de Iago com o padrinho, desse modo permitindo que Iago elaborasse mais sobre isso.

A justificativa de Iago para tal nervosismo é só uma: “*I: Ele queria me levar pra lá.. pro hospital.*”, o que demonstra sua discordância com as atitudes do padrinho em tentar convencê-lo a ir. Nesse trecho, a figura do padrinho aparece como recurso familiar para convencer Iago a ir ao hospital, talvez a única pessoa fora do núcleo familiar mais próximo que ofereceu dicas para a identificação e tratamento do desvio.

Amigos e vizinhos não parecem ter tido papel fundamental na identificação do desvio de Iago. Sua relação com vizinhos e amigos parece distanciada; as interações acerca de tal tema são tranquilas, sem momentos de negociação intensos. O núcleo familiar e o padrinho parecem ter sido responsáveis pelos encaminhamentos ao hospital. Iago, frente às tentativas de ser convencido por seus pais e padrinho, mostrou-se tenso e discordante, apresentando resistência. A relação com seu padrinho parece ter sido fragilizada frente a tais tentativas de convencimento. Tais dicas pareceram poderosas para a identificação do desvio. As considerações de Iago, mesmo discordantes, não tiveram o mesmo peso do que as de seu padrinho na identificação do desvio e no encaminhamento ao hospital realizado pela família.

8. Sugestionabilidade do desviante

Segundo seus relatos, Iago, em suas crises, manteve a posição de que não estava doente, não era “louco” e não precisava ir ao hospital. Entretanto, posteriormente, em conversa com sua mãe, é possível perceber que as sugestões acerca das medicações começam a ser avaliadas por Iago de outra forma. No trecho selecionado, D. Isolda negocia com o filho a possibilidade de que ele tome os remédios, apesar de sua inicial recusa.

- 120 M: *Aí ele fica nervoso, né? Quer dizer que acha que:: fica todo nervoso. (E:*
121 *=Hum hum.=). Aí eu digo “você tem que ter paciência, você tem que ter*
122 *paciência”. Quando não toma a medicação os nervo abala.*
- 123 I: *↑Antes de tomar esses remédio eu não sentia nada. Tô me sentindo mal com*
isso.
- 124 E: *Antes de tomar os remédios, você não tava sentindo nada? Foi isso que você*
falou?
- 125 I: *É. Foi.*
- 126 E: *E depois que você começou a tomar os remédios...*
- 127 I: *Aí eu me sentia mal, me senti mal de noite.*
- 128 M: *Não sei, filho, se você.. quando você ficou se estronchando.. você precisou*
129 *tomar o remédio, a injeção. Quando você ficava todo se estronchando, a injeção*
130 *que você tomou.*
- 131 I: *Eu tomei só daquela vez lá [do jaleco].*
- 132 M: *Aí você voltava, né?*
- 133 E: *Naquela época você acha que foi efeito de remédio?*
- 134 I: *Não.*

135 M: Agora quer dizer também que os remédio, também a pessoa toma muito
136 remédio também fica muito... né? Chapado de remédio também, né?

(2ª Entrevista)

D. Isolda atribui o nervosismo atual de Iago ao fato dele não tomar a medicação, indicando implicitamente que se ele seguir as prescrições médicas não ficará tão nervoso, sutilmente apresentando sua preferência pelo uso de medicações de modo constante. A partir de então, Iago toma para si o tópico levantado pela mãe, desenvolvendo-o com outra conotação. Para ele, assumir que piora quando não toma a medicação pode significar que há um problema de natureza psiquiátrica inicial, e que os remédios são a solução, conseguida posteriormente. Para escapar desta compreensão, Iago relata, de modo enfático, com aumento de volume de voz e mudança de entonação, que os remédios são a causa de seus problemas, portanto excluindo a possibilidade de uma doença anterior a ser tratada. Desse modo, ele denuncia sua dependência química: para Iago, ele passou a sentir-se mal somente após ter ficado dependente dos remédios.

D. Isolda, a partir de então, traz para a cena uma crise em que Iago precisou tomar uma injeção e melhorou, defendendo assim o uso os medicamentos. Iago, diante de tal relato, precisou voltar atrás de sua consideração, fazendo uma sentença *account*: “*I: Eu tomei só daquela vez lá [do jaleco].*”. Aqui é possível perceber que não houve outra saída interacional para Iago continuar defendendo sua posição e manter a coerência, a não ser justificando essa ocasião como a única em que o medicamento foi realmente necessário, diferente das outras ocasiões do dia-a-dia trazidas por ele no início do tópico. Sua mãe, ao final do tópico, aquiesce, aceitando que os medicamentos também podem fazer mal quando em superdosagem, o que pode revelar a cooperação entre os atores para construção de uma interação mais harmônica e menos conflitiva.

Neste início de construção da “carreira como doente mental”, não apareceram muitas cenas de Iago sendo sugestionando por outras pessoas, talvez por conta da fugacidade de tais cenas e das sugestões serem oferecidas de modo disperso, em momentos distintos da interação familiar, não se restringindo aos momentos de crise pública. Este trecho é especial porque não se configura como um relato de segunda mão (uma narrativa) sobre sua sugestionabilidade, mas ele mesmo é um exemplo de

como em situações cotidianas as compreensões acerca da “doença mental” e do tratamento destinado a ela estão envoltas em negociações de sentido, funcionando como forma de sugestionar Iago em direção à compreensão psiquiátrica de seu problema/sofrimento.

9. Compatibilidade de termos do desviante de seu entorno

Logo na primeira entrevista, como já foi analisado, foi possível perceber uma aproximação de Iago com a compreensão de seu problema/sofrimento como “depressão”, em uma tentativa de fazer referência à compreensão psiquiátrica (possivelmente por conta da entrevistadora propor a pesquisa a partir de seu contato com o CAPS). Apesar de tal referência, Iago mantém-se firme na asseveração da causa do problema ser a macumba. Em outro trecho, entretanto, os sentidos do seu problema/sofrimento são negociados de modo peculiar:

200 *E: E você acha que isso é uma doença?*

201 *(1.9s)*

202 *I: É o quê? É uma doença, né? Uma doença por causa da macumba.*

203 *E: Uma doença por causa da macumba? (1.5s) Entendi. (2.5s) E os médicos te*

204 *dizem algum coisa sobre isso? Eles conversam com você?*

205 *(5.3s)*

206 *I: Ah, eles seseses eles pedem pra eu tomar o remédio.*

(2º Encontro livre)

Apesar de muito curto, tal trecho é prenhe de significados. Após provocação da entrevistadora, que oferece o sentido de doença a Iago sem que ele mesmo falasse mais espontaneamente, Iago condensa os sentidos de adoecimento e macumba, após certa pausa, o que indica hesitação e possível elaboração discursiva interna. Ao afirmar que seu problema/sofrimento é uma doença causada pela macumba, Iago mantém a concepção de causa enraizada em sua compreensão cultural-religiosa da macumba, mas aproxima o estado atual, sua “sintomatologia”, com a descrição médico-psiquiátrica de doença. Desse modo, Iago constrói um sentido para si que torna coerente seu tratamento no CAPS, porém mantém-se distanciado de qualquer consideração etiológica que o aproxime do rótulo de “doente mental”. Quando questionado quanto às considerações médicas, Iago não os implica nesta sua

elaboração, assumindo a responsabilidade por tal construção de sentidos, uma vez que os médicos apenas pedem para tomar os remédios.

Diante da quantidade de informações e interações realizada ao longo de tantos encontros, poucos foram os momentos em que foi possível perceber certa aproximação de Iago com os termos propostos por seu entorno fundamentalmente relacionados à compreensão psiquiátrica de “doença mental”. Mesmo assim, nesses poucos momentos é possível perceber que Iago começa uma primeira aproximação com tais termos, relacionando a descrição sintomatológica de seu problema/sofrimento com a doença e a “depressão”, mas mantendo-se firme na concepção etiológica da macumba como causa. Sua referência à impregnação também pode indicar tal aproximação.

10. Atuação do desviante de acordo com as expectativas sociais (recompensas e punições)

A Teoria da Rotulação Social aponta a atuação do desviante de acordo com as expectativas sociais como um dos principais momentos no processo de rotulação, diante da força de tais reações sociais para o destino social daquele que está sendo rotulado. No caso de Iago, há uma prerrogativa psiquiátrica para que ele realize o tratamento em casa e no CAPS, tomando remédios para evitar a internação muito longa em hospitais (presumivelmente psiquiátricos). No início de sua aproximação com as instituições psiquiátricas, ele não quis tomar remédios nem frequentar a psicóloga porque acreditava que seus pais o estavam considerando “louco”. Iago recusou-se a tomar os remédios, após ler as bulas, exercendo resistência a qualquer identificação de seu problema com a “doença mental/loucura”. Em diversos trechos, é possível perceber a reprovação da mãe, que afirma a necessidade de fazer o tratamento com os remédios e confiar em Deus. A recusa de remédios foi motivo, inclusive, de briga com o padrinho (anteriormente analisada).

No trecho abaixo, aparecem sintaticamente a reprovação da mãe sobre a recusa de Iago frente ao tratamento, suas justificativas para a defesa de que Iago siga suas prescrições, assim como a censura frente à possibilidade de Iago trabalhar. Como

contexto, D. Isolda e o filho estavam comentando o desejo de Iago em fazer uma cirurgia plástica para correção de sua orelha (segundo ele, supostamente de abano).

- 484 M: *Antonce ele ficou todo assim, ele mermo conseguiu o médico (E: =Hum*
485 *hum.=). Sozinho ainda. Como ele tava mais mior, ele sozinho. Aí adepois ele foi*
486 *piorando e a gente conseguiu aqui no posto a psicóloga. Ele foi duas vezes ou foi*
487 *trêse. Aí adepois ele pegou e falou que não ia mais e nem ia tomar o remédio.*
- 488 E: *Entendi.*
- 489 M: *Porque eu mais o pai ficando panhando ele no lugar de louco, que tem tomar*
490 *remédio de louco, que ele não tava louco, que quem tinha que tomar aqueles*
491 *remédio era eu mais o pai.*
- 492 E: *Entendi.*
- 493 M: *Aí ele foi e soltou o tratamento, porque ele não podia panhar o home no*
494 *braço pra levar, porque uma criança ainda leva, né? Mas aí ele foi::=*
- 494 I: *=Caduca-do-jeito-que-ela-é. =*
- 496 M: *=O pior ano=*
- 497 E: *=Como?*
- 498 I: *Caduca-do-jeito-que-ela-é.*
- 499 E: *Como? O que foi que ele/*
- 500 M: *Ele tá falando que:: eu, que eu sou caduca.*
- 501 E: *Caduca! Caduca, tá.*
- 502 M: *Que ele não aceita que a gente:: o que a gente fala com ele. Só acha que a*
503 *gente:: tá fazendo o pior com ele.*
- 504 I: *[Mas || vocês-estavam-fazendo-por-querer, entendeu?] ||*
- 505 M: *|| Não é que a gente tá fazendo o pior. ||*
- 506 I: *Mas-vocês-[falam-qualquer-coisa], falam que eu tô-falando-sozinho, não sei o*
507 *quê e tal..*
- 508 Não: *A gente não tá inventando, Iago. || É [com certeza, || que você não entra].*
- 509 M: *|| Não é inventando. ||*
- 510 I: *Meu-problema-é macumba só.*
- 511 M: *Não é porque..*
- 512 N: *|| Tá bom, né? Esse é macumba. E *? ||*
- 513 M: *|| Isso aí a gente num.. num || .. num importa. A verdade é essa. E:::*
- 514 I: *Quem-fala-sozinha é Guilhermina. Ela-fica-em-casa-sozinha e fala.*
- 515 Não: *((Risos))*
- 516 I: *Ela fala sozinha do trabalho.*
- 517 *((Risos))*
- 518 E: *Quem que fala sozinha? A outra irmã?*
- 519 Não: *É. ((Risos)). Ela não fala sozinha, ela fala comigo.*
- 520 M: *E:: não quer aceitar o tratamento, né? Agora ele tá aceitando, os médico*
521 *conversam com ele. A gente conversa, o padinho dele con-ver-sa com ele. (E:*
522

523 =Hum hum.=). *Inté duas vezes ele:: bateu lá e disse que.. ia [caçar emprego] e*
 524 *já quer sair com emprego. Eu fico doidinha em casa, porque a gente, né? Mas*
 525 *duas vezes ele já saiu e foi caçar emprego, disse que foi caçar emprego. Ele quer*
 526 *trabalhar, eu sei que ele quer se formar um trabalhador, o pai não pode ficar*
 527 *dando as coisa, ele acha que o pai não pode. Que o pai não pode que é sozinho.*
 (E: =Hum hum.=) *Né? Entonce ele quer trabalhar pra ter as coisinha dele.*

(1ª Entrevista)

O médico a que D. Isolda refere-se no início do trecho é o clínico procurado para a cirurgia da orelha. Para ela, Iago só conseguiu procurar o médico sozinho porque ainda estava bem. Com o tempo, foi piorando, motivo para ela ter procurado uma psicóloga em um posto de saúde da região. Mas apesar de sua piora, Iago ignorou a necessidade de continuar visitando a psicóloga e de tomar seus medicamentos, o que aponta uma reprovação por tais atos. A justificativa trazida por ela para o abandono do tratamento foi certa revolta de Iago, relatada como incompreensão da parte dele, em tom de queixa.

Nas linhas 493 e 494, D. Isolda justifica a família ter permitido o abandono de seu tratamento, revelando a normatividade envolvida na expectativa de continuação: “M: *Aí ele foi e soltou o tratamento, porque ele não podia panhar o home no braço pra levar, porque uma criança ainda leva, né?*”. Nessa fala, D. Isolda revela seu desejo para que Iago tivesse continuado a se tratar, uma vez que, se ele fosse criança, ela o levaria pelo braço. Na continuação de sua fala, na pausa para respiração, Iago inicia um par adjacente de acusação de modo muito rápido, sem introduções ou marcadores: “I: *Caduca-do-jeito-que-ela-é.*”. É interessante notar que tal acusação é endereçada à entrevistadora e não à mãe; o pronome “ela” marca para quem Iago estava se dirigindo. Após esclarecimento feito pela entrevistadora, D. Isolda oferece a segunda parte do par também endereçado à entrevistadora, utilizando o mesmo pronome para referir-se a Iago (“ele”): “M: *Que ele não aceita que a gente:: o que a gente fala com ele. Só acha que a gente:: tá fazendo o pior com ele.*”. Seus prolongamentos de vogais e a auto-correção (mudanças no curso de ação no meio do enunciado) revelam como o tópico é delicado, necessitando certa elaboração e cuidado com o modo como o turno será construído e entregue novamente aos outros interlocutores.

A partir de então, Iago direciona-se para a mãe em tom mais agressivo, em pares de turnos mais rápidos, revelando sua discordância com os encaminhamentos realizados por ela (as idas ao pronto-socorro) e principalmente com o fato da família não acreditar em sua versão sobre a macumba. Na linha 514, Iago introduz uma informação peculiar: não é ele quem fala sozinho, mas sim Guilhermina (sua irmã mais velha). Nesse momento, Iago performatiza uma ação social interessante, ele normaliza seus comportamentos comparando-os aos de sua irmã (considerados “normais” pela família), ao mesmo tempo em que se retira do foco da interação, chamando a atenção para os rompimentos realizados por Guilhermina. Isso acaba por causar um efeito de riso em sua mãe e sua irmã (também presente), o que pode indicar a interpretação de tal ação como inusitada e desproposita, revelando suas discordâncias com o enunciado feito por Iago. Neide defende sua irmã, normalizando o rompimento indicado por Iago e ao mesmo tempo novamente o colocando como foco da interação.

A partir da linha 520, D. Isolda faz um relato de como Iago precisa atuar de acordo com as expectativas, realizando o tratamento prescrito (após ser convencido pelo padrinho, pelos membros familiares e pelos médicos). Ademais, em sua fala é possível perceber que as tentativas de Iago em seguir sua vida normalmente, trabalhando, não são vistas com bons olhos. Apesar de mostrar certa compreensão sobre o desejo de Iago de trabalhar para ajudar o pai, D. Isolda parece indicar que Iago não deveria trabalhar (mesmo não falando explicitamente que discorda). Tal inferência pode ser realizada a partir da fala em tom de queixa, e principalmente pela preocupação que sente (*“Inté duas vezes ele:: bateu lá e disse que.. ia [caçar emprego] e já quer sair com emprego. Eu fico doidinha em casa, porque a gente, né?”*).

Este trecho corrobora as afirmações de Lemert (1951) de que, à medida que as pessoas começam a ser rotuladas publicamente como desviantes, elas passam a sofrer dificuldades e impedimentos para participar de atividades “normais” antes realizadas, ou mesmo de novas atividades em termos ocupacionais, relacionais e sociais. Tal limitação de participação configura-se, para a família, como uma forma de proteção familiar, uma busca pela melhora de Iago com o tratamento. Mas, além disso, tais impedimentos podem ser entendidos como um início de discriminação, parte do

processo de estigmatização e de não avaliação de seu comportamento atual. No trecho não há qualquer consideração sobre a possibilidade de Iago trabalhar e suas condições atuais, sem justificativas para esta limitação.

11. Incorporação do papel de “doente mental”

Iago, como ainda encontra-se no início do processo de rotulação social, apresenta resistência à franca incorporação do papel de “doente mental”. Entretanto, certa aceitação pode ser encontrada em seu desejo de aposentar-se. Iago, em trecho longo, por vezes acredita que não pode mais trabalhar e merece aposentadoria, e por vezes acredita que irá curar-se “tomando os remédios e não sei”.

- 44 E: *Você::: quer voltar a trabalhar? Algum dia?*
45 I: *Quero, quero.*
46 E: *Você não pensou em se aposentar?*
47 I: *Pensei.*
48 E: *Pensou?*
49 I: *Pensei. (2.1s) Só que não dá, né?*
50 E: *Não dá, não?*
51 I: *Não dá não.*
52 E: *Você chegou a procurar.. saber?*
53 I: *Tem que estar trabalhando.. tem que estar trabalhando antes.*
54 E: *Ah, é?*
55 I: *É.*
56 E: *Entendi.*
57 I: ****.*
58 E: *Você procurou saber isso aonde?*
59 I: *No CAPS.*
60 E: *Lá no CAPS?*
61 I: *É.*
62 E: *Aí o pessoal te disse que precisa estar trabalhando antes?*
63 I: *É. A idéia acho que é [ganhar o dinheiro da] aposentadoria, né?*
64 E: *Não sei.*
65 I: *[Posso receber meu direito do:::] da aposentadoria de doente.*
66 E: *Hum::.*
67 (3.0s)
68 E: *Você queria fazer essa?*
69 I: *É.*
70 E: *É?*
71 I: *Eu queria fazer essa, porque sasasa doente não pode trabalhar.*

72 E: Hum hum. Mas você acha que você não pode trabalhar mais não?
 73 (3.2s)
 74 I: É, talvez não.
 75 E: Talvez não?
 76 I: Talvez não.
 77 (2.4s)
 78 E: Por que você acha que talvez não?
 79 (1.5s)
 80 I: Porque eu posso me recuperar... ou não posso me recuperar.
 81 E: É?
 82 I: É.
 83 (3.2s)
 84 E: Mas.. você acha que você tá se recuperando? Nesse ||tempo||?
 85 I: ||Não.||
 86 E: Não?
 87 I: Não. (2.1s) Tá tudo igual.

(...)

124 E: Você pode se curar como? Diga aí.. como é que você acha que você vai se/ se curar?
 125 I: Ah, passando esse mal-estar.. que eu tô. Vai passar tudinho.
 126 E: Como?
 127 I: Vai passar tudinho.
 128 E: Vai passar tudinho?
 129 I: Hum hum.
 130 (6.1)
 131 E: Você acha que vai/ vai passar como? Fazendo o quê?
 132 I: Tomando-os-remédios-e-não-sei.

(...)

182 E: Mas então me diga, por que é que você tava querendo fazer a aposentadoria?
 183 Você acha que... o que é que você acha?
 184 I: Eu acho que::: não vai dar pra trabalhar.
 185 E: Não dava pra trabalhar. Pra sempre?
 186 I: É, talvez.
 187 E: É?
 188 I: Talvez.
 189 E: Mas você acha que.. por que você acha isso?
 190 I: Porque:: ó como eu tô.
 191 E: Ó como você tá?
 192 I: É.
 193 E: Mas você acha que isso não vai passar, não?

- 194 I: *Seses eu acho que não.*
195 E: *Você acha que não?*
196 I: *Eu já tô assim há quatro meses. (E: =Hum.=) Vai fazer cinco meses.*
197 E: *Hum hum.*
198 I: *Então eu acho que fica difícil, né?*
199 (4.9s)
(2º Encontro livre)

O tópico sobre o trabalho é iniciado pela entrevistadora de modo exploratório. Iago responde, como esperado, oferecendo o par adjacente preferido, a resposta de que quer voltar a trabalhar. Tal resposta configura-se como preferida porque não necessita de justificativas ou extensões; é feita diretamente, sem o uso de marcadores ou hesitações, e não é questionada pela interlocutora, que a aceita sem relutâncias (Hutchby, & Wooffitt, 1998). A resposta de Iago à segunda pergunta, entretanto, parece gerar certa surpresa na entrevistadora, e configura-se como uma resposta despreferida (*“E: Você não pensou em se aposentar?”; “I: Pensei.”*). O interessante dessa resposta é que ela configura-se como despreferida, uma vez que contradiz a expectativa criada pela resposta anterior e suscita o esclarecimento (indicado pela repetição da pergunta feita pela entrevistadora em seguida). A literatura, entretanto, indica que respostas despreferidas geralmente tendem a ser longas, com justificativas ou pedidos de desculpas a serem performatizados diante da quebra da expectativa criada (Hutchby, & Wooffitt, 1998). É interessante que neste caso Iago não usa marcadores de despreferência (como “bom”, “na verdade”, “o pior é que...”, etc.), nem mesmo estende sua resposta posteriormente, respondendo de modo direto, como se não houvesse percebido a expectativa normativa que estava em jogo na interação. Com a repetição da pergunta pela entrevistadora, indicando o caráter inusitado da resposta e solicitando explicação, Iago parece voltar a atrás em seu curso de ação, após 2.1s de pausa, instaurando novamente a coerência que havia perdido (*“I: Pensei. (2.1s) Só que não dá, né?”*).

A partir de então, Iago e a entrevistadora iniciam uma sequência de pares adjacentes de perguntas e respostas simples, mostrando colaboração e cooperação de ambos para o desenvolvimento do tópico. Na linha 64, Iago introduz uma informação importante: apesar de não poder aposentar-se como trabalhador, pode como doente. Sua justificativa na linha 71 é interessante: *“I: Eu queria fazer essa, porque sasasa doente não pode trabalhar.”*.

Neste trecho, nota-se que Iago começa a se identificar com a posição de doente, começando a conceber a possibilidade de obter ganhos com a assunção a tal posição. Nesta fala, duas possibilidades de discursos podem sustentar tal posição: o discurso da proteção social, dos direitos das pessoas doentes em terem garantias de renda pelo Estado, ou, contrariamente, a defesa de uma incapacidade permanente das pessoas consideradas “doentes mentais” frente à possibilidade de trabalhar. Tal interpretação configuraria uma ação incongruente com seu desejo de voltar a trabalhar relatado no início do tópico, conferida pela entrevistadora com pergunta feita logo em seguida: “*E: hum hum. Mas você acha que você não pode trabalhar mais não?*”. Sem querer assumir uma incapacidade, Iago responde essa pergunta nos próximos turnos de modo dubio, não assumindo uma posição nítida. Ele, nesse momento, demonstra dúvida frente ao futuro, assumindo pela primeira vez que talvez não melhore e que no momento não consegue ver melhoras em seu estado.

Tais sentenças *accounts* justificam sua defesa da aposentadoria como curso de ação, criando uma dúvida frente ao seu futuro que fundamentaria a entrada com o pedido de benefício. As muitas pausas nesse trecho indicam que o tópico é delicado, exigindo de Iago respostas bem pensadas, sob pena de as informações oferecidas serem posteriormente utilizadas interacionalmente pelos interlocutores “contra” ele (ou seja, serem levantadas como modo de contradizer quaisquer afirmações posteriores de Iago incongruentes com as atuais).

No mesmo encontro, alguns minutos depois, Iago relata certa expectativa de melhora, trecho trazido aqui somente para relativizar suas afirmações anteriores, mostrando como tal assunto ainda é controverso para ele mesmo. Quando não questionado sobre a aposentadoria, Iago parece adotar um curso de ação mais otimista, com afirmações mais veementes sobre sua melhora.

Como forma de contrastar tais informações discordantes e permitir que Iago elabore mais sobre o assunto, a entrevistadora trouxe novamente uma pergunta sobre a aposentadoria, em tom de descrédito, para aguçar as defesas de Iago a partir da elaboração de sentenças *accounts* que justifiquem tal discordância (geralmente muito ricas de sentidos). Sua resposta é despreferida, uma vez que ele retoma suas justificativas anteriores, assim como apresenta um série de hesitações, alongamentos de vogais, pausas, extensões, etc.: “*I: Eu acho que::: não vai dar pra trabalhar.*”. À

medida que o tópico da aposentadoria é novamente trazido pela entrevistadora, Iago, mais uma vez, retoma suas sentenças *accounts* anteriores, justificando a possibilidade de ganhar o benefício diante da permanência de seu estado (sem melhoras) (“*E: Mas você acha que.. por que você acha isso?*”; “*I: Porque:: ó como eu tô.*”). Outra justificativa é a previsão de que não irá melhorar, feita a partir de uma generalização deste tempo em que esteve em tratamento (“*E: Mas você acha que isso não vai passar, não?*”; “*I: Seses eu acho que não.*”; “*E: Você acha que não?*”; “*I: Eu já tô assim há quatro meses. (E: =Hum.=) Vai fazer cinco meses.*”). Não há qualquer referência feita por ele ao momento anterior em que dizia que iria se curar “*Tomando-os-remédios-e-não-sei.*”.

No trecho seguinte, sua dependência dos remédios começa a preocupar sua mãe, que fala do medo de Iago estar mais doente, justamente pela necessidade das medicações. Não há aqui um relato do próprio Iago de que ele estivesse incorporando o papel de “doente mental”, mas um relato indireto feito por sua mãe sobre a necessidade de Iago dos remédios e seu medo em não tomá-los e voltar a sentir-se “doente”.

- 1 *E: A senhora acha que ele tá melhor?*
- 2 *M: Ah, eu:: graças a Deus, eu acho.*
- 3 *E: Em que sentido assim?*
- 4 *M: Que ele:::/*
- 5 *I: Em todos os sentidos, né?*
- 6 *M: É, que ele:: já fica mais:: assim, conversando com a gente. Ele::: fica mais*
- 7 *assim::: sorrisos.*
- 8 *E: Eu sei.*
- 9 *M: Né? Que ele:: antes fica muito fechado. ***. Fica meio abusado, nervoso.*
- 10 *Quer dizer que aí, fica ruim, né?*
- 11 *E: Mas como assim abusado e nervoso? Como é que ele fica?*
- 12 *M: Ah, o problema dele é que::: não sei, ele se acha que:: tá com problema. Ele se*
- 13 *acha que parece que tá:: ficando mais doente. Né?*
- 14 *E: Ele fala sobre isso?*
- 15 *M: Ele fica achando que ele tá mais doente, né? Eu falo “não, meu filho, tem que*
- 16 *confiar em Deus”.*
- 17 *E: Você acha, Iago, que tá mais doente?*
- 18 *I: Não. É porque antes eu tava com dificuldade de andar (E: =Hum.=) e eu falava*
- 19 *pra ela. Só que::: eu não tô doente não. Parecia que eu tava:: mais doente... pra*

ela.

20 E: Ela? Ela que achava que você tava doente?

21 I: Ela que achava.

22 E: Ahhh:: E você?

23 I: Eu não.

24 M: Que nem quando você:: se você não tomar o remédio? Se você não tomar

25 esses remédio? Você se acha:: depois você se acha que tá voltando tudo aqueles

26 problema? Que tá mais doente?

27 (2.5s)

28 I: Não. (2.3s) Eu não acho.

29 M: Pois é... aí você sente:: que/

30 I: É que tem que tomar.

31 (2.8s)

32 M: Que às vezes, ainda ontem mesmo eu tava perguntando pra ele, né? Se você

33 não tomar o remédio? Inda ontem mesmo, não foi, filho? Eu tava perguntando pra

34 ele assim “se você:: se você não tomar esses remédio, você acha que:: você tem

35 medo? De você não tomar?” (2.5s) Aí ele.. falou que:: sim.

36 E: Tinha medo?

37 M: É. Esse dia foi no:: foi na sexta? Sexta-feira passada. Aí ele não tomou o

38 remédio aqui. Aí ele saiu mais a irmã dele, a Guilhermina, e foram buscar o

39 remédio. (E: =Hum hum.=) que mandaram ele pegar, ele foi buscar lá no:: pra lá

40 pra esses lados da Vila Mariana, lá pra aqueles mundo (E: =Hum hum.=), aí::

41 ele não tinha tomado o remédio aqui. Aí ele pegou o remédio e quando ele vinha,

42 quer dizer que ele ficou no desespero, que precisou tomar aquele remédio lá na

rua... E ele tomou.

43 E: Hum hum.

44 E: Hum hum.

45 M: Se ele mermo não fazer por d’onde.. dizer assim “eu não vou tomar”. Eu acho

46 horrível, mas ele fica:: quando ele vê que:: aí ele:: vai.. e toma o remédio.

47 E: Hum hum. Mas tá tomando fora de hora, é?

48 M: Ele tomou esses dias.

(3º Encontro Livre)

Esse diálogo se deu no início do encontro, após os primeiros cumprimentos, e foi o primeiro tópico trazido pela entrevistadora como modo de aproximação com o cotidiano de Iago e com o processo de rotulação à medida que as semanas passavam. A resposta de D. Isolda é solicitada a ser desenvolvida no próximo par de turno adjacente. Iago, contudo, a interrompe para acrescentar sua opinião de que estava melhor em todos os sentidos. Apesar de tal interrupção, D. Isolda retoma seu turno e justifica sua afirmação primeira, novamente com tom de satisfação: “M: É, que ele::

já fica mais:: assim, conversando com a gente. Ele::: fica mais assim::: sorrisos.”. Após tais elogios, D. Isolda compara o estado atual dele com o estado anterior, com função de contraste: *“M: Né? Que ele:: antes fica muito fechado. ***. Fica meio abusado, nervoso. Quer dizer que aí, fica ruim, né?”.* Quando solicitada pela entrevistadora a desenvolver tal informação, D. Isolda traz mais um elemento, importante para nossa análise: Iago acredita que está mais “doente”.

Esse é um elemento novo, um indício de que Iago está começando a monitorar-se referenciado a um sentido de si que gira em torno da noção de “doença”. Diante de tal acusação, Iago recua, refutando-a e justificando tal compreensão da mãe: *“E: Você acha, Iago, que tá mais doente?”; “I: Não. É porque antes eu tava com dificuldade de andar (E: =Hum.=) e eu falava pra ela. Só que::: eu não tô doente não. Parecia que eu tava:: mais doente... pra ela.”.* Esse erro de compreensão de D. Isolda, apontado por Iago, não é aceito tão facilmente por ela, que, em sua defesa, traz relatos sobre reações de Iago que corroborem sua interpretação. Sua mãe aqui está referindo-se a sua estranheza frente à dependência de Iago aos medicamentos e seu medo de ficar mais “doente” se não os tomar corretamente.

Neste trecho, é possível perceber que Iago e D. Isolda assumem posições diferenciadas, mantendo-se firmes na defesa de seus enunciados. Após ser negada e interrompida por Iago (*“I: Não. (2.3s) Eu não acho.”; “M: Pois é... aí você sente:: que/”;* *“I: É que tem que tomar.”*), D. Isolda traz um relato de uma cena específica, que havia acontecido há poucos dias, para tornar seu relato mais confiável (recurso já utilizado por ela anteriormente). D. Isolda conta a ocasião em que Iago precisou tomar o remédio imediatamente após tê-lo conseguido no posto de saúde, por conta de uma ansiedade por não ter tomado os remédios no horário prescrito. Para ela, tal ocorrência parece significar certa dependência de Iago aos medicamentos e pouco autocontrole.

A incorporação do papel de “doente mental” parece se dar mais proeminentemente na defesa que Iago fez de sua aposentadoria. Nesses momentos, é possível perceber que ele apresenta muito cuidado nas sentenças, único momento em que assume sua “doença”. É importante ressaltar que apenas quando o ganho da aposentadoria mostra-se como possibilidade, a carreira de “doente mental” parece ganhar força para Iago. Pouco depois, ao tratar da possibilidade de voltar a trabalhar,

assumir tal rótulo já não é interessante. No trecho relacionado à sua dependência aos remédios, por exemplo, mesmo com o relato de sua mãe de um episódio recente, Iago parece tentar distanciar-se da posição de “doente”, de alguém que esteja dependente de medicações.

12. Diminuição do autocontrole

Não encontramos muitos relatos familiares sobre episódios de perda de autocontrole de Iago. Uma briga com seu padrinho destaca-se como exemplo de resistência de Iago à ida ao hospital. Neste relato é interessante notar que as reações do padrinho são consideradas “normais”, enquanto as de Iago são efeitos de sua “doença”.

- 57 *M: Aí o padinho às vez ia conversar com ele, aí ele ficava pegado.*
58 *E: Ficava nervoso com o padrinho?*
59 *M: É, com o padinho. Aí o padinho não sei o que foi..*
60 *I: É porque ele queria me levar pra lá, né?*
61 *M: Conversar com ele.*
62 *E: É o quê?*
63 *I: Ele queria me levar pra lá.. pro hospital.*
64 *E: Ahhhh.*
65 *M: Então. Aí ele pegou assim e xingou xingou o padinho. (E: =Hum hum.=). Aí*
66 *falou uns palavrão pro padinho, aí o padinho deu uma vontade de pegar a mesa*
67 *com tudo e catar ele. Bater nele.*
68 *E: Foi?*
69 *M: Ele falou inté lá no CAP que se ele *, bateu os dentes ((Risos)), de surra.*
70 *E: Brigou foi com o padrinho?*
71 *I: Foi.*
72 *E Você lembra disso? O que foi? Como foi assim? Conte aí.. você fez o quê?*
73 *I: Eu peguei e comecei a dizer a ele o que eu sentia, que eu [tava] no lugar e eu*
74 *não dizia nada.*
75 *E: O quê?*
76 *I: Não dava tempo d'eu dizer nada.*
77 *E: Não dava tempo dele dizer nada.*
78 *I: De eu dizer nada.*
79 *E: De você dizer nada.*
80 *I: É, só que ele queria que eu fosse lá passar no médico, pro hospital lá e pronto.*
81 *E: Hum hum.*

82 *I: Ele falando no meu ouvido, né? Ele falando no meu ouvido e eu mandei ele*
83 *tomar no cu.*
84 *E: Mandou ele tomar no cu?*
85 *I: É. ((Risos)). Entendi. Mas foi só isso que ele fez? Mandou ele tomar no cu?*
86 *M: É, ele ficou brabo, né? Quando ele falou essas palavras, ficou xingando ele, aí*
87 *ele deu vontade de pegar ele e bater.*
88 *E: Hum hum. Mas a senhora acha que ter falado isso aí foi uma coisa já do*
89 *problema? Ou foi uma reação normal assim, porque ele tava irritado?*
90 *M: Ó, eu acho que foi:: uma coisa normal. A gente:: deu pra:: se ele se matrou e*
91 *o padrinho quis ir bater nele, quer dizer que foi uma coisa normal, mas ele não*
92 *podia responder também o padrinho, né? Inté que quero ver com ele.*
93 *E: Você acha que foi uma coisa normal do padrinho, você diz? No caso, do*
94 *padrinho ter ficado com vontade de bater nele?*
95 *M: É.*
96 *E: Ah, tá. Mas você acha que ele ter xingado o padrinho, essa reação dele de ter*
97 *xingado, ter mandado tomar no cu?*
98 *M: É, pra ele não foi normal.*
99 *E: Você acha que isso não é normal dele, não?*
100 *M: Não.*
101 *I: A senhora não disse que isso era normal?*
102 *M: ↑Não, você não era assim. Você ↑não fazia isso.*
103 *I: Hum hum.*
(2ª Entrevista)

No início do trecho, D. Isolda desenvolve uma narrativa sobre o comportamento de Iago quando de suas primeiras aproximações com os dispositivos psiquiátricos, momentos estes marcados pela resistência, como dito anteriormente. Reações nervosas de Iago com o padrinho são trazidas como forma de apontar comportamentos inadequados de Iago. Este se defende dizendo que seu padrinho estava tentando o convencer a ir ao hospital (em um exemplo de *dica de pessoa significativa para identificação do desvio*, como analisado acima).

A partir da linha 65, D. Isolda começa uma narrativa sobre uma briga específica protagonizada por Iago, iniciando um novo tópico associado parcialmente com o anterior. Neste novo tópico, D. Isolda começa relatando comportamentos do filho reprovados por ela (xingar o padrinho), como modo de introduzir e justificar a reação do padrinho de querer usar violência física contra Iago (“bater”, “pegar a mesa com tudo e catar ele”). Na linha 70, a entrevistadora oferece o turno a Iago para que ele

desenvolva a seu modo o relato da briga. Tal entrega de turno, entretanto, não foi explorada por Iago, que respondeu de modo rápido, sem prolongamentos. Após novos pedidos de esclarecimentos, dessa vez explícitos, Iago traz sua versão do momento em que xingou o padrinho, dizendo que apenas falou o que estava sentindo, após ter ficado quieto, sem dizer nada, ouvindo o padrinho tentar convencê-lo de ir ao hospital (o que ele discordava). Nesse momento, ele inverte a narrativa, sugerindo que quem começou a provocar a briga foi o padrinho e não o contrário, como sua mãe fez acreditar: *“I: Ele falando no meu ouvido, né? Ele falando no meu ouvido e eu mandei ele tomar no cu.”*. Toda essa parte do diálogo, apesar de tratar de um tema tenso, transcorreu de modo tranquilo, sem concorrência entre os falantes para a posse do turno (como falas sobrepostas ou marcadores meta-lingüísticos), aumento de entonação ou volume de voz.

Diante da estranheza frente à cooperação no diálogo acerca de um tema delicado (em que Iago e D. Isolda posicionam-se diferentemente), a entrevistadora confere, na linha 85, se o comportamento que fez o padrinho ficar tão bravo com Iago foi apenas o xingamento, transparecendo certa surpresa frente a uma reação talvez considerada exagerada do padrinho. D. Isolda imediatamente o defende, reforçando a gravidade da ofensa, considerada pelo padrinho e por ela mesma como motivo legítimo para uma reação mais séria.

A partir da linha 88, inicia-se uma discussão sobre normal e patológico. É possível perceber que a pergunta da entrevistadora, que versava sobre a consideração de D. Isolda frente ao comportamento de xingar realizado por Iago, foi compreendida como referente ao padrinho. Tal confusão permitiu que D. Isolda pudesse falar mais livremente sobre o que achava. A pergunta feita pela entrevistadora (*“E: Hum hum. Mas a senhora acha que ter falado isso aí foi uma coisa já do problema? Ou foi uma reação normal assim, porque ele tava irritado?”*) estabelece como par adjacente uma resposta preferida, uma vez que indica implicitamente que ela mesma considera a reação de Iago “normal”. Tal expectativa pode ter sido sentida por D. Isolda, porém como ela havia compreendido que a pergunta referia-se ao padrinho, tal expectativa foi transferida para ele. É possível perceber que D. Isolda discorre sobre a “normalidade” da reação do padrinho frente ao xingamento de modo tranquilo.

Logo depois, após esclarecimento da pergunta (feita sobre o comportamento de Iago), D. Isolda mantém sua posição, contrastando os comportamentos de Iago com os de seu padrinho: “*E: Ah, tá. Mas você acha que ele ter xingado o padrinho, essa reação dele de ter xingado, ter mandado tomar no cu?*”; “*M: É, pra ele não foi normal.*”. Frente a tal acusação, Iago assume o controle do tópico, questionando a coerência de D. Isolda: “*I: A senhora não disse que isso era normal?*”. D. Isolda mantém sua posição, aumentando o volume de voz em tom mais impositivo: “*M: ↑Não, você não era assim. Você ↑não fazia isso.*”. Aqui, D. Isolda defende a “anormalidade” do comportamento de Iago comparando com sua história pregressa, apontando uma mudança como marcador.

As justificativas elencadas por D. Isolda para tal briga contrapõem um padrinho “normal” em suas reações durante a briga e um Iago “anormal”, muito nervoso e sem noção de que estava “doente”. É importante ressaltar que, para ela, apenas Iago não conseguiu manter o autocontrole, considerando o comportamento de xingar grave, interacionalmente falando. D. Isolda, neste trecho, não leva em consideração as justificativas trazidas por Iago para tal xingamento: o fato do padrinho ter tentado o convencer a ir no hospital insistentemente, não respeitando seus desejos. A vontade do padrinho de usar de violência contra Iago foi considerada “normal”, até porque de fato ele não chegou a realizar qualquer agressão física, demonstrando autocontrole diante de uma ofensa considerada grave e que justificaria este tipo de medida.

Outro episódio é relatado pelo próprio Iago ao falar sobre sua vontade de matar seu cunhado, após achar que ele lhe tinha feito uma macumba. Iago considera que tal maldade justifica a sua morte, a ponto de chegar a procurar uma arma para realizar tal ato.

382 *I: Comprei shampoo.*

383 *E: Shampoo?*

384 *I: É.*

385 *E: Tá passando todo dia, assim?*

386 *I: É.*

387 *(40.4s)*

388 *I: Não-falei-de-pegar-arma? Eu também penso-em-pegar-arma.*

389 *E: Como?*

390 *I: Não falei de pegar-arma?*

391 *E: Pegar arma? Sim.*

392 I: *É, eu também penso em pegar arma.*
 393 E: *Você pensa? É?*
 394 I: *Matar um cunhado meu.*
 395 E: *Pra ma/ matar quem?*
 396 I: *Um cunhado meu.*
 397 E: *Seu cunhado? Que cunhado?*
 398 I: *Um cunhado.. que mora aí.*
 399 E: *O marido de:: Neide?*
 400 I: *É.*
 401 E: *É? Por quê? Ele te faz mal?*
 402 I: *Porque uma vez ele até me deu um soco.*
 403 E: *Foi?*
 404 I: *Foi, recebi um soco dele já.*
 405 E: *Hum hum.*
 406 I: *Eu-tava-zoando-com-ele, né?*
 407 E: *Como?*
 408 I: *Eu-tava zoando com-ele, né?*
 409 E: *Você tava zoando com ele?*
 410 I: *É.*
 411 E: *Aí ele te deu um soco.*
 412 I: *Foi.*
 413 E: *Mas isso::: tudo bem que é horrível, né? Tomar soco, mas.. normal, né? (0.5s)*
 414 *Ou não?*
 415 I: *Eêêêê. Eu ia pegar a arma pra matar ele.*
 416 E: *Mas:: o que você acha disso? Desse pensamento aí?*
 417 I: *Ele [foi-num-terreiro] de macumba na terça-feira.*
 418 E: *Como?*
 419 I: *Ele foi num terreiro de macumba na terça-feira.*
 420 E: *Ele?*
 421 I: *Hum hum.*
 422 E: *Foi? Como você sabe?*
 423 I: *Que ele me disse antes.*
 424 E: *Ele te falou antes?*
 425 I: *É.*
 426 E: *É?*
 427 I: *É.*
 428 E: *Humm.*
 429 I: *Igual assim, igual a um [teatro] na macumba.*
 430 E: *Humm.*
 431 *(8.1s)*
 432 E: *Mas esse pensamento aí, você acha/ o que é que você acha dele?*
 433 *(3.0s)*
 434 I: *Acho normal pegar a arma e matar ele.*
 435 E: *Você acha normal?*

436 I: Normal.
 437 E: É? Por quê?
 438 I: Porque aí é-ele-que-tá-fazendo a maldade.
 439 E: Como?
 440 I: É porque ele-tá-fazendo maldade.
 441 E: Hum.
 442 I: Eeee * * de macumba.
 443 E: Você acha?
 444 I: Eu acho.
 445 E: Aí você acha normal ir lá matar ele?
 446 I: É, eu acho normal.
 447 E: Sério?
 448 I: Sério.
 449 E: Você não acha que... é errado, não? Matar as pessoas?
 450 (2.5s)
 451 I: Não.=
 452 E: =Você ia gostar que ele pegasse uma arma e viesse te matar? Por exemplo. Ou
 453 alguém?
 454 I: Não, eu não tô fazendo nada nesse caso aí.
 455 E: Você não vai/ não tá fazendo nada?
 456 I: Eu não tô fazendo nada nesse caso aí.
 457 E: Não t/ e vai fazer?
 458 I: Não:: não tô fazendo nenhuma maldade pra ninguém.
 459 E: Sim, mas.. matar ele é maldade, né, não?
 460 I: Mas ele tá fazendo maldade pra mim.
 461 E: E justifica? Você acha?
 462 I: Justifica.
 463 E: Fazer uma maldade pela outra?
 464 I: É, justifica.
 465 E: Sério?
 466 I: Sério.
 467 (4.0s)
 468 M: Quer dizer que se um faz maldade com você, você tem que perdoar. (2.5s) Aí
 469 não é você.. um ir com a maldade e você responder com a maldade. (2.5s) Aí não
 470 pode! Você já pensou se todo mundo saísse matando todo mundo?
 471 ((Risos))
 472 M: Ia ser uma loucura, né?
 473 I: Na maioria das vezes-falha, né?
 474 E: Anh?
 475 I: Na maioria das vezes-falha.
 476 E: Falha?
 477 I: É.

478 *M: Mas tem muita gente que não falha, né? Vai preso depois e tudo mais, né?*
 479 *Porque nesse caso não é igual ao rapaz que vai pagar e vai sair. Porque ele só*
tentou, né?
 480 *(1.0s)*
 482 *M: Quem vai lá e mata, fica o resto da vida dentro da cadeia. Filho, você também*
 483 *tem que pensar que quem pode ficar pro resto da vida é você. Né? Por isso que*
 484 *você tem tirar esse pensamento da cabeça.*
 485 *E: O que você faz quando você pensa nisso? Você acha.. o que você faz com esse*
 486 *pensamento?*
 487 *I: Tento.: buscar a arma.*
 488 *E: Tenta buscar a arma?*
 489 *I: Tento.*
 490 *E: É?*
 491 *(6.1s)*
 492 *I: Eu procurei... só que-não-encontrei.*
 493 *E: Você não encontrou.*
 494 *I: É... Senão tinha matado ele e ido embora.*
 495 *E: E ido embora? Você teria ido embora?*
 496 *I: Hum hum.*
 497 *M: Teria ido pra onde?*
 498 *I: Pra a casa de meu padrinho.*
 499 *E: Pra a casa de seu padrinho?*
 500 *I: Hum hum.*
 501 *(2.5s)*
 502 *(2.5s)*
 503 *M: Mas aí é pegado, na casa de seu padrinho ou onde tiver. Não é? Aí vai pra a*
cadeia.
 504 *I: Chega nada.*
 505 *M: Não é?*
 506 *I: Não.*
 (3º Encontro livre)

Este trecho é interessante pelo caráter inusitado da temática e pelo modo como a entrevistadora e Iago constroem dialogicamente o tópico. A primeira característica que chama a atenção é a introdução do tema feita por Iago ao final do encontro. Como já haviam sido realizados quatro encontros anteriores, Iago sentiu-se mais à vontade para falar sobre esta temática, de difícil compartilhamento por seu caráter de rompimento normativo de regras de convívio social.

Neste mesmo encontro, Iago já havia introduzido tal assunto anteriormente por meio do relato de um amigo que quase matou outra pessoa. Tal tópico, entretanto,

não foi desenvolvido a ponto de permitir que ele falasse mais sobre si mesmo. Após conversa trivial sobre shampoo e caspa e pausa muito longa de 40.4s, Iago introduziu o tópico, retomando a temática abordada pela história do amigo e já estruturando um *frame* para a conversa a partir daí: seu pensamento em pegar uma arma, semelhante a seu amigo. Tais pausas tão longas (permitidas por ser este um “encontro livre”, sem a necessidade de conversa todo o tempo) abrem a possibilidade para que novos tópicos sejam introduzidos ou retomados por quaisquer falantes presentes no ambiente (Marcuschi, 1986). O tópico trazido, apesar de delicado, parece, a princípio, ser tratado de modo corrente, sem nenhum tratamento especial. Contudo, nas linhas 393 e 394, a entrevistadora reage à afirmação de Iago com surpresa: “*I: Matar um cunhado meu.*”; “*E: Pra mal/ matar quem?*”. Aqui é interessante notar que a entrevistadora hesita em falar, demonstrando ansiedade e certo nervosismo.

No diálogo que se segue, Iago continua falando da vontade de matar seu cunhado e dos motivos para ele fazer isso: “*E: É? Por quê? Ele te faz mal?*”; “*I: Porque uma vez ele até me deu um soco.*”; “*E: Foi?*”; “*I: Foi, recebi um soco dele já.*”. Aparentemente Iago não sente as expectativas normativas criadas pela entrevistadora para que ele volte atrás na afirmação de que quer matar seu cunhado, respondendo as perguntas sem grandes elaborações e *accounts* que justifiquem a permanência com respostas despreferidas seguidas.

As expectativas da entrevistadora ficam mais claras nas linhas 412 a 414: “*E: Mas isso::: tudo bem que é horrível, né? Tomar soco, mas.. normal, né? (0.5s) Ou não?*”; “*I: Êêêêê. Eu ia pegar a arma pra matar ele.*”. A resposta de Iago aqui apresenta um alongamento extenso de vogal no início da fala, o que pode indicar que ele sentiu ser esta uma resposta despreferida, mas manteve-se em seu posicionamento. Apesar da hesitação, justificativas ou pedidos de desculpas (que geralmente acompanham respostas despreferidas) não se fizeram presentes. Na linha 415, a entrevistadora oferece a Iago mais uma chance para que se distancie desta afirmação: “*E: Mas::: o que você acha disso? Desse pensamento aí?*”. Essa fala é reveladora, nela está implícita uma condenação de tal consideração de Iago e a suposição de que Iago sentiu vontade de matar, mas que agora já não compartilha mais de tal pensamento. Parece ser difícil acreditar que a defesa de tal afirmação, tão delicada e moralmente condenável, possa ser asseverada de um modo tão sincero,

sem grandes justificativas ou desculpas, sem *accounts*. Este trecho configura-se como um bom exemplo do caráter normativo dos *accounts* em situações de respostas despreferidas, precioso para a AC por tornar tão claras as expectativas normativas nos casos onde não estão presentes.

A pergunta da entrevistadora inaugura um par adjacente que tem como segunda parte uma afirmação não coerente diretamente, somente com o tópico geral: “*I: Ele [foi-num-terreiro] de macumba na terça-feira.*”. A partir desse momento, Iago começa a introduzir *accounts* mais sérios para ele: o fato do cunhado ter ido em um terreiro de macumba e possivelmente ter feito uma macumba para ele – considerada séria por ser esta a razão principal elencada por ele para seu sofrimento atual. Como o turno introduzido pela entrevistadora não foi respondido imediatamente em par adjacente, sua repetição aparece um pouco mais à frente, na linha 431. Após 3.0s de pausa (o que indica que tal tópico é mesmo delicado, principalmente após não ter sido respondido anteriormente), Iago responde de modo coerente, introduzindo uma informação interessante: “*I: Acho normal pegar a arma e matar ele.*”. Neste momento, é estabelecida mais claramente a diferença de posicionamentos; a entrevistadora desde o início do tópico toma como posição interacional a defesa de que matar outra pessoa é errado em termos morais, não importa em que condições (portando-se como representante e membro competente da comunidade moral que informa ser errado matar outra pessoa); já Iago acredita que neste caso é “normal” e justificável matar o cunhado porque ele havia lhe feito mal anteriormente. Tal esclarecimento (desenvolvido nas linhas que se seguem) revela o motivo de Iago nas seqüências anteriores introduzir tal tópico e responder de modo tão tranquilo às perguntas sobre este assunto, uma vez que ele não sentia o caráter de rompimento normativo que tais afirmações causavam na interação, talvez somente as surpresas e expectativas normativas protagonizadas pela entrevistadora.

Nas linhas 448 a 453, a entrevistadora deixa ainda mais clara sua posição discordante: “*E: Você não acha que... é errado, não? Matar as pessoas?*”; (2.5s); “*I: Não.=*”; “*E: =Você ia gostar que ele pegasse uma arma e viesse te matar? Por exemplo. Ou alguém?*”; “*I: Não, eu não tô fazendo nada nesse caso aí.*”. Neste trecho, a entrevistadora faz uma pergunta na forma negativa, indicando visivelmente o caráter despreferido da resposta e tornando mais clara a normatividade envolvida

nesta situação. Após a resposta de Iago, a entrevistadora fala de modo contínuo, não permitindo um maior desenvolvimento, o que demonstra que, na verdade ela não queria que Iago explorasse tal resposta. Esta é uma estratégia utilizada dialogicamente em situações de discordância: a inserção de uma pré-sequência, como modo de introduzir uma sequência posterior mais importante por meio de contraste entre os dois enunciados, geralmente semelhante à forma “você disse X?”, “mas e quanto a Y ?” (Hutchby, & Wooffitt, 1998). Neste caso, a entrevistadora aumenta o contraste por meio da primeira pergunta (que força Iago a assumir sua posição nestes termos, sem as justificativas trazidas), e oferece a segunda pergunta, invertendo a posição de Iago agora como vítima da agressão, aumentando o impacto interacional e tornando mais difícil para ele continuar assumindo tal posição e manter-se coerente com sua afirmação. Iago, responde se defendendo, apontando as diferenças entre ele e seu cunhado: *“I: Não, eu não tô fazendo nada nesse caso aí.”*.

Nas linhas seguintes, é interessante notar que Iago continua considerando não ser maldade matar o cunhado: *“E: Você não vai/ não tá fazendo nada?”*; *“I: Eu não tô fazendo nada nesse caso aí.”*; *“E: Não t/ e vai fazer?”*; *“I: Não:: não tô fazendo nenhuma maldade pra ninguém.”*; *“E: Sim, mas.. matar ele é maldade, né, não?”*; *“I: Mas ele tá fazendo maldade pra mim.”*; *“E: E justifica? Você acha?”*; *“I: Justifica.”*. Após algumas tentativas, foi preciso que a entrevistadora deixasse explícita na pergunta sua concepção de que matar o cunhado é maldade, consideração talvez não sentida por Iago nas perguntas precedentes. É possível compreender que Iago considera ser maldade apenas as situações que motivaram seu desejo de matar o cunhado. O comportamento de matar nem sequer é avaliado por ele com relação à norma moral da sociedade em geral; para Iago não é uma maldade porque é uma resposta a uma maldade anterior.

Pouco depois, D. Isolda inicia uma fala atualizando no diálogo a norma social defendida pela entrevistadora, mesclada com linguagem religiosa. Nas trocas de turno que se seguem, D. Isolda fala do risco de Iago ser preso caso mate o cunhado, voltando sua reflexão para o futuro e a possibilidade de ficar preso o resto da vida. Neste trecho, é possível perceber que não há colaboração de Iago ou da entrevistadora com tal sub-tópico, deixando que D. Isolda discorra sozinha, até entregar o turno.

Na linha 483, a entrevistadora repete a pergunta trazida anteriormente duas vezes, novamente oferecendo a possibilidade de Iago mostrar autocontrole e distanciar-se do pensamento normativamente condenável. Mais uma vez, entretanto, ele não segue as expectativas e responde sem alongamentos: “*I: Tento:: buscar a arma.*”. A repetição dessa resposta pela entrevistadora mostra sua surpresa diante do caráter de rompimento normativo (mais uma resposta despreferida, sem *accounts*). A pausa de 6.1s pouco depois é uma entrega de turno da entrevistadora à Iago para que ele pudesse desenvolver tal sentença e talvez justificá-la. Iago toma o turno para si e desenvolve o tópico, não apresentando quaisquer justificativas interacionais para tal ato. Seus relatos são curtos e não mostram grande preocupação, o que indica novamente que ele não considera matar seu cunhado uma ação moralmente condenável. Ir para a casa de seu padrinho como forma de fuga revela sua ingenuidade com o controle social e a pouca estruturação do ato.

Neste trecho, a entrevistadora atuou junto à Iago para a construção de um diálogo com posicionamentos bem definidos e contrastantes. Os rompimentos normativos performatizados nos enunciados de Iago tiveram um impacto na entrevistadora, que chegou a cogitar a possibilidade dele levar a cabo o desejo de matar o cunhado em ocasião posterior, trazendo reflexões éticas mais sérias quanto ao seu papel como interventora nesta realidade social. Tais reflexões serão desenvolvidas no próximo capítulo.

Quanto à diminuição do autocontrole, é possível perceber que os relatos de D. Isolda sobre a situação passada são tratados conversacionalmente por meio de embates discursivos. D. Isolda trata, explicitamente, as reações de Iago como “anormais”, sem considerar os motivos trazidos por ele para ter perdido seu autocontrole. O padrinho de Iago, ao contrário, ganha sua compreensão e é considerado “normal”. As interações, diante de tal confronto, mostraram-se tensas, com predomínio do relato de D. Isolda. Os relatos de Iago não parecem ter grande poder de convencimento.

Já no segundo trecho, é Iago quem domina o tópico. Seu relato é construído conjuntamente com a entrevistadora e apresenta caráter inusitado, povoado de respostas despreferidas, e, surpreendentemente, poucos *accounts*. Em todo o trecho, o caráter moral dos rompimentos normativos de Iago, de perda de autocontrole,

tiveram impacto sobre a entrevistadora, que precisou se posicionar, exigindo *accounts*. A análise conversacional pode revelar ser este um tema extremamente delicado, que delimita posicionamentos diferenciados e não parece facilitar a construção de sentidos comuns, dispondo atores sociais em embates discursivos. Por ser a entrevistadora a interlocutora de Iago, é possível perceber, entretanto, que o diálogo é incentivado, sem apresentar aumento do ritmo, volume ou entonação de voz, próprios a embates de cunho moral. No âmbito familiar talvez conversas sobre tal tópico sejam mais caracterizadas por pouca colaboração e por mais momentos de disputa interacional, como no trecho anterior.

13. Estigmatização / Segregação

Como Iago ainda se encontra no início do processo de rotulação, não houve relatos de estigmatização ou segregação envolvendo a família, amigos, vizinhos ou mesmo os serviços de Saúde Mental, como apontado pela Teoria da Rotulação Social. Isto talvez aponte também para os efeitos de socialização conseguidos com as novas tecnologias da Saúde Mental, junto ao fim da exclusão intra-muros proporcionada pelos hospitais psiquiátricos, o que implica em uma reação social mais acolhedora e compreensiva e menos excludente.

Capítulo 5

Discussão dos resultados e considerações finais

A construção social da “loucura” e “doença mental” como categorias que participam sistematicamente da elaboração dos *selves* de pessoas entendidas como diferentes é o tema principal da presente dissertação. Este é um tema que exerce fascínio para muitos autores de tradição psico-sociológica diante das importantes consequências que implica, não só para as pessoas que passam a ser consideradas “doentes mentais” e seus familiares, mas também para o modo como a sociedade lida com a diferença e cria mecanismos de controle social para defender e continuamente produzir normatividades. Nesta direção, foi oferecida centralidade aos modos como a realidade da “doença mental” começa a ser construída no âmbito familiar, principal contexto para a elaboração de imagens de si. Nesta pesquisa, perguntamos sobre como se dão as interações conversacionais entre familiares no início do processo de construção do rótulo de “doente mental”. Partimos da premissa de que os sentidos negociados dialogicamente em conversas cotidianas no âmbito familiar podem ter implicações importantes para a elaboração de um *self* marcado por tal rótulo.

A tradição construcionista de produção de conhecimento, a que essa pesquisa se afilia, exige uma aproximação dos modos como tal fenômeno, de caráter psicossocial, vem sendo sócio-historicamente construído por atores sociais em seus contextos político-ideológicos. O pensamento construcionista requer, antes de tudo, o questionamento das concepções realistas que pressupõem uma essência da “loucura” e “doença mental” a ser desvelada pelo conhecimento, especialmente científico. A análise do processo de construção do rótulo de “doença mental”, efetuada no primeiro capítulo, teve por foco a trajetória histórica delineada pelas transformações de sentido envolvendo as noções de “loucura” e “doença mental”, atentando para o papel da disciplina Psiquiatria e seu projeto de legitimação científica. Por meio de autores que se debruçaram sobre o tema, foi possível discorrer sobre as estratégias de transformação do fenômeno compreendido como “loucura” para a criação de um novo fenômeno, a “doença mental”, a partir do século XVII. A emergência desta noção pode ser localizada, de acordo com Foucault (1975, 2004, 2006), a partir da

colonização realizada pelo saber médico sobre a “loucura”, especialmente a partir da instituição da Psiquiatria como disciplina afiliada à Medicina Geral. Seu novo objeto, a “doença mental”, passou a ser tratado, a partir de então, como portando natureza semelhante aos processos patológicos estudados pela ciência médica. Tal análise, de cunho histórico e político, refinou a contextualização do *background* responsável atualmente pela dispersão da noção de “doença mental” no campo social.

Compreender a historicidade dessas noções, consideradas pela disciplina médico-psiquiátrica como universais e abstratas, independentes dos contextos sociais e históricos em que as pessoas assim rotuladas estão inseridas, foi um primeiro passo necessário para a aproximação dos sentidos atuais e dos modos como são construídas e negociadas interacionalmente por atores sociais concretos. À historicidade da noção de “doença mental” foi acrescentada crítica aos modos como a Psiquiatria, atualmente, continua engendrando um processo de patologização dos comportamentos sociais, em função de um alargamento de sua base de ação rumo à medicalização da vida, principalmente a partir do século XX. O modo de produção de conhecimento da Psiquiatria Biológica ainda se fundamenta nos critérios da Medicina Geral, porém sem resultados que coadunem com a defesa de premissas realistas acerca da “loucura/doença mental”. Apesar disto, apontamos que, junto à “psiquiatrização” da sociedade, vem acontecendo uma difusão de concepções biológicas dos processos de “saúde/doença mental”, o que implica muitas vezes a criação de terapêuticas reducionistas que não se aproximam de uma abordagem interacionista e complexa do sofrimento psicossocial envolvido neste tipo de situação, indo de encontro com as reflexões da Reforma Psiquiátrica.

Para aproximar tais reflexões com os processos sociais envolvidos no mundo da vida cotidiana, abordamos, no segundo capítulo, o processo de rotulação da “doença mental” nas comunidades. Partimos do posicionamento teórico-crítico do Construcionismo, necessário para uma abordagem que integre a história dos conceitos de “loucura” e “doença mental” com a vida dos atores sociais concretos na atualidade. Para o Construcionismo, os atores sociais, em interação, fazem referência às construções sociais de um tempo antigo, porém negociam novos sentidos, de acordo com contextos sócio-históricos em que estão inseridos (Spink, 2000). A esta reflexão, associamos a Teoria da Rotulação Social, com postura interacionista, que

permitiu uma mirada do processo de rotulação que vai além da simples descrição patológica: parte de uma definição relacional de desvio, considerando os comportamentos categorizados como “loucos” como uma reação social frente a rompimentos de normas definidas por comunidades morais. Desse modo, não há como compreender a “loucura/doença mental” como essencialmente desviante; tais rótulos são aplicados a partir da avaliação social frente à normatividades moralmente definidas na história como “sadias” e “normais” ou “doentes” e “loucas”. Nesse capítulo, foi possível seguir, por meio de estudos psico-sociológicos, a trajetória de reações sociais percorrida por pessoas que começam a ser referenciadas como “doentes mentais”, atentando para os modos como, coletivamente, vão sendo construídas posições interacionais que aproximam a pessoa que cometeu algum tipo de desvio normativo do rótulo de “louco/doente mental”.

Tal compreensão contribuiu fortemente para as definições analítico-metodológicas desta pesquisa. As categorias de análise foram elaboradas a partir dos momentos considerados pela teoria como importantes para o processo de rotulação social de uma pessoa como “doente mental”. Tal procedimento coadunou com o objetivo de ampliar o entendimento sobre como acontecem as negociações interacionais e discursivas em meio familiar, atentando para as transformações paulatinas na elaboração do *self* da pessoa que cometeu um desvio como “doente mental”. As características da conversação foram estudadas com o auxílio da Análise de Conversação, teoria sociológica voltada para o estudo minucioso dos etnométodos da conversa utilizados pelos atores sociais em interação (Garfinkel, 1967; Sacks, 1992).

Tais procedimentos analíticos exigiram um tratamento especial no delineamento metodológico da pesquisa. Foi realizada análise de caso de uma família que tinha como um de seus integrantes uma pessoa que havia sido encaminhada, pela primeira vez, há menos de quatro meses, para um serviço da rede de Saúde Mental (uma emergência psiquiátrica em hospital geral), iniciando, a partir de então, sua “carreira de doente mental” (Goffman, 1961). Durante dois meses, foram realizadas duas entrevistas e quatro “encontros livres” abordando os aspectos apontados pela Teoria da Rotulação Social como importantes neste início de rotulação. Após transcritos os registros de áudio, as conversas foram categorizados e seus trechos

analisados para cada categoria, articulando a leitura interacional e sociológica do processo de rotulação com a micro-análise das características conversacionais. Desse modo, foi possível aprofundar a compreensão acerca dos processos interativos, dos conflitos e estratégias conversacionais utilizadas pelos atores sociais quando em negociação das temáticas relativas ao processo de rotulação social.

O presente capítulo tem como objetivo integrar os resultados encontrados para cada uma das categorias com o processo de rotulação como um todo. Além disso, serão apresentadas reflexões éticas sobre a pesquisa, sobre as implicações e intervenções da pesquisadora no cotidiano familiar e a construção conjunta de sentidos sobre o processo de rotulação social a partir do espaço de discussão criado artificialmente. Por fim, limites e dificuldades serão discutidos, junto às contribuições trazidas e desafios encontrados no estudo.

O processo de rotulação social, como dito anteriormente, é extremamente complexo. Não tivemos intenção de tentar tratá-lo a ponto de exaurí-lo. É prudente ressaltar que os autores da Teoria da Rotulação Social apontam apenas algumas reações sociais que podem estar envolvidas neste processo, o que não exclui a possibilidade de serem levantadas outras, principalmente levando em conta as especificidades sócio-culturais de cada contexto. Consideramos, contudo, as reações sociais apontadas pela teoria como importantes para uma compreensão que vá além da simples descrição dos desvios.

Vale lembrar que as contingências do processo de rotulação, tratadas neste estudo, não são consideradas como causas para a consideração de uma pessoa como desviante e em seguida como “doente mental”. A inter-relação cumulativa e recíproca entre o transgressor da norma e a reação social não deve ser considerada como linear, nem mesmo restringe-se apenas às variáveis aqui estudadas. Como apontado anteriormente, não podemos desconsiderar o papel ativo que cada pessoa tem no comportamento social. Cada pessoa, além de controlar o comportamento adequado dos outros, também controla a si mesmo, prevendo futuras respostas de outros. Apesar do sistema de controle social exercer forte influência no seguimento de regras e normas sociais, isto não implica em considerar que as ações das pessoas sejam automáticas e inevitáveis. Há sempre margem para a ação social individual, para além do controle social, como postula Mead (1934/1995), o que torna o

processo de rotulação incerto e irregular. Interpretações e negociações sobre a pertinência das normas e das sanções acontecem em plena interação social, conferindo caráter indeterminado à rotulação. Como apontado por Scheff (1984), essa indeterminação do controle social permite a deliberação de todos os atores sociais envolvidos, desde a pessoa a ser rotulada, até os outros significativos e os profissionais envolvidos na rotulação social e no controle social.

Voltando ao processo de rotulação, é importante ressaltar que um sistema de *feedback* positivo, como sistematizado na Figura 1 (p. 78), acaba por tornar esta uma rede de conexões complexa, interligando muitas das reações sociais. O rompimento da norma residual, foco da Psiquiatria, deve ser compreendido não somente pelas características do desvio (de onde o saber psiquiátrico abstrai seus “sintomas” tão importantes para as definições nosológicas). Segundo Scheff (1984), é preciso também fazer referência ao poder do transgressor (econômico, relacional), à distância social entre o transgressor e os agentes do controle social, ao nível de tolerância da comunidade e à disponibilidade de rótulos alternativos. Dependendo do modo como cada uma dessas contingências acontece, exercendo influências diferentes para a construção de uma nova realidade frente a esse fenômeno com significação ainda em aberto, o processo de rotulação pode seguir para os caminhos da normalização ou para o início da construção do rótulo de “doente mental”. As interações conversacionais destacam-se neste processo de negociação e deliberação dialógica.

A análise das características conversacionais da família de Iago permitiu uma abordagem diferenciada acerca de tais reações sociais, não se atendo somente ao conteúdo temático trazidos pelos participantes. As interações conversacionais trouxeram informações valiosas sobre os modos como a família negocia sentidos, integrando outro nível de análise que vai além do conteúdo trazido reflexivamente nos encontros. Quanto às conversas sobre **rompimentos residuais**, a análise pôde indicar um padrão dinâmico de construção de sentidos, envolvendo trocas de turnos constantes, interrupções, falas sobrepostas e um ritmo acelerado de diálogo, sugerindo que tensões interativas estavam envolvidas no processo de negociação das compreensões acerca dos rompimentos residuais. No nível contedístico, foram apontados pela família de Iago rompimentos residuais, tais como falar sozinho, se isolar, ficar na rua, falar alto/gritar, ficar agressivo/xingar, ver e ouvir espíritos e

demônios, ficar com a boca “no chão”, “embolada”. Iago discordou de todos, posicionando-se nas interações de modo contundente. Isso indica que concepções distintas sobre o que estava lhe acontecendo estavam embasando posicionamentos diferenciados, trazendo dificuldades relacionais. Ademais, sugerimos que as diferentes concepções familiares participaram da construção conjunta de uma nova realidade acerca do sofrimento. Os sentidos sobre tais rompimentos residuais ainda estavam em processo de negociação dialógica.

As interações conversacionais relativas à **tolerância da comunidade, à distância social entre o transgressor e os agentes do controle social, e ao poder do transgressor** também se configuraram por momentos de negociação dialógica, mas com menos embates discursivos. Estas são categorias relacionais que não se atém somente aos rompimentos residuais e desvios normativos, mas também ao modo como o desviante relaciona-se com seu entorno e, principalmente, como se dão as reações sociais frente aos desvios. As interações conversacionais puderam indicar uma aproximação paulatina, mesmo que incipiente, com a patologização de seu sofrimento. A aproximação familiar dos serviços médico-psiquiátricos e a aceitação do tratamento no CAPS e em casa, por meio de medicações, coadunaram com tal afirmação. Interacionalmente, foi possível perceber o arrefecimento das resistências de Iago frente à aceitação de terapêuticas do campo biomédico, expressas também por sua colaboração com o tópico.

A análise dos trechos referentes à **disponibilidade de rótulos alternativos** indicou que versões diversificadas acerca dos desvios normativos estavam sendo construídas e negociadas no âmbito familiar, transitando entre uma compreensão religiosa da causa do problema/sofrimento de Iago (por meio da referência ao rótulo de macumba) e a “depressão” psiquiátrica indicada pela família. As interações conversacionais apresentaram posicionamentos diferenciados, porém com muita negociação dialógica, indicando certa penetração de ambas as compreensões na construção de um rótulo coerente para a família e para Iago.

Encontramos trechos referentes à **severidade da reação social** relacionados às idas à emergência hospitalar na época de suas crises públicas. Não houve relatos de reações sociais severas frente aos rompimentos residuais apontados pela família e percebidos quatro anos antes das primeiras crises públicas. Mesmo nesses momentos,

não pareceu haver discordância quanto aos encaminhamentos realizados. A resistência de Iago foi arrefecida, o que pôde ser evidenciado pela velocidade do diálogo, com muitas falas seqüenciadas e trocas de turno constantes, indicando colaboração.

Os momentos de crise pública são apontados pela Teoria da Rotulação Social como fundamentais para a rotulação *a posteriori* dos rompimentos residuais, considerados a partir desse momento como indícios de “doença mental”. A análise deve, no entanto, articular-se com os momentos imediatamente posteriores, indicados pela teoria por meio das dicas de pessoas significantes enfatizando a identificação do desvio, junto aos modos como o desviante torna-se sugestionável.

Os momentos em que foram relatadas as três **crises públicas** de Iago foram marcados por divergências e tensões envolvidas em negociações constantes de sentidos. As controvérsias acerca do que aconteceu diziam respeito, principalmente, às causas do desvio (a macumba para Iago e talvez uma “doença mental” para seus familiares). As interações conversacionais acerca das crises passadas apresentaram muitos momentos de trocas de turno, interrupções, falas sobrepostas, uso de marcadores metalingüísticos, indicando atores sociais em defesa de diferentes argumentos. A resistência conversacional de Iago em “psiquiatrizar” suas crises pôde indicar como, mesmo posteriormente, a negociação familiar sobre tais momentos continuava exercendo influência fundamental nos modos como estavam sendo construídos os sentidos acerca de seu sofrimento.

Os sentidos para tais crises e os rompimentos residuais anteriores não pareceram ter sido sugestionados efetivamente por amigos ou vizinhos. As interações conversacionais apresentaram mais momentos de disputa conversacional apenas quando o padrinho era trazido como tópico de conversa. Iago pareceu atualizar no diálogo suas resistências em ser convencido a ir ao hospital, frente a esta importante **dica para a identificação do desvio** oferecida pelo padrinho, principalmente para a família.

Não foram encontrados trechos contendo sugestões oferecidas a Iago que o aproximassem da aceitação de sua “carreira como doente mental” (**sugestionabilidade do desviante**). Entretanto, em um trecho específico, foi possível

perceber como interacionalmente D. Isolda, sua mãe, utilizou estratégias de convencimento para demonstrar a Iago a importância das medicações, trazendo relatos de experiências anteriores. Neste trecho, Iago não pareceu se impor às considerações de D. Isolda, posicionando-se em desacordo, mas aceitando que ela discorresse mais livremente, sem grandes resistências sobre o tema.

Outro importante momento apontado pela Teoria da Rotulação Social é quando o desviante começa a compatibilizar sua compreensão acerca do desvio (antes geralmente em desacordo) com o rótulo de “doença mental”. É aí que os estereótipos aprendidos durante a vida sobre a “loucura” e a “doença mental” exercem maior influência, indicando como a sociedade lida historicamente com o fenômeno agora atribuído a seus comportamentos. Tal compatibilidade pode influenciar na incorporação do papel de “doente mental”, momento em que o rótulo torna-se guia para a ação do desviante.

Como Iago ainda se encontrava no início do processo de rotulação social, encontramos reduzida quantidade de momentos em que assumiu para si a compreensão psiquiátrica de “doença mental” adotada por sua família. Houve certa **compatibilidade de termos** quando Iago descreveu sintomatologicamente seu problema/sofrimento como “depressão” (e outros sintomas como “impregnação”), apesar de ainda considerar etiológicamente a macumba como causa. As interações nestes momentos foram tranquilas e não apresentaram características que informassem ser esta uma temática de difícil elaboração, uma vez que houve concordância entre os atores.

Os **estereótipos de “loucura”**, quando tratados genericamente, sem fazer referências pessoais a Iago, foram trazidos por ele e seus familiares de um modo muito tranquilo, sem falas sobrepostas, discordâncias ou reparos iniciados pelo outro interlocutor ou por si mesmo, o que indicou pouca negociação dialógica e pouca co-construção de sentidos. Somente quando a “loucura” de uma vizinha foi comparada mais explicitamente com o estado de Iago, a interação apresentou mais embates discursivos, e foi finalizada prematuramente por ele. Neste momento, apesar de Iago não elaborar muito sobre o tema, a “loucura” foi tomada como referencial na construção de uma imagem de si, o que indicou o poder deste estereótipo para a construção de um *self* que faça referência, mesmo que por oposição, a tal rótulo.

Além disso, contrariando a teoria, o estereótipo de “loucura” exerceu, para Iago, a função de limite; não foi tomado como guia para ação, mas, ao contrário, para indicar qual a fronteira que não pode ultrapassar. A “doença mental” aqui, inclusive para D. Isolda, apareceu como um grau mais leve de “loucura”. Quanto aos estereótipos, não houve compatibilidade de termos entre Iago e sua família quando se referiam a casos da comunidade.

Mas apesar de compatibilidade de termos entre Iago e sua família ainda se dar de modo incipiente, pudemos perceber a **incorporação do papel de “doente mental”** por parte de Iago, quando em defesa de sua aposentadoria. Nesses momentos, foi possível perceber que ele teve muito cuidado na elaboração das sentenças, único momento em que assumiu estar “doente”. É importante ressaltar que apenas quando o ganho da aposentadoria mostrou-se como possibilidade, a carreira de “doente mental” pareceu ganhar força para Iago. Pouco depois, ao tratar da possibilidade de voltar a trabalhar, assumir tal rótulo já não era interessante. No trecho relacionado a sua dependência aos remédios, por exemplo, mesmo com o relato de sua mãe de um episódio recente, Iago pareceu tentar distanciar-se da posição de “doente”, de alguém que estivesse dependente de medicações.

A partir do momento em que o desviante passa a incorporar o papel de “doente mental”, seu desvio torna-se secundário, ou seja, ele começa a atuar não mais resistindo a ser rotulado deste modo, inclusive tendo o rótulo como guia para sua ação (Lemert, 1951). A partir de então, episódios de diminuição de autocontrole podem passar a acontecer de um modo mais corriqueiro, frente às constantes dificuldades do desviante sair de tal posição. Sua atuação começa a sentir a influência das expectativas sociais de seu entorno para que se comporte de acordo com tal rótulo, tornando difícil escapar de tal significação, que passa a gerir grande parte de sua vida social. A estigmatização e segregação que podem acontecer acabam por estabilizar o rótulo de “doente mental”, fazendo com sua “carreira” não deixe de ser notada em suas relações sociais a partir de então.

Alguns relatos de **diminuição do autocontrole** foram trazidos nas conversas, sempre apresentando momentos de intensa negociação dialógica, dispondo atores sociais em posicionamentos divergentes. Disputas interacionais formaram palco para uma discussão acerca da “normalidade” ou “anormalidade” de Iago em uma ocasião

de briga, exemplo de diminuição de autocontrole tomado como indício de “doença mental”. No segundo caso de diminuição de autocontrole, a entrevistadora posicionou-se de modo contrário a Iago, em uma interação em que o caráter despreferido da ação de matar o cunhado foi constantemente trazido e a normatividade dos *accounts* (a serem trazidos por parte de Iago) ficou explícita. Por ser este um tema extremamente delicado, posicionamentos diferenciados foram assumidos na interação, dificultando a construção de sentidos compartilhados.

Episódios de **estigmatização** ou **segregação** não foram relatados por Iago ou seus familiares. Entretanto, sugerimos que efeitos subjetivos de estigmatização podem estar acontecendo, dado o afastamento de sua rede social e a limitação sugerida pela família a Iago voltar a trabalhar. Relacionado a isso também está a patologização do seu sofrimento, que já começou a exercer influência sobre sua concepção, integrando uma nova construção de sentido que associa a macumba com a “doença”. Iago, entretanto, ainda se manteve resistente ao rótulo de “doente mental”. Os efeitos protetores dessa resistência mantiveram Iago fora do escopo do estigma, o que sustentou uma imagem de si não submetida a tal rótulo. Seu *self*, portanto, não estava referenciado à noção de “doença mental”, permitindo certo afastamento. A medicalização de seu sofrimento exigiu, contudo, uma construção de sentido que tornasse coerente o tratamento no CAPS. Ao conceber seu sofrimento como uma doença causada pela macumba, Iago distanciou-se do rótulo de “doente mental”, mas permitiu uma aproximação ao pensamento médico-psiquiátrico, aceitando as medicações e o tratamento psicossocial. Além disso, os novos dispositivos terapêuticos da rede de Saúde Mental coadunam com a defesa de terapêuticas que visem à socialização das pessoas em sofrimento psíquico, atuando junto às comunidades. O CAPS, sua unidade de saúde de referência, pode ter tido efeito para este fortalecimento de Iago, respeitando suas compreensões e não impondo, na medida do possível, a noção de “doença mental”.

O caso de Iago, por estar em pleno processo de construção do rótulo de “doente mental”, possibilita uma mirada acerca do processo inicial de rotulação, com vívidos relatos e trocas conversacionais acerca dos rompimentos normativos e das reações sociais frente a tais desvios. Como é um caso ainda recente, diferentes compreensões acerca dos desvios competem, oferecendo sentidos para a construção de um

entendimento familiar acerca do *self* de Iago, que está começando a ser construído por referência ao rótulo de “doença mental”.

A rotulação social de Iago ainda está em andamento; a cada dia novas construções de sentido vão sendo elaboradas pela família em interação. A análise das negociações dialógicas permitiu uma abordagem que pôde ir além do conteúdo trazido. Ela possibilitou uma mirada nos inúmeros etno-métodos utilizados pelos atores sociais para negociar e construir novas versões de realidade. Tornou-se claro que as conversas cotidianas retroativamente ainda exercem importante papel para o processo de rotulação.

Alguns temas abordados nas entrevistas parecem ter tido maior importância para a rotulação de Iago. Os rompimentos residuais, a disponibilidade de rótulos alternativos, as crises públicas e a diminuição de autocontrole foram tratados em diálogos com muita disputa interacional, o que indica serem momentos da rotulação decisivos para a aplicação do rótulo de “doença mental” à Iago, mesmo em negociações realizadas *a posteriori*. Todos os tópicos em que foi possível perceber certo arrefecimento das resistências de Iago tiveram um padrão conversacional de concordância, o que indica serem temas nos quais a penetração do pensamento psiquiátrico é maior. As interações conversacionais relativas à tolerância da comunidade, à distância social do transgressor frente aos agentes de controle social, ao poder relacional do desviante e à severidade da reação social apresentaram momentos com muitas trocas de turno e colaboração entre os falantes, o que indica serem temáticas que mobilizam os atores sociais a negociarem sentidos, em diálogos mais calmos. Os trechos relativos aos estereótipos de “loucura”, à sugestionabilidade do desviante e à incorporação do papel de “doente mental” mostraram padrões conversacionais com menos negociação dialógica. Nestas categorias, não houve muitos momentos de trocas e co-construção de sentidos; apenas um interlocutor dominou o tópico, o que pode indicar serem temáticas de difícil elaboração familiar, mas que não se configuram como centrais para a defesa argumentativa e interacional. A patologização exerce, nestes tópicos, maior influência.

Entretanto, é prudente ressaltar os efeitos da intervenção da pesquisadora de criação de um espaço interacional dedicado à elaboração reflexiva acerca do processo de rotulação. As interações estudadas dizem respeito a todos os integrantes

da conversação, incluindo a pesquisadora e sua intencionalidade, funcionando como guia para a introdução e desenvolvimento de tópicos que se relacionassem com os objetivos da pesquisa. O cotidiano familiar estudado, desse modo, inclui a presença estranha da pesquisadora como alguém de fora que busca determinadas informações relativas ao processo interativo envolvido na rotulação social de Iago. Não há aqui nenhuma pretensão de termos acessado o modo como os integrantes constroem sentidos e negociam dialogicamente de um modo “puro”.

Mas, apesar da implicação da pesquisadora e do espaço interacional criado pela pesquisa, os resultados ressaltam a importância da linguagem e, mais especificamente, da conversação cotidiana em meio familiar para o processo de rotulação social (mesmo junto a profissionais ou pesquisadores). Os avanços conquistados pela análise conjunta, realizada a partir da aproximação da Teoria da Rotulação Social com a Análise de Conversação, permitiram que o estudo da rotulação social de pessoas em seus contextos sociais mais amplos ganhasse em profundidade, na medida em que se aproximou dos modos como se dão as interações nos micro-contextos familiares. O estudo dos etno-métodos, associado às categorias de análise da rotulação, ampliou o olhar sobre os modos como vão sendo negociados e construídos os sentidos do sofrimento psíquico, por meio de estratégias conversacionais e discursivas utilizadas a cada interação.

A análise conversacional realizada neste estudo é de difícil penetração no campo social, mas pode oferecer importantes contribuições teóricas para a Teoria da Rotulação Social, indicando, por exemplo, como os atores sociais discorrem retroativamente em suas conversações sobre os momentos da rotulação social levantados pela teoria, reconstruindo-os a cada interação. Isto pode apontar a importância de tais momentos e da elaboração posterior sobre eles na construção de um *self* marcado pelo rótulo de “doente mental”. As críticas à análise conversacional, quanto ao seu afastamento dos fenômenos sociais mais amplos e dos contextos gerais em que ocorrem, indicam a necessidade de uma abordagem que vá além da micro-análise realizada das conversas. Em resposta a tais críticas, a integração com a análise da ação social proporcionada pela Teoria da Rotulação Social mostrou-se profícua para análises teóricas sensíveis aos contextos sociais mais amplos.

Outra contribuição possível refere-se aos dispositivos de Saúde Mental, que podem, a partir de uma mirada sobre o processo de rotulação de seus usuários, atentar para os efeitos protetores e estigmatizantes que podem estar sendo exercidos a partir das terapêuticas pensadas para cada caso e, mais importante, a partir da negociação de sentidos que realizam com usuários e familiares a partir do momento em que começam a penetrar nas comunidades e nos ambientes familiares. O cuidado proporcionado pelos serviços de Saúde Mental deve evitar que uma “carreira como doente mental” comece a ser engendrada a partir de seus dispositivos, atentando para seu papel na emancipação ou aprisionamento de seus usuários, partindo da análise dos rótulos oferecidos, até o envolvimento destes na elaboração dos projetos terapêuticos individuais e na organização dos dispositivos e estrutura institucional.

Mas, apesar das contribuições conquistadas pela reflexão trazida com o método aqui adotado e com os resultados construídos, algumas dificuldades e limites podem ser apontados. O estudo micro-analítico proposto pela Análise de Conversação, mesmo associado às reações sociais do processo de rotulação, ainda traz dificuldades para sua realização no âmbito dos serviços de Saúde Mental, restringindo-se ao olhar teórico-científico da Academia. Além disso, a análise pormenorizada acaba por requerer o estudo de poucos casos, o que pode significar que tal análise diz respeito somente ao contexto do caso analisado. Uma pesquisa sobre o processo de rotulação social merece uma análise com mais casos, em diferentes situações e contextos sociais. Ademais, os efeitos do CAPS como dispositivo também devem ser considerados para o processo de rotulação. O estudo de usuários de outros serviços da rede de Saúde Mental pode ampliar a análise aqui proposta.

O impacto da criação de um espaço interacional, onde é permitida uma conversa mais “livre” das amarras do controle social, protagonizadas pelos dispositivos psiquiátricos e policiais, pode ter tido efeito para o compartilhamento de questões delicadas, suscitando reflexões éticas importantes. Quando Iago falou em matar o cunhado, foi necessário posicionar-me como pesquisadora, profissional da Saúde Mental e membro de uma comunidade moral e refletir sobre a confiança estabelecida e o meu papel como interventora naquele contexto sócio-familiar. Diante da confiança depositada, o que fazer? Agir de acordo com o controle social e conter tais efeitos, reportando-se aos cuidadores no CAPS? Ou apostar na

continência dos serviços de cuidado e da família, sem a necessidade de relatar ao CAPS tal possibilidade? Ao reportar-me ao CAPS duas possibilidades poderiam acontecer: o serviço poderia oferecer um cuidado mais especial frente a este desejo tão perigoso não só para o cunhado, mas para Iago e sua rede familiar, ou engendrar dispositivos de controle social. O meu papel como entrevistadora foi colocado à prova, e foi preciso assumir os impactos sobre a construção de uma nova realidade frente ao sofrimento de Iago. Após solicitar orientação das professoras Mary Jane Spink e Maria Cristina Vicentin, ficou decidido que a próxima visita iria definir qual o melhor curso de ação a ser tomado. Quinze dias após este encontro, Iago não trouxe mais relatos semelhantes. Após perguntar explicitamente sobre como estava sua vontade de matar o cunhado, ele negou continuar pensando nesse assunto. Diante disto, a aposta à continência familiar foi mantida. Mas as reflexões éticas daí advindas trouxeram questões importantes sobre o fazer pesquisa.

O processo do fazer científico, como qualquer outra arena de construção de verdades, está sujeito às vicissitudes do humano e de suas vinculações, e apresenta implicações importantes para a vida das pessoas envolvidas. O conhecimento científico a que me propus construir sempre teve como objetivo maior a defesa dos direitos das pessoas em situação de sofrimento psíquico, assumindo como responsabilidade a colaboração com autores e atores sociais que defendem um olhar humanizado sobre tal fenômeno, para além das amarras biologizantes ou sociais atribuídas historicamente pela ciência ou pelas comunidades por meio de rótulos que aprisionam *selves* ou terapêuticas reducionistas e desumanas (Aragaki, 2006).

Esta pesquisa, para coadunar com tais premissas, requeria uma aproximação cuidadosa com o mundo da vida das pessoas que passam por tal processo, aproximação esta que não podia ser feita em intervenções pontuais em um momento específico. Era preciso acompanhar, seguir o processo.

No intento de pesquisar suas vidas e seus sofrimentos em sociedade, buscando um olhar sensível às pessoas concretas, dei-me conta de que esta pesquisa aproximou-se dos três tempos de históricos, discutidos por Spink (2000, p. 51): “o *tempo longo*, que marca os conteúdos culturais definidos ao longo da história da civilização, o *tempo vivido*, das linguagens sociais aprendidas pelo processo de socialização, e o *tempo curto*, marcado pelos processos dialógicos” (grifo da autora).

Nossa abordagem do fenômeno definido como “loucura” ou “doença mental”, sob a perspectiva construcionista, integrou análises históricas (realizadas com auxílio de uma diversidade de autores, entre eles, Foucault), às vivências de Iago e seus familiares e às interações conversacionais e negociações dialógicas do tempo curto. Além disso, a própria pesquisa, nesses dois meses de interação, se deu em um tempo vivido por todos nós, construindo conjuntamente novos sentidos sobre o processo de rotulação.

Não só na área de Saúde Mental, como em qualquer outro contexto sócio-cultural em que pesquisadores adentram nos modos de vida de comunidades, com suas questões e problemas de pesquisa, é preciso estar atento aos modos como nos posicionamos no processo de produção do conhecimento científico. A intencionalidade do pesquisador participa intrinsecamente da construção das verdades científicas a serem estudadas. Além disso, o contexto de pesquisa criado artificialmente estabelece espaços de elaboração, interligando a todos nos contextos de interação a serem analisados. Os posicionamentos assumidos por nós, pesquisadores, devem orientar-se pelo respeito ao bem-estar de todos os envolvidos e à convivência harmônica junto à comunidade mais ampla do qual fazem parte, atentando cuidadosamente para os efeitos de empoderamento ou aprisionamento que podemos exercer.

Esta pesquisa traz como desafio a construção de uma abordagem do fenômeno considerado “loucura/doença mental” que ultrapasse as marcas estigmatizantes e aprisionadoras dos rótulos, em direção ao singular, à aceitação da diferença e ao cuidado com o sofrimento psicossocial vivenciado por cada pessoa contextualmente localizada. A sensibilidade à família e ao entorno social mais próximo precisa começar a ser aguçada na elaboração de práticas terapêuticas, garantido que o cuidado não se configure como mais um dispositivo de individualização e patologização da vida social. Uma abordagem que dê centralidade às conversas cotidianas pode potencializar a construção de sentidos compartilhados que coadunem com a busca pela emancipação, fortalecimento de vínculos, defesa dos direitos humanos e promoção de saúde mental.

Referências bibliográficas

- Aguiar, A. A. (2004). **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Albee, G. (1986). Toward a just society: lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. **American Psychologist**, 41 (8), p. 891-898.
- Albee, G. W., & Joffe, J. M. (2004). Mental illness is not “an illness like any other”. **The Journal of Primary Prevention**, 24 (4), p. 419-436.
- Amarante, P. (Org.). (1995). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Aragaki, S. (2006). **O aprisionamento de *selves* em diagnósticos na área da Saúde Mental**. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Atkinson, M., & Heritage J. (Eds.). (1984). **Structures of social action: studies in Conversational Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakhtin, M. (1979). **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec.
- Basaglia, F. (Org.). (1985). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F., & Basaglia, F. O. (Orgs.). (1977). **La mayoría marginada: la ideología del control social**. Barcelona: Laia.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. In: G. Bateson, A. J. Ferreira, D. D. Jackson, T. Lidz, J. Weakland, L. C. Wynne, & G. H. Zuk. (Orgs.). (1974). **Interacción familiar:**

- aportes fundamentales sobre teoría y técnica** (2ª ed.) (pp. 19-56). Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Becker, H. (1973). **Outsiders: studies in the sociology of deviance**. Nova York: Free Press.
- Bentall, R. P. (1990). **Reconstructing schizophrenia**. London: Routledge.
- Berger, P. L., & Luckman, T. (2002). **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Birman, J. (1978). **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: P. Amarante (Org.). (1994). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica** (pp. 41-72). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Boden, D., & Zimmerman, D. (Eds.). (1991). **Talk and social structure: studies in Ethnomethodology and Conversational Analysis**. Cambridge: Polity Press.
- Boyle, M. (1990). **Schizophrenia: a scientific delusion?** London, New York: Routledge.
- Boyle, M. (2004). Preventing a non-existent illness? Some issues in the prevention of "schizophrenia". **The Journal of Primary Prevention**, 24 (4), Summer.
- Boyle, R. (2000). Whatever happened to preference organization? **Journal of Pragmatics**, 32, p. 583-604.
- British Psychological Society. (2000). **Understanding mental illness: recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences**. Recuperado em: 27 ago. 2007: <http://www.bps.org.uk/document-download->

area/document-download\$.cfm?file_uuid=1B292E21-7E96-C67F-D61AA2A6FC6FB7D1.

Buttny, R. (1993). **Social accountability in communication**. London, New York, New Delhi: Sage Publications.

Canguilhem, 1990. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Castel, R. (1978). **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal.

Chua, S. E., & McKenna, P. J. (1995). Schizophrenia – a brain disease? A critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. **British Journal of Psychiatry**, 166, p. 563–582.

CID-10 - **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (2007). (10ª ed.). São Paulo: EDUSP.

Claridge, G. S. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth? **Schizophrenia Bulletin**, 20 (1), p. 151–168.

Coelho, M. T. D., & Almeida Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 9 (2), p. 315-333, mai./ago.

Cooper, D. (1967). **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Ed. Perspectiva.

Dalgalarrondo, P. (2000). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed.

Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of *selves*. **Journal for the theory of social behavior**, 20 (1), p. 43-63.

- DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (1995). (4^a ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Drew, P., Chatwin, J., & Collins, S. (2001). Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. **Health Expectations**, 4, p. 58-70.
- Durante, A., & Goodwin, C. (Eds.). (1992). **Rethinking context: language as an interactive phenomenon**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (Eds.) (1944). **Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia**. Chicago: Chicago University Press.
- Fleming, M. (1976). **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento.
- Foucault, M. (1975). **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1987). **Vigiar e Punir**. Tradução de Ligia M. Ponde Vassallo. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (2000a). **Microfísica do poder**. (15^a Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2000b). **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2004). **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2006). **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes.
- Fox, J. W. (1990). Social class, mental illness, and social mobility: the social selection–drift hypothesis for serious mental illness. **Journal of Health and Social Behaviour**, 31, p. 344–353.
- Fleming, M. (1976). **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Ed. Afrontamento.

- Garfinkel, H. (1967). **Studies in Ethnomethodology**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goffman, E. (1957). Alienation from interaction. In: E. Goffman. (Org.). (1967). **Interaction ritual: an essay on face-to-face behavior** (pp.113-136). New York: Pantheon Books.
- Goffman, E. (1961). **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, E. (1963a). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada** (4ª ed.). Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- Goffman, E. (1963b). **Behavior in public places: notes on the social organization of gatherings**. New York: Free Press.
- Goffman, E. (1964). Mental symptoms and public order. In: E. Goffman. (Org.). (1967). **Interaction ritual: an essay on face-to-face behavior** (pp.137-148). New York: Pantheon Books.
- Goffman, E. (1975). **A representação do eu na vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Vozes.
- Grossman, C. I. (2004). Labels and language: implications for prevention of the DSM definition of mental disorder. **The Journal of Primary Prevention**, 24 (4), p. 513-522.
- Hemsley, D. R. (1993). A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia. **Behaviour Research and Therapy**, 31, p. 633–646.
- Heritage, J. (1984). **Garfinkel and Ethnomethodology**. Cambridge, UK: Polity Press.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (1998). **Conversation Analysis: principles, practices and applications**. Cambridge: Polity Press.

- Ibañez Garcia, T. O giro lingüístico. In: L. Iñiguez (Org). (2004). **Manual de análise de discurso em ciências sociais** (pp. 19-49). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Iñiguez, L. (2004). A linguagem nas Ciências Sociais: fundamentos, conceitos e modelos. In: L. Iñiguez (Org). (2004). **Manual de análise de discurso em ciências sociais** (pp. 50-104). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jorge, M. A. S. (1997). **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em Saúde Mental**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- Kunh. T. S. (2003). **O caminho desde a estrutura**. São Paulo: UNESP.
- Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. A. Lancetti. (Org.). (1989). **SaúdeLoucura1** (p. 75-89). São Paulo: Hucitec.
- Laing, R. (1987). **O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura** (5ª ed.). Trad. Aurea Brito Weissenberg. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lane, E., & Albee, G. (1964). Preschizophrenic intelligence of adult schizophrenics. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, 68, p. 193–195.
- Laing, R., & Cooper, D. (1982). **Razão e violência**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Laing, R., & Esterson, A. (1980). **Sanidade, loucura e família**. Belo Horizonte, MG: Interlivros.
- Leff, J. P. (1982). **Psychiatry around the globe: a transcultural view**. New York: Marcel Dekker.
- Lehtonen, J. (1994). From dualism to psychobiological interaction. **British Journal of Psychiatry**, 164 (suppl.23), p. 27–28.

- Lemert, E. (1951). **Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behavior.** Nova York: McGraw-Hill.
- Lemert, E. (1967). **Human deviance, social problems and social control.** Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Marcuschi, L. A. (1986). *Análise de Conversação.* São Paulo: Ática.
- Mattingly, C., & Garro, L. (Eds.) (2000). **Narrative and the cultural construction of illness and healing.** Berkeley: University of California Press.
- Mead, G. H. (1934/1995). **Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist.** Chicago: University of Chicago Press.
- Mishler, E. (1984). **The discourse of medicine.** Norwood, New Jersey: Ablex.
- Moncrieff, J., & Cohen, D. (2006). Do antidepressants cure or create abnormal brain states? **Plos Medicine**, 3 (7), p. 961-965, July.
- Murphy, H. B. M. (1978). Cultural influences on incidence, course and treatment response. In: L. C. Wynne, R. L. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.). (1978). **The nature of schizophrenia.** New York: Wiley.
- National Institute of Mental Health. (2000). **Pathways to health: charting the science of brain, mind, and behavior.** Recuperado em 20 ago. 2007: <http://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/pathways-to-health-charting-the-science-of-brain-mind-and-behavior.pdf>
- Neto, O. B. (2004). O conceito de desvio na teoria social contemporânea: modernidade e controle. **Revista Teoria Política: Sociedade e Cidadania**, 1 (1), p. 1-36, jan./jun.
- Nogueira, R. P. (2003). A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 7 (12), p. 185-190, fev.

- Parker, G. (1982). Re-searching the schizophrenogenic mother. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 170 (8).
- Perizzolo, J., Berlim, M. T., Szobot, C. M., Lima, A. F. S., Schestatsky, S., & Fleck, M. P. A. (2003). Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria**, 25 (2), p. 327-334, mai./ago.
- Pessotti, I. (1995). **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pessotti, I. (2001). **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34.
- Pinheiro, O. G., & Spink, M. J. (2004). Discursive practices and democratic participation: negotiating language use in mental health services. **Journal of Health Psychology**, 9 (1), p. 55-71.
- Pinto, D. (1996). A noção de coerência: uma perspectiva interacionalista na análise do discurso de pacientes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. **Cadernos IPUB**, 3, p. 141-158.
- Pomerantz, A. (1984). Preference organization. In: M. Atkinson, & J. Heritage. (Eds.). (1984). **Structures of social action: studies in Conversational Analysis**. (pp. 57-101). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rabelo, M., Alves, P., & Souza, I. (1999). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ribeiro, B. T. (1994). **Coherence in psychotic discourse**. New York: Oxford University Press.
- Robertson-Malt, S. (1999). Listening to them and reading me: a hermeneutic approach to understanding the experience of illness. **Journal of Advanced Nursing**, 29 (2), p. 290-297.
- Sacks, H. (1992). **Lectures on conversation** (Vols. I-II). Oxford: Blackwell.

- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (2003). Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa. **Veredas**, 7 (1), p. 11-73, jan./dez.
- Scheff, T. (1984). **Being mentally ill: a sociological theory**. Chicago: Aldine.
- Schenkein, J. (Ed.). (1978). **Studies in the organization of conversational interaction**. New York: Academic Press.
- Shiffrin, D. (1994). **Approaches to discourse**. Oxford: Blackwell.
- Silverman, D. (1998). **Harvey Sacks: Social Science & Conversation Analysis**. Cambridge: Polity Press.
- Spink, M. J. (Org.). (2000). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Frezza, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: M. J. Spink (Org.). (2000). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas** (pp. 17-39). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2004). **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Spink, M. J., & Lima, H. (2000). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: M. J. Spink (Org.). (2000). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas** (pp. 93-122). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Menegon, V. M. (2000). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: M. J. Spink (Org.). (2000). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas** (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.

- Szasz, T. (1974). **O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal**. São Paulo: Círculo do Livro.
- Szasz, T. (1977). **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Szasz, T. (1978). **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: Zahar.
- van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., van Horn, E., Tattan, T., White, I., & Murray, R. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. **Psychological Medicine**, 29, p. 595–606.
- Velho, G. (2003). O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social. In: G. Velho (Org.). (2003). **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social** (pp. 11-28) (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Verztman, J. S., Cavalcanti, M. T., & Serpa Jr., O. D. (1992). Psicoterapia Institucional: uma revisão. In: B. Bezerra Jr., & P. Amarante. (Org.). (1992). **Psiquiatria sem hospício. Vol. 1: Contribuições para o estudo da Reforma Psiquiátrica** (pp. 17-30). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Zola, I. (1963). Problems of communication, diagnosis and patient care. **Journal of Medical Education**, 38, p. 829-838.