



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Camilo Barbosa Venturi

**Como se treina uma mente disfuncional?:  
Antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia**

Rio de Janeiro

2011

Camilo Barbosa Venturi

**Como se treina uma mente disfuncional?:  
Antropologia do treinamento cognitivo aplicado à esquizofrenia**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CBC

V468 Venturi, Camilo Barbosa.

Como se treina uma mente disfuncional? : antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia / Camilo Barbosa Venturi. – 2011.

267f.

Orientador: Francisco J. Guerrero Ortega.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Esquizofrenia – Teses. 2. Neurociência cognitiva – Teses. 3. Pesquisa social – Teses. 4. Antropologia médica – Teses. 5. Pesquisa psiquiátrica – Teses. I. Ortega, Francisco. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.895.8

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Camilo Barbosa Venturi

**Como se treina uma mente disfuncional? : Antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração; Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 05 de maio de 2011.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Francisco J. Guerrero Ortega (Orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr.  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Jane Russo  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Venâncio  
Casa Oswaldo Cruz - Fiocruz

---

Prof. Dr. Flávio Edler  
Casa Oswaldo Cruz – Fiocruz

Rio de Janeiro

2011

## **DEDICATÓRIA**

A Solange, minha querida mãe, pela aposta e o apoio incondicionais nos caminhos que eu escolhi e pude traçar.

## AGRADECIMENTOS

A Francisco Ortega, que me “abriu o cérebro” para estes temas e permitiu que a maior parte desta tese fosse realizada a distância. Sem a sua confiança e compreensão, nada disto seria possível.

A Alain Ehrenberg, que me acolheu generosamente em sua equipe, e orientou em grande parte os caminhos que segui neste trabalho. Sem as suas leituras atenciosas e as suas críticas construtivas, este trabalho seria inteiramente diferente.

A Pierre-Henri Castel, Anne Lovell e Brigitte Chamak, pelo seu interesse nesta tese e, sobretudo, pelas sugestões e troca de idéias.

A todos os colegas do CERMES3, especialmente Aurelien Troisoeufs, Baptiste Moutaud, Julien Jupille, Maëlle Planche e Agnès Dumas, que partilharam comigo as angústias e as delícias de ocupar a posição de doutorando na Academia francesa.

Aos novos amigos franceses, Fabrice, Joana e Claude, através de quem pude conhecer um pouco do modo de habitar o mundo que faz da França, França. Aos amigos brasileiros (antigos e novos), Gustavo, Bianca, Virgínia, Arthur, Danilo, Mônica e Guiga, que muitas vezes me trouxeram o calor do Brasil quando este me fez falta.

A Mari, minha companheira de bordo nesta longa viagem, nas calmarias e nas tormentas.

A toda equipe do *Centre Hospitalier Sainte Anne*, que permitiu generosamente que eu os observasse em ação. Sem o seu aval, nada disto teria sentido.

A todos os pacientes que me concederam entrevistas, conversas, momentos e olhares. Foram eles, sem dúvida, a maior motivação para o desenvolvimento desta tese.

A ALBAN (América Latina Bolsas de Alto Nível), pela aposta no valor do projeto e pelo financiamento dos 35 meses de pesquisa na Europa.

La psychiatrie semble être une anthropologie qui n'ose dire son nom.

*Edmond Ortigues*

Master the neural assemblage, and we might at long last master us.

*Richard Powers*

## RESUMO

VENTURI, Camilo Barbosa. *Como se treina uma mente disfuncional?* Antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia. 2011. 267 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

O sucesso recente das disciplinas neurocientíficas tem provocado mudanças nas representações sociais acerca do que constituem sentimentos, emoções e ações humanas complexas. O campo da medicina mental talvez seja o que mais tenha sido afetado por estas disciplinas, desde as últimas três décadas. Cada vez mais as categorias psicopatológicas têm sido estudadas e descritas em termos neuropatológicos. Como se opera na prática quotidiana de um laboratório de pesquisas a naturalização de entidades nosográficas complexas, tendo o cérebro e as suas funções como objetos de estudo privilegiados? Que impacto isto poderia ter sobre a forma de se tratá-las? Como isto poderia alterar a maneira de um paciente se autodescrever e agir no mundo? Estas questões gerais foram tratadas ao longo desta tese, que se apoiou sobre um trabalho de campo realizado em uma unidade de pesquisas parisiense, onde se desejava validar um método de tratamento inovador para pacientes portadores de esquizofrenia: a remediação cognitiva. Este tipo de técnica, originalmente concebida para tratar de pacientes com lesões neurológicas, migrou para o campo psiquiátrico a partir de uma redefinição na forma de se conceber a categoria de esquizofrenia, promovida pelas neurociências cognitivas: esta teria como cerne, não os clássicos sintomas positivos e negativos que a caracterizam clinicamente, mas um conjunto de déficits neurocognitivos, que incluem problemas de memorização, de concentração, de planejamento da ação, do raciocínio lógico, entre outros. Esta tese descreve o modo como estas concepções são geradas no interior de uma equipe francesa de pesquisa em psiquiatria, interessada em validar um novo método de remediação cognitiva. Procurou-se descrever a vida social destes pesquisadores, os compromissos criados no processo de geração de enunciados sólidos, e as estratégias e dificuldades encontradas no percurso de naturalização de uma categoria psiquiátrica complexa, como a esquizofrenia. Descreveu-se igualmente as práticas de remediação cognitiva em ação e o modo como estas interagiriam com os pacientes de modo a modificá-los em um certo sentido, segundo certos valores, bem como o contexto social que torna plausível a adoção deste tipo de estratégia terapêutica.

Palavras-chave: Estudos sociais da ciência. Esquizofrenia. Neurociências cognitivas. Antropologia médica.



## RÉSUMÉ

Le succès récent des disciplines neuroscientifiques a provoqué des changements dans les représentations sociales concernant les sentiments, les émotions et les actions humaines complexes. Le champ de la médecine mentale a été, sans doute, le plus affecté par ces disciplines depuis les trois dernières décennies. De plus en plus, de catégories psychopathologiques sont étudiées et décrites en termes neuropathologiques. Comment s'opère-t-elle, dans la pratique quotidienne d'un laboratoire de recherche, la naturalisation d'entités nosographiques complexes, ayant le cerveau et ses fonctions comme des objets d'étude privilégiés? Quel impact est-ce que cela pourrait avoir sur la manière de prendre en charge les patients? Comment est-ce que cela pourrait transformer la manière dont un patient s'auto-décrit et agit dans le monde? Ces questions générales ont été traitées au long de cette thèse, à partir d'une étude de terrain réalisée à l'intérieure d'une équipe de recherche parisienne, où l'on voulait valider une méthode de prise en charge innovatrice appliquée à des patients ayant un diagnostic de schizophrénie: la remédiation cognitive. Ce genre de technique, originalement conçue afin de traiter des patients cérébrolésés, a migré vers le champ de la psychiatrie, à partir d'une redéfinition dans la manière de concevoir la catégorie de schizophrénie, opérée par les neurosciences cognitives: celle-ci aurait comme noyau centrale, non pas les classiques symptômes positifs et négatifs qui la caractérisent cliniquement, mais plutôt un ensemble de déficits neurocognitifs, comme de problèmes de mémorisation, de concentration, de planification de l'action, du raisonnement logique, parmi d'autres. Cette thèse décrit la manière pour laquelle ces conceptions ont été générées à l'intérieur d'une équipe française de recherche, intéressée à la validation d'une nouvelle méthode de remédiation cognitive. On a essayé de décrire la vie sociale de ces chercheurs, les compromis créés dans le parcours de génération d'énoncés solides, et les stratégies et difficultés retrouvées dans le processus de naturalisation d'une catégorie psychiatrique complexe, comme la schizophrénie. On a également décrit les pratiques de remédiation cognitive en action et les moyens par lesquels elles interagissent avec les patients de manière à les modifier dans un certain sens, selon certains valeurs, aussi bien que le contexte social que rendrait acceptable l'adoption de ce type de stratégie thérapeutique.

Mots-clefs: Études sociales de la science. Schizophrénie. Neurosciences. Anthropologie médicale.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
1	<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL ATUAL DE UMA UNIDADE DE PESQUISA EM PSIQUIATRIA NA FRANÇA.....</b>	31
1.1	<b>A coabitação da clínica e da pesquisa em um mesmo local.....</b>	32
1.1.1	<u>Sainte Anne entre o passado e o futuro.....</u>	32
1.1.2	<u>Sainte Anne e o nó borromeano pesquisa-clínica-ensino.....</u>	38
1.1.3	<u>Clínicos-pesquisadores e pesquisadores-clínicos.....</u>	39
1.1.4	<u>A psiquiatria entre o “espaço das razões” e o “reino das causas”.....</u>	40
1.2	<b>A lógica da criação de uma rede de colaboradores.....</b>	45
1.2.1	<u>A reorganização do serviço em função de novas regras a seguir.....</u>	46
1.2.2	<u>A configuração de uma rede de colaboradores para ganhar mais “pontos”: da <i>inovação técnica</i> à <i>inovação organizacional</i>.....</u>	50
1.3	<b>Um modelo unificado dos transtornos mentais: o caso particular da esquizofrenia.....</b>	57
1.3.1	<u>A noção de endofenótipo como um elo conceitual necessário no estudo de patologias complexas.....</u>	59
1.3.2	<u>Os endofenótipos e o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia.....</u>	63
1.3.3	<u>O modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia como categoria prática.....</u>	66
1.3.4	<u>A esquizofrenia como o produto de mecanismos infraconscientes de processamento da informação.....</u>	70
1.3.5	<u>Os déficits cognitivos como o núcleo central da esquizofrenia: a mente sob medida.....</u>	73
1.4	<b>Considerações finais da primeira parte.....</b>	76
2	<b>A ARTICULAÇÃO DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA – OU COMO AGRUPAR PARCEIROS PARA GERAR ORDEM E VALIDAR UM METODO TERAPEUTICO INOVADOR NA MEDICINA MENTAL CONTEMPORANEA.....</b>	79
2.1	<b>Dados históricos acerca da necessidade de validação científica dos métodos terapêuticos.....</b>	82
2.1.1	<u>Por que e como validar uma prática clínica? Da confiança na</u>	

	<u>autoridade de indivíduos ao modelo “democrático” dos ensaios clínicos randomizados.....</u>	82
2.1.2	<u>Os ensaios clínicos e a medicina mental: um descompasso temporal.....</u>	87
2.1.3	<u>Fazer uso do método científico como resposta à crise de legitimação de um campo: o exemplo da medicina mental.....</u>	91
2.1.4	<u>Validar tratamentos para a esquizofrenia: dos neurolépticos às abordagens psicossociais.....</u>	94
2.2	<b>A criação de uma rede, tendo como eixo Paris-Lyon-Lausanne: a estabilização de interesses distintos em torno de uma prática inovadora.....</b>	97
2.2.1	<u>A remediação cognitiva no mundo francófono: do RehaCom<sup>®</sup>, IPT e CRT ao programa THERECS.....</u>	97
2.2.2	<u>A captura de um utensílio clínico por uma rede científica.....</u>	105
2.3	<b>Qual design, para que tipo de estudo? Maneiras de estabilizar um fato científico em um ambiente regrado, a partir da reunião de caixas- pretas.....</b>	110
2.3.1	<u>Primeira etapa do <i>design</i> metodológico: a seleção de um sólido ponto de comparação.....</u>	113
2.3.2	<u>Segunda etapa do <i>design</i> metodológico: escolher os <i>dispositivos de inscrição</i> corretos.....</u>	117
2.3.3	<u>Terceira etapa do <i>design</i> metodológico: definição dos critérios de inclusão e a divisão de pacientes entre grupos de comparação.....</u>	122
2.3.4	<u>Quarta etapa do <i>design</i> metodológico: a viabilização de recursos humanos e financeiros.....</u>	125
2.4	<b>Considerações finais da segunda parte.....</b>	130
3	<b>REMEDIAÇÃO COGNITIVA: A NEUROPSICOLOGIA EM AÇÃO.....</b>	134
3.1	<b>Mas que cognição a remediar na esquizofrenia?.....</b>	136
3.1.1	<u>A primeira entrevista para a pré-inclusão no protocolo de pesquisa: até que ponto é possível padronizar o julgamento clínico na medicina mental?.....</u>	136
3.1.2	<u>A mente sob medida.....</u>	142
3.1.3	<u>Cena 1: A avaliação da capacidade de Mlle. Cacoub para planejar e</u>	

	<u>executar ações coordenadas.....</u>	143
3.1.4	<u>Cena 2: A avaliação da memória e da atenção de Mlle. Guéant.....</u>	153
3.1.5	<u>Cena 3: A boa performance cognitiva de Mr. Billard.....</u>	156
3.1.6	<u>A discussão dos resultados das baterias de avaliação neuropsicológica como atribuição de sentido ao sofrimento cotidiano de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.....</u>	164
3.1.7	<u>O que quer dizer “cognição” quando se fala de remediação cognitiva?: um modelo funcionalista para treinar mentes.....</u>	170
3.2	<b>Como se treina uma mente disfuncional?.....</b>	178
3.2.1	<u>A pedagogia do déficit cognitivo na esquizofrenia (ou a psicoeducação de Mlle. Cacoub).....</u>	178
3.2.2	<u>A esquizofrenia como “tipo indiferente-interativo”.....</u>	183
3.2.3	<u>Cena 1. O método CRT em ação: O treinamento da atenção seletiva de Mlle. Cacoub.....</u>	189
3.2.4	<u>Cena 2. O método CRT em ação: O treinamento da memória visuo-espacial, ou a indivisibilidade do sujeito no ato terapêutico?.....</u>	195
3.2.5	<u>O programa THERECS em ação: A lógica do avanço progressivo nos exercícios.....</u>	201
3.3	<b>Fatos e Valores nos Programas de Remediação Cognitiva aplicados à esquizofrenia: dos “efeitos de looping” às pressões pela vida autônoma na cidade.....</b>	214
3.3.1	<u>Mlle. Blanc.....</u>	215
3.3.2	<u>Mr. Jambois.....</u>	217
3.3.3	<u>Mr. Garceau.....</u>	219
3.3.4	<u>Mlle. Laugier.....</u>	220
3.3.5	<u>Mr. Martin.....</u>	221
3.3.6	<u>Fatos e valores no problema da cognição deficitária em pacientes com esquizofrenia e sua remediação.....</u>	223
3.3.7	<u>A circularidade entre oferta e demanda de aumento da performance cognitiva: como se produz em efeito de <i>looping</i>.....</u>	229
3.3.8	<u>Das instituições totais ao mandato da vida autônoma.....</u>	232
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	239
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	246

<b>APÊNDICE A</b> – Descrição de sessão com utilização de exercício do programa THERECS de remediação cognitiva.....	256
<b>APÊNDICE B</b> – Descrição de sessão com utilização de exercício do programa THERECS de remediação cognitiva.....	260
<b>ANEXO A</b> – Exemplo 1 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	263
<b>ANEXO B</b> – Exemplo 2 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	264
<b>ANEXO C</b> – Exemplo 3 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	265
<b>ANEXO C</b> – Exemplo 4 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	266
<b>ANEXO E</b> – Exemplo 5 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	267

## INTRODUÇÃO

*To function effectively in the future, the psychiatrists we are training today will need more than just a nodding familiarity with the biology of the brain. They will need the knowledge of an expert, a knowledge perhaps different from but comparable to that of a well-trained neurologist. In fact, it is likely that in the decades ahead we will see a new level of cooperation between neurology and psychiatry. This cooperation is likely to have its greatest impact on patients for whom the two approaches – neurological and psychiatric – overlap.*

Erik Kandell

Antes de qualquer coisa, uma questão deve ser colocada nesta tese: por que, afinal, se interessar por um tema tão específico como o campo das técnicas de treinamento neurocognitivo aplicadas a pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia? O que leva alguém com uma formação típica em ciências humanas a escolher um tema à primeira vista tão “exótico” como este? Ainda mais se acrescentarmos que a maior parte do material empírico desta tese foi recolhida em um trabalho de campo realizado em Paris, no interior de uma equipe de pesquisa em psiquiatria interessada em ciências cognitivas. Antes de introduzir às questões concretas desta tese, é necessário esclarecer essas questões preliminares, que permitem explicitar o modo como cheguei a este tema e as circunstâncias pelas quais ele veio ao meu encontro.

Este trabalho é fruto do interesse por um campo de estudos que se começou penetrar em 2005, em larga medida por influência do projeto de pesquisas “O Sujeito Cerebral: Impacto das Neurociências na Sociedade Contemporânea”, coordenado por Francisco Ortega e Fernando Vidal, cujo objetivo era investigar as origens, os desdobramentos e o impacto cultural do desenvolvimento e da popularização do conjunto de disciplinas que comumente agrupamos sob o nome de neurociências. A partir deste interesse inicial, realizou-se uma pesquisa que deu origem a uma dissertação de mestrado, defendida em Março de 2007, onde foram apresentados alguns antecedentes históricos e culturais para o desenvolvimento das tecnologias de neuro-imageamento e a sua aplicação em contextos tão variados como as emoções, os comportamentos sociais e os sentimentos morais. Ainda neste mês de Março, iniciou-se na mesma instituição o projeto de doutorado que daria origem a esta tese. Três meses depois, recebi a notícia de que tinha obtido um financiamento para o qual

havia me candidatado no ano anterior, que me permitiria realizar grande parte dos meus estudos doutorais em Paris. Assim, meio que de forma aleatória, o contexto francês passou a fazer parte desta pesquisa de doutorado.

Ao chegar em Paris, fui generosamente acolhido pela equipe do antigo CESAMES – hoje parte do CERMES3 – e, em especial, pelo seu então coordenador, Alain Ehrenberg, que se mostrou simpático à idéia de ter em seu laboratório de ciências sociais um aluno interessado em neurociências. Aliás, desde o início dos anos 2000, ele próprio tinha voltado uma parte do seu programa de pesquisas para o estudo das ciências cognitivas e das neurociências a partir de um ponto de vista sociológico, tendo publicado alguns artigos considerados importantes por aqueles que se interessam pelo tema<sup>1</sup>. Na posição de coorientador desta tese, Ehrenberg propôs que se fizesse um trabalho de campo para ver como as coisas se passam concretamente na vida social das instituições. Se de fato havia um impacto das neurociências sobre as sociedades avançadas, como supunham diversos autores contemporâneos, este seria de que ordem, em que contexto, com que intensidade? O trabalho de campo poderia ser um bom método para dar uma resposta a estas questões. Embora não permitisse a generalização, ele serviria como uma “lente de aumento” inigualável para a análise de situações locais. O que se perde em extensão, ganha-se em profundidade, com este tipo de metodologia.

A perspectiva de trabalhar com uma equipe francesa interessada em abordagens extraídas das neurociências cognitivas parecia especialmente frutífera para compreender o modo de ação concreto destas disciplinas. Isto porque, como se sabe, a psiquiatria francesa constituiu-se a partir do pós-guerra como um campo altamente influenciado por “heróis intelectuais” como Jacques Lacan, cujas teorias e metáforas radicalmente diferentes daquelas geradas pelas neurociências permanecem ainda vivas em vários setores da medicina mental francesa e, por extensão, na vida social daquele país. Por outro lado, a França também é a terra natal de Jean Delay, Pierre Deniker e Henri Laborit, que disputam o crédito histórico pela descoberta em 1950 da Clorpromazina, o primeiro medicamento eficaz no combate aos delírios e alucinações presentes nas psicoses. Somando-se a isto, a partir dos anos 1980, grandes neurocientistas, (neuro)filósofos e pesquisadores em ciências cognitivas do quilate de Mark Jeannerod, Alain Berthoz, Joëlle Proust e Jean-Pierre Changeux se juntaram à paisagem intelectual daquele país, incluindo o cérebro na agenda local de discussões e produção de conhecimento. Portanto, que tipo de terreno epistemológico se estaria adentrando? Qual seria

---

<sup>1</sup> Ver, por exemplo: EHRENBURG, 2004b, 2008.

a posição ocupada pelos pesquisadores e profissionais que se observaria em tal contexto? Como se faz pesquisa em psiquiatria na França de hoje, e quais seriam os seus novos “antípodas” e “heróis”?

Uma vez instalado em Paris, começou-se a trabalhar em um projeto que se dirigia para as conseqüências práticas da orientação cada vez mais próxima das neurociências cognitivas que a medicina mental havia tomado nas últimas décadas. Se a análise do discurso neurocientífico sobre o homem é importante para compreender o sucesso recente destas disciplinas, a observação das suas práticas é fundamental na avaliação do seu impacto concreto na vida de grupos sociais específicos. A fim de realizar um trabalho de campo, travou-se contato com um grupo de pesquisa do *Centre Hospitalier Sainte Anne*, que havia desenvolvido uma série de trabalhos sobre a esquizofrenia em neurociências cognitivas, e que naquela época estava para lançar um novo protocolo de pesquisa relativo à aplicação de técnicas de remediação cognitiva àquela categoria. Observar o comportamento de uma equipe de pesquisas seria uma ótima maneira de observar as “neurociências em ação”, isto é, em vias de se fazer, ainda em processo de estabilização, tal como recomenda Bruno Latour em suas análises sociológicas sobre a inovação científica (LATOURE, 1998). Além disso, o termo “remediação cognitiva” gerava curiosidade. O que isto seria? O que de fato isto significaria? Qual a sua finalidade prática no caso da esquizofrenia e qual a especificidade com relação às abordagens terapêuticas ditas tradicionais, como a farmacoterapia, as psicoterapias, as abordagens sistêmicas e os métodos afins? Estava-se, portanto, diante de um campo inexplorado interessante. Em primeiro lugar, a remediação cognitiva poderia ser um bom exemplo de como os modelos oriundos das neurociências cognitivas não se restringiriam apenas a um plano meramente conceitual, mas podiam transformar o cérebro em uma categoria prática e, por extensão, mudar o cotidiano de grupos sociais específicos. Em seguida, o fato de observar estas práticas em uma unidade de pesquisas ressaltaria justamente o laço que une os modelos conceituais propostos por estas disciplinas e a maneira como eles são colocados em ação. Tudo isto dentro de um contexto epistemológico marcado por conflitos, uma vez que se distanciava das metáforas para a patologia mental (e a psicose, em particular) propostas por disciplinas ainda bastante influentes naquele território, como é o caso da psicanálise francesa. O que estaria, então, em jogo nesta nova forma de falar e agir sobre pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia? Como tudo isto se articularia racionalmente? E em que contexto social e institucional?

Foi, portanto, desta forma, um pouco em função de minhas decisões, um pouco em função de uma sucessão de acasos, que se chegou a este tema, ao local do seu



desenvolvimento, e à metodologia adotada. O que se segue é o relato da experiência de um estrangeiro, em uma terra estranha, observando práticas rituais “exóticas”, derivadas de métodos, discursos, teorias e saberes que contém em si algo da mentalidade daquele grupo.

### Uma cena:

Meados de Março de 2009. Chego por volta de 11h00 à unidade de pesquisa que frequento para assistir na posição de antropólogo observador à primeira sessão de remediação cognitiva de uma paciente de 33 anos, diagnosticada como esquizofrênica há aproximadamente dez anos. Trata-se de uma sessão de “psicoeducação” que antecederia a remediação cognitiva propriamente dita, cuja finalidade é informar o paciente sobre as características de sua patologia, para que este possa aceitá-la, compreendê-la e lidar com ela de um modo adequado. Sou recebido pela neuropsicóloga que a acompanharia ao longo de quatorze semanas, no âmbito de uma pesquisa clínica. Enquanto a esperamos, a neuropsicóloga me informa que se trata de uma pessoa bastante desorganizada, inativa e dependente dos cuidados dos seus familiares. A remediação cognitiva poderia ser um recurso importante no restabelecimento da organização de suas ações, capaz de levá-la (assim era esperado) a uma vida menos dependente e, conseqüentemente, mais autônoma. Após alguns minutos de conversa, a paciente adentra a sala de consulta. A psicóloga se dirige a ela:

- Bom dia, Mademoiselle<sup>2</sup> Cacoub Você leu a brochura que lhe demos na última semana, contendo informações acerca do programa que você vai realizar conosco daqui em diante?

*Sim, eu li.*

- E você tem alguma questão com relação a isto?

*Não. Mas o problema é que a COTOREP<sup>3</sup> termina em Novembro de 2009.*

- Sim, mas por que isto é um problema? Você pode renová-la!

---

<sup>2</sup> Optou-se por não traduzir o pronome de tratamento francês Mademoiselle pelo pronome Senhorita, por dois motivos: primeiro, por uma razão estilística, para transmitir proximidade com o campo social no qual as observações estão inseridas. Em segundo lugar, para evitar um certo artificialismo na tradução, já que no Brasil o pronome “Senhorita” caiu em desuso na linguagem corrente. Optou-se também ao longo do texto por traduzir o pronome pessoal francês “vous”, utilizado entre pacientes e profissionais como sinal de respeito, polidez e distância, por “você”, com vistas a tornar a tradução mais fluida e natural para o leitor brasileiro.

<sup>3</sup> A COTOREP é um acrônimo para *Commission Technique d’Orientation et de Reclassement Professionnel*. Atualmente, esta comissão está integrada à *Maison Départementale des Personnes Handicapés*, órgão público responsável na França por prestações diversas, incluindo a distribuição de ajuda financeira para adultos considerados como portadores de algum tipo de deficiência, ou desvantagem, (ou *handicap*, como preferem os franceses, tomando de empréstimo o vocábulo inglês homônimo). Por esta razão, o termo COTOREP é utilizado correntemente pelos pacientes psiquiátricos para denominar a pensão que eles recebem mensalmente (de aproximadamente 600 euros), em função de seu diagnóstico de portadores de uma “desvantagem psíquica” [*handicap psychique*].

*Isto quer dizer que nesta data [em Novembro] eu estarei curada?*

- O que você acha?

*Eu não sei se estou verdadeiramente doente. Os outros me dizem [que sim], mas eu não sei se estou.*

- Mas o que você pensa, se considerarmos o conteúdo da brochura informativa que lhe foi dada na última vez?

*Que eu sou doente porque escuto vozes memorizadas. Mas, em contrapartida, no hospital psiquiátrico, eu participei de ensaios clínicos, tomei medicamentos que possuem efeitos terapêuticos... Por isto, eu me pergunto se já não estaria curada.*

- Quanto a mim, o que posso lhe dizer, em relação com o resultado dos testes que você fez com a Dra. Élodie Desplat, é que você tem dificuldades de memória, de atenção, de concentração...

*Eu sempre tive problemas de memória. Eu era muito jovem quando comecei a ir para a escola e nunca fui muito boa aluna.*

- Você tinha dificuldades para aprender textos, por exemplo?

*Sim, a TV me interessava mais que os textos [risos].*

- É bom poder ver TV, mas aqui a gente vai se concentrar em outras habilidades nas próximas 14 semanas que estaremos juntas. Os testes que a você fez com a Dra. Desplat colocaram em evidência as suas dificuldades de memorização, de atenção e de raciocínio; e a remediação cognitiva que faremos juntas terá como objetivo te ajudar a melhor memorizar informações, a focalizar a sua atenção, para que você aprenda melhor, para que você seja mais organizada e menos distraída.

### **A esquizofrenia como “categoria-esponja”**

Ao longo de sua história, a esquizofrenia, como categoria médica, foi representada de várias formas diferentes. Por exemplo, segundo Emil Kraepelin<sup>4</sup>, a *dementia praecox* era uma patologia hereditária, incurável e de evolução progressiva, marcada por uma “perda da unidade interna” que concernia as atividades do intelecto, da emoção e da volição. Para Freud, sobretudo em seu texto canônico sobre o narcisismo, a psicose era sinônimo de uma retirada do investimento libidinal voltado para os objetos e o seu retorno sobre o eu. Esta *regressão narcísica* levaria a uma importante “perda de realidade” e à perturbação de certas funções do eu. Nos anos 1930, o psiquiatra de orientação fenomenológica Eugène Minkowski definiu esta categoria como uma “perturbação da estrutura íntima do eu”, e os sintomas psicóticos como fenômenos secundários a esta perturbação primária. Mais tarde, o psicanalista Jacques Lacan pensou a *estrutura psicótica* como o efeito de um “acidente” no

<sup>4</sup> No fim do século XIX, Kraepelin engendrou o termo *dementia praecox* para nomear o conjunto de sintomas que mais tarde, em 1906, seria rebatizado com o nome de esquizofrenia pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler.

modo como os sujeitos se inserem na ordem simbólica da linguagem, gerada por uma falha da “função paterna”, fenômeno nomeado pelo autor de “forclusão do nome do pai”. Nos anos 1950 e 1960, certas correntes da psiquiatria psicodinâmica concebiam a esquizofrenia como uma desordem da personalidade derivada de uma reação patológica a um ambiente prejudicial, sobretudo no que concerne à relação mãe-filho<sup>5</sup>. Para um partidário da antipsiquiatria, como Thomas Szasz, a esquizofrenia era um mito, cuja criação tinha por função oculta a preservação de uma norma social dominante e o controle de toda diferença humana considerada como intolerável. Alguns representantes importantes da corrente sociológica do *construtivismo social*, como Mary Boyle (1990), compararam a categoria de esquizofrenia a um “delírio” construído por cientistas, cujo estatuto de “realidade” poderia ser desconstruído a partir de análises sociais, epistemológicas, lingüísticas, culturais, históricas. Os defensores da psiquiatria organicista, por sua vez, sempre tentaram encontrar os marcadores e os mecanismos biológicos subjacentes aos signos e aos sintomas existentes nesta categoria clínica, de modo a legitimá-la de uma vez por todas e colocar fim ao reino das controvérsias que a cercam. Afora estes exemplos, desde o final do século XIX, dezenas de outras teorias foram criadas na literatura psiquiátrica e antipsiquiátrica com vistas a dar conta desta entidade mórbida misteriosa que Kraepelin apelidou de “escuridão impenetrável”<sup>6</sup>.

O psiquiatra e antropólogo Robert Barrett sintetizou bem a pluralidade de descrições que sempre permeou esta categoria médica, ao afirmar que “a esquizofrenia é como uma esponja que absorve novas significações com a passagem do tempo” (BARRETT, 1998, p. 231). Cada nova descrição que lhe era atribuída se acompanhava de técnicas de cuidado específicos, que constituíam respostas médicas e para-médicas aos problemas colocados pelos tipos humanos identificados a esta entidade nosográfica. Mas que tipo de descrição para a esquizofrenia estaria em jogo, quando se observa o diálogo travado entre esta psicóloga e sua paciente, que abre a introdução desta tese? E que tipo de prática terapêutica derivaria desta maneira de se representar o problema da esquizofrenia? Em que contexto os déficits neurocognitivos podem emergir como uma dimensão relevante para esta categoria? Como tudo isto é produzido e negociado ativamente em um ambiente que conjuga a dupla missão de validar teorias sobre a esquizofrenia e tratar de pacientes com este diagnóstico?

---

<sup>5</sup> Entre estes modelos explicativos, a teoria da “mãe esquizofrenogênica” de Theodor Lidz se tornou o mais célebre, juntamente com a teoria do “duplo vínculo” [*double bind*] de Gregory Bateson, segundo à qual a esquizofrenia seria causada pela emissão repetida de mensagens contraditórias e conflitantes a crianças por seus familiares próximos.

<sup>6</sup> Sahakian (1986, pp. 110-125), por exemplo, cita mais de 20 teorias diferentes para a explicação dos fenômenos agrupados e nomeados pela categoria de esquizofrenia. Para um quadro histórico geral das principais teorias que visaram explicar a esquizofrenia, ver: GARRABÉ, J. 1992.

### *A esquizofrenia na era da “segunda psiquiatria biológica”*

A multiplicidade de definições, explicações etiológicas e respostas terapêuticas ao problema da esquizofrenia talvez se deva à posição difícil, instável e complexa que define historicamente a psiquiatria, como disciplina que se situa entre o biológico e o social, o objetivo e o subjetivo, o factual e o moral, o individual e o coletivo, sem nunca conseguir se desvincular inteiramente de um destes extremos, ou destas “duas mentes”, como definiu a antropóloga americana Tanya Luhrmann (2000). Pela complexidade mesma do seu objeto de estudo, e pela forma como construiu os seus problemas, a medicina mental se viu envolta historicamente em modelos transitórios, que nunca chegaram a uma estabilização suficiente para por fim às controvérsias e disputas ferrenhas inerentes ao campo. Mais do que formar “continentes de conhecimento”, o que se viu até o presente foi a fundação sucessiva de “arquipélagos de saber” que se distanciaram e se aproximaram mais ou menos uns dos outros em função de interesses comuns<sup>7</sup>. Assim, a exemplo de outras categorias psiquiátricas, a história da categoria de esquizofrenia não deve ser contada como a substituição progressiva, linear e teleológica de um modelo por outro, mas como o desenvolvimento contínuo de programas de pesquisa em paralelo (BERRIOS; LUQUE; VILLAGRÁN, 2003). Mesmo assim, é possível identificar correntes hegemônicas, que, de tempos em tempos, mobilizam a maior parte dos esforços intelectuais e financeiros de uma determinada geração.

A partir da década de 1980, a medicina mental entrou nitidamente em uma nova fase da sua história, que o historiador britânico Edward Shorter chamou de era da “segunda psiquiatria biológica”<sup>8</sup>. A publicação pela APA (American Psychiatric Association) do DSM-III, em 1980, é considerada como o marco simbólico mais expressivo desta mudança de paradigma, pois, segundo os seus defensores, a adoção deste manual seria o passo inicial para se estabelecer uma linguagem unívoca e universal na medicina mental, independente de sistemas locais de compreensão e explicação, que seriam supostamente os responsáveis pela fragmentação do campo psiquiátrico. Nesta perspectiva, isto seria a condição para o avanço do conhecimento científico acerca das patologias mentais, uma vez que apenas com a unificação dos critérios diagnósticos e com o afastamento de modelos etiológicos especulativos, poder-se-ia acumular dados empíricos fiáveis, realizar estudos multicêntricos e,

---

<sup>7</sup> Para uma história da psiquiatria e da transformação das categorias psiquiátricas, ver: BERRIOS, G. (1996); SHORTER, E. (1997); QUETEL, C. (1991); GROB, G. (2009).

<sup>8</sup> Segundo Shorter, a era da “primeira psiquiatria biológica” equivale àquela que antecede a influência das teorias psicodinâmicas sobre a medicina mental. O argumento principal de Shorter é que a psiquiatria sempre tendeu a ser biológica e que a influência da psicanálise é que seria uma anomalia, ou um “hiato”, como ele diz, na história desta disciplina (SHORTER, 1997).

assim, compreender os mecanismos em jogo nos fenômenos psíquicos mórbidos, a fim de tratá-los de um modo adequado<sup>9</sup>. Acompanhando a fundação de um novo “jardim das espécies patológicas” promovida pelo DSM-III<sup>10</sup>, os anos 1980 foram cruciais para a intensificação e a popularização de pesquisas acerca da fisiopatologia das perturbações mentais, sobretudo através do apoio sobre a biologia molecular e do avanço das neurociências<sup>11</sup>. A esquizofrenia, juntamente com o autismo, talvez tenha sido a categoria psiquiátrica a sofrer o maior impacto desta virada que sobreveio com os anos 1980 e se intensificou a partir dos anos 1990, no que concerne a explicação da sua etiologia e dos mecanismos fisiopatológicos implicados em sua produção.

### **A esquizofrenia como encarnação da noção de sujeito cerebral**

“O cérebro forma a essência do que nos define como seres humanos. Compreender a sua estrutura e o seu funcionamento equivale a compreender a nós mesmos”<sup>12</sup>. As palavras aqui transcritas são da psiquiatra e pesquisadora Nancy Andreasen, ex-editora-chefe do *The American Journal of Psychiatry*, e uma das mais influentes especialistas em esquizofrenia nas últimas décadas. Esta frase condensa um imaginário coletivo que se tornou extremamente

<sup>9</sup> No modelo descritivo proposto pelo DSM III e pelos seus sucessores, o diagnóstico da esquizofrenia se daria com base na apresentação de sinais e sintomas específicos, sem qualquer referência a teorias, ou hipóteses etiológicas. De acordo com o DSM IV-TR, que, juntamente com o CID 10, constitui o manual de psiquiatria mais influente da atualidade, o diagnóstico de esquizofrenia requer a presença durante o período de um mês de pelo menos dois dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento bizarro ou catatônico, e sintomas negativos (e.g. embotamento afetivo, mutismo, anedonia, apragmatismo, retraimento social, etc.). Apenas um sintoma é suficiente para o seu diagnóstico, caso este sintoma consista em delírios bizarros, alucinações de vozes comentando o pensamento e o comportamento do sujeito, ou alucinações de uma ou mais vozes conversando entre si. Além desta caracterização sintomática, o DSM IV-TR requer ainda que o sujeito tenha sofrido uma deterioração social e ocupacional durante o período de pelo menos seis meses e que sejam excluídos a possibilidade do diagnóstico de uma perturbação do humor com feições psicóticas, como o transtorno esquizoafetivo, o abuso de substâncias psicotrópicas, ou outras condições médicas gerais. (DSM-IV-TR, *American Psychiatric Association*, 1994)

<sup>10</sup> O DSM-III expandiu enormemente a quantidade de categorias psiquiátricas existentes. Toda uma gama inédita de transtornos foram criados, como o transtorno do estresse pós-traumático, o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, e assim por diante. Para alguns, como Peter Conrad (2007) e Peter Conrad e Joseph Schneider (1980), a multiplicação de categorias promovida pelo DSM-III (e aumentada pelo DSM-IV) representaria um movimento de medicalização da sociedade, isto é, de expansão do escopo da psiquiatria para questões que antes não se considerava como pertencendo à alçada do saber médico. Já outros, como Horwitz (2002) e Horwitz e Mayes (2005), sustentam que o DSM-III apenas se re-apropriou de uma demanda por cuidados psiquiátricos que já existia no período anterior, e que havia sido produzida pela psiquiatria psicodinâmica, uma vez que esta foi responsável pela inclusão na esfera da medicina mental de problemas quotidianos tão diversos como as angústias na profissão, os relacionamentos em crise, a baixa auto-estima, o medo de figuras de autoridade, etc. Nesta perspectiva, a grande novidade trazida pelo DSM-III teria sido a subdivisão e a categorização de condições sociais e individuais, que antes eram tratadas com apoio em uma teoria dimensional do sofrimento psíquico.

<sup>11</sup> Como nos sugerem alguns autores, como Young (1995) e Kirk e Kutchins (2008), apesar do seu propalado “a-teorismo”, os DSMs III e IV tem como projeto implícito a organização do campo psiquiátrico para facilitar o avanço das pesquisas sobre as bases genéticas e neurobiológicas das categorias ali estabelecidas. Neste sentido, mesmo sem o dizer explicitamente, o modelo de pesquisa defendido por estes manuais favoreceria uma tomada de posição em prol do estabelecimento de etiologias biológicas para as perturbações mentais, relegando as teorias psicogênicas e psicossociais para um plano secundário, ou pré-científico.

<sup>12</sup> ANDREASEN, N. “Exploring the Mind and Brain in Health and Disease”. Disponível em: <<http://www.schizophrenia.com/research/andreasen.htm>>. Acesso em out. 2010.

popular a partir da década de 1980 nos Estados Unidos, e a partir da década de 1990, no resto do mundo: a de que a compreensão da condição humana deve passar necessariamente pela compreensão da estrutura e do funcionamento cerebral. Apesar de ser uma consequência do desenvolvimento incrível que as pesquisas em neurociências conheceram nas últimas décadas – em grande parte, graças à elaboração de novas metodologias de pesquisa, como os *scanners* cerebrais –, a frase de Andreasen expressa também um *a priori* ontológico, que se situa para além, ou aquém, da acumulação de dados empíricos produzidos pelo avanço tecnológico recente. Este *a priori* supõe que, uma vez explicado o cérebro por inteiro, teríamos a compreensão última de temas complexos como a sociabilidade humana, as emoções, os sentimentos morais, as ações individuais e, por extensão, dos mecanismos responsáveis pela produção das patologias mentais.

O sucesso deste tipo de idéia nas sociedades ocidentais avançadas atraiu a atenção de pesquisadores em ciências sociais, preocupados com as suas origens e, sobretudo, com as suas consequências sociais. Apesar da pluralidade de abordagens deste novo campo de estudos em formação, uma noção tornou-se central: a de que o desenvolvimento espetacular das neurociências estaria fazendo emergir na cultura um “sujeito cerebral”, isto é, uma representação coletiva, segundo a qual os indivíduos tenderiam a interpretar as próprias ações e sentimentos, bem como a de seus semelhantes, em função de determinadas características cerebrais<sup>13</sup>. Embora seja ainda difícil avaliar a consistência e a intensidade desta metáfora, ou figura antropológica, estima-se que o novo “sujeito cerebral” estaria em vias de substituir (ou de se acrescentar a) o antigo “sujeito psicológico”, consolidado no Ocidente a partir da segunda metade do século XIX. Compreender sentimentos de tristeza e de vazio interior como falta de serotonina, por exemplo, teria passado a fazer parte do quotidiano das sociedades avançadas, com a mesma intensidade que as noções de resistência, repressão e fantasia serviram à cultura popular do século XX para explicar condutas e sentimentos humanos complexos. Neste sentido, novos “jogos de linguagem” estariam sendo criados, reproduzidos e negociados na atualidade, tendo o cérebro como objeto privilegiado da atenção não só de especialistas, como da população leiga.

Dentre as patologias mentais, a esquizofrenia talvez seja a que melhor tenha encarnado a figura do sujeito cerebral. A representação científica mais prevalente na

---

<sup>13</sup> Para uma introdução ao tema do sujeito cerebral, ver Vidal (2005a; 2005b) e Ehrenberg (2004b). Para um estudo sociológico crítico das “neurociências sociais”, ver Ehrenberg (2008). Para uma abordagem sociológica da popularização das tecnologias de neuro-imageamento nos Estados Unidos e suas consequências sócio-antropológicas, ver Dumit (2004). Para uma discussão filosófica recente da adoção da posição naturalista na medicina mental, ver Pierre-Henri Castel (2009). Para uma análise de questões éticas relacionadas ao desenvolvimento atual das neurociências, ver: Racine e Illes, (2006). Para uma etnografia das neurociências em ação, ver Moutaud (2009) e Beaulieu (2002; 2004).

atualidade para esta categoria é a que a considera como um transtorno neurodesenvolvimental, que engendraria problemas no processamento de informações advindas do mundo externo e, conseqüentemente, todo o espectro de problemas que se reconhece como fazendo parte desta categoria<sup>14</sup>. Se essa tendência ao “preferencialismo neuronal” é facilmente constatada, a forma como esta naturalização se opera, as questões que ela mobiliza, as suas finalidades práticas, o seu contexto institucional e as suas conseqüências antropológicas no modo de os sujeitos se auto-descreverem ainda estão longe de ser claros. Seria, assim, tão evidente conceber a categoria de esquizofrenia como um problema cerebral? Ou este tipo de concepção deveria ser ativamente produzida e negociada, quando se está observando a vida social de uma equipe de pesquisa dedicada a este tema? Se, como definiu classicamente a filósofa Elizabeth Anscombe (2000), toda ação humana só é possível mediante descrições, como a geração de novas descrições para a esquizofrenia poderia reorientar a ação de especialistas no seu tratamento, bem como modificar o comportamento de pacientes? Dito de outra forma, que conseqüências práticas poderiam existir ao se conceber a esquizofrenia como uma patologia neurodesenvolvimental, que produziria problemas no processamento de informações vindas do mundo externo e, conseqüentemente, dificuldades de inserção social dos portadores deste diagnóstico?

### **Esquizofrenia, déficits neurocognitivos e a sua remediação.**

Este trabalho toca estas questões a partir de um estudo de caso, fruto de entrevistas e observações participantes oriundas do período em que se frequentou na posição de antropólogo uma unidade de pesquisas francesa especializada no estudo da esquizofrenia. Entre as atividades desenvolvidas pelas equipes que compunham esta unidade, interessou-se por uma pesquisa clínica que visava a validação de uma prática de tratamento inovadora para a esquizofrenia, concebida a partir da unificação de dados extraídos da pesquisa fundamental em neurociências, chamada de “remediação cognitiva”.

---

<sup>14</sup> Refiro-me aqui a uma tendência, ou um “tipo ideal” que, evidentemente, deve ser nuançado quando atualizado em situações individuais. Entre o “todo cerebral”, o “todo psicológico” e o “todo social”, existem matizes, ecumenismos e posições deflacionadas. Entretanto, convido o leitor a consultar o conteúdo das últimas décadas de periódicos especializados importantes, como o *Schizophrenia Bulletin*, ou o *Schizophrenia Research*, para que tire as suas próprias conclusões. Chung, Fulford e Graham (2007, p. 4) apelidaram esta tendência de “preferencialismo neuronal” [*neural preferentialism*], isto é, a visão de que os processos neurobiológicos são as causas mais próximas e imediatas para esquizofrenia e que, portanto, devem ter uma um privilégio epistêmico na nossa compreensão deste fenômeno psicopatológico, em detrimento de outras abordagens não centradas sobre o estudo e explicação destes processos.

Optou-se por acompanhar esta pesquisa por duas razões: em primeiro lugar, isto seria uma forma de observar não apenas aquilo que as neurociências cognitivas dizem, mas sobretudo aquilo que elas fazem com as suas teorias e hipóteses. Em segundo lugar, porque o acompanhamento de um protocolo de pesquisa, comprometido com os ideais de uma psiquiatria baseada em evidências, poderia tornar visível as tensões e dificuldades deste campo, que oscila entre o que Tanya Luhrmann chamou de “duas mentes”: uma, ligada à busca de universalidade e de independência lógica, própria das entidades naturais; outra, ligada à singularidade e à extrema dependência de contextos locais, que caracteriza a interpretação de uma ação humana, e a atividade clínica, de um modo geral. Acompanhar esta pesquisa era, portanto, uma oportunidade para ver em ação a forma como a medicina mental tenta naturalizar as categorias que cria e, ao mesmo tempo, as dificuldades e controvérsias emergentes desta tentativa de naturalização.

A criação e a aplicação de técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia é uma consequência de novas descrições recentes para esta categoria clínica, segundo as quais o seu núcleo central seria composto, não pelos clássicos sintomas positivos (delírios, alucinações, comportamentos bizarros, etc.) e negativos (embotamento afetivo, isolamento social, apatia, etc.), mas por déficits cognitivos que tocariam funções neuropsicológicas como a atenção, a memória e as funções executivas<sup>15</sup>. Estes déficits seriam a principal causa do disfuncionamento social [*social impairment*] que geralmente acompanha as pessoas que carregam este diagnóstico<sup>16</sup>. Uma vez que os medicamentos neurolépticos e as terapias disponíveis não agem sobre esta dimensão deficitária recentemente colocada em evidência, técnicas de remediação cognitiva (também chamadas de técnicas de reabilitação cognitiva) inspiradas em programas de reabilitação da clínica neurológica, foram elaboradas nos últimos quinze anos para justamente dar conta disto que é tido como um dos principais obstáculos à inserção destes sujeitos no circuito da vida social ordinária<sup>17</sup>. Mas por que os déficits cognitivos passaram a ser pensados como estando no cerne desta entidade nosográfica? Em que contexto se faz necessário o desenvolvimento de programas de remediação cognitiva aplicados à esquizofrenia? Que razões sustentadas por um grupo de pesquisa justificariam estas práticas e descrições?

---

<sup>15</sup> Ver, por exemplo: GREEN, M. 2000; GREEN, NUECHTERLEIN, 1999; O’CARROL, 2000.

<sup>16</sup> Dois artigos, freqüentemente citados na literatura médica que associa os déficits cognitivos à esquizofrenia, sustentam esta posição: Green 1996 e, mais recentemente, Green, R.S. Kern e R.K. Heaton, 2004.

<sup>17</sup> Destinadas inicialmente ao tratamento de pacientes com lesão cerebral, à partir dos anos 1990 estas técnicas começaram a ser empregadas no tratamento de certos transtornos psiquiátricos, sobretudo o TDAH, o transtorno bipolar e a esquizofrenia.



No final de 2008, um protocolo de pesquisa foi lançado na França, tendo por objetivo a validação científica de uma destas técnicas. Desenvolvida por uma equipe suíça de Lausanne, ela incorpora programas de computador voltados para o treinamento cognitivo e exercícios em domicílio. A aposta era a de que um treinamento regular e contínuo de funções como a memória, a atenção, a planificação e a execução de ações, poderia otimizar a sua performance e, assim, diminuir as dificuldades encontradas pelos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos na sua vida quotidiana.

Na escolha desta pesquisa francesa como objeto de investigação, manteve-se a intenção de fornecer uma “descrição densa”<sup>18</sup> dos fatos observados, isto é, uma descrição contextualizada que se diferenciava de dois pontos de vista comuns quando se entra neste campo: o primeiro sustenta que estas representações médicas e as práticas que delas derivam são o resultado imediato de uma descrição mais acurada e mais próxima de uma realidade que antes se encontrava escondida por nossa ignorância e pela falta de dados empíricos suficientes. As origens metafísicas desta posição impendem que vejamos o caráter agonístico implicado na produção de qualquer fato científico, mais ainda se levarmos em conta a complexidade que envolve o campo da medicina mental. O segundo concebe estas práticas e representações como formas veladas de manter uma ordem normativa e controlar os sujeitos desviantes pelo uso ilegítimo de termos médicos. O caráter “paranóico” desta tese geral impede que se observe a margem de ação e a constante negociação destas práticas e representações pelos atores sociais (tanto pacientes, como profissionais), o que frequentemente simplifica uma descrição que deveria ser “densa”.

A perspectiva escolhida neste trabalho concebe estas representações médicas e técnicas terapêuticas de um ponto de vista pragmático, isto é, como a produção de um arsenal de jogos de linguagem e práticas de cuidado gerados por um determinado grupo social para lidar com os problemas colocados por tudo àquilo que envolve a categoria de esquizofrenia. Sendo o grupo social observado uma equipe de pesquisa, entre estes problemas se encontra a estabilização de uma determinada representação médica para esta a categoria. Como se procurou mostrar, esta estabilização não era alcançada de uma forma linear, mas deveria ser produzida ativamente, colocando-se como o resultado final de uma longa cadeia, ou rede, que envolveria múltiplos fatores, como: a obediência a exigências institucionais, a aquisição de subvenções, a adoção de estratégias metodológicas de ordenação de realidades complexas, a

---

<sup>18</sup> A noção de “descrição densa” é sugerida por Clifford Geertz (1973, p. 3-30) como a tarefa sócio-antropológica por excelência, que tenta dar conta de um fato social pela descrição do seu contexto, e das relações complexas que ele estabelece com tudo àquilo que o cerca.

criação de redes de trabalho, o equilíbrio de interesses, o compromisso com um determinado estilo de pensamento, etc. Ao mesmo tempo, por se tratar de uma prática terapêutica inovadora, os métodos de remediação cognitiva têm que ser justificados como uma solução válida para lidar com as questões colocadas pelos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos na atualidade, contexto marcado fundamentalmente pelas dificuldades de inserção desta população no circuito da vida quotidiana, como trabalhar, construir laços sociais e ter uma vida autônoma. Como tudo isto se articulava em um protocolo de pesquisas para a validação de um novo método remediação cognitiva? Em função de que interesses e necessidades práticas? Eis algumas das questões gerais perseguidas neste trabalho.

### **Da definição dos objetivos e a estrutura da tese**

A partir de visitas sucessivas a uma das unidades de pesquisa responsáveis por esta tentativa de validação em curso, obteve-se a autorização para acompanhar como observador participante as atividades que ali eram desenvolvidas. Tomando esta pesquisa para a validação de uma técnica de remediação cognitiva aplicada à esquizofrenia como ponto de partida, estabeleceu-se como objetivos:

- A descrição do contexto científico e institucional em que esta pesquisa se realizava: como esta unidade de pesquisa se organizava, no que concerne a sua política científica, sua rede de colaboradores nacionais e estrangeiros, suas fontes de financiamento e suas regras administrativas? Quais outras pesquisas eram ali desenvolvidas e quais relações existiam entre elas e a pesquisa sobre a remediação cognitiva?
- A descrição da racionalidade implicada na pesquisa para a validação desta técnica: qual a importância da validação científica de um método deste tipo? Como o protocolo de pesquisa foi concebido? O que era considerado como uma prova neste tipo de pesquisa? Como estas provas se articulavam às teorias e aos modelos sobre a neuropsicologia da esquizofrenia? Como se organizava a realidade de modo a produzir determinados enunciados considerados como válidos?
- A descrição desta técnica em ação, como prática clínica: o que significava, na prática, remediar as funções cognitivas de alguém? Que modelos de mente estariam por trás destas práticas? Como se dava a interação deste arsenal de práticas e discursos com os pacientes? Que mutação antropológica na forma de se conceber como um portador de

esquizofrenia poderia existir no encontro com estras práticas? Em que contexto os déficits cognitivos se faziam presentes como uma categoria prática a se remediar?

Se na atualidade o tema do impacto das neurociências e das ciências cognitivas sobre o modo de compreender os seres humanos e de explicar as suas experiências e condutas suscita cada vez mais o interesse de pesquisadores em ciências humanas e sociais, poucos trabalhos se consagram à investigação empírica do modo de produção destas pesquisas e teorias. Ao descrever estes aspectos de uma pesquisa clínica em psiquiatria, guiada por modelos e teorias cognitivistas, espera-se contribuir para a compreensão de algumas condições de possibilidade científicas, institucionais e culturais deste tipo de método de cuidado. Porque estas práticas, assim como os modelos que as inspiram, não podem ser isolados do contexto complexo em que são configurados. A observação *in situ* é um instrumento privilegiado para compreender as questões colocadas pelos pesquisadores, os instrumentos que eles mobilizam para conseguir respondê-las, os problemas aos quais eles são confrontados neste percurso e algumas conseqüências práticas da aplicação terapêutica de teorias criadas no âmago das neurociências cognitivas.

No que concerne a arquitetura da tese, foram redigidas três partes interdependentes. Na primeira parte, foi exposto o contexto institucional em que esta pesquisa se desenvolveu. Isto era uma forma de tornar claras as regras implicadas na produção de um fato científico deste tipo e situar esta unidade de pesquisas na paisagem da produção de conhecimentos e práticas no campo psiquiátrico francês contemporâneo. Procurou-se mostrar como, neste contexto, o estabelecimento de fatos e enunciados estabilizados era o produto final de uma negociação permanente em que o desejo de produzir conhecimento de ponta se unia à necessidade de construir alianças, obter financiamentos, publicar artigos em revistas bem classificadas, expandir suas atividades de pesquisa, obter reconhecimento local, etc. A defesa de uma determinada concepção da esquizofrenia não se daria espontaneamente, mas seria o produto final da rede de interesses a serem satisfeitos dentro de uma certa *cultura epistêmica*.

Na segunda parte da tese, se procurou mostrar como o protocolo de pesquisa acompanhado se insere na história dos ensaios clínicos controlados. A intenção principal desta parte foi descrever como uma *rede sociotécnica* teve que ser articulada para permitir a validação de um método de remediação cognitiva, e como estratégias metodológicas tiveram que ser adotadas para se produzir resultados afinados com um determinado estilo de pensamento em voga na psiquiatria baseada em evidências. Estas estratégias deveriam tentar

contornar as vicissitudes da posição anômala ocupada pela psiquiatria no seio do restante das disciplinas médicas.

A terceira parte da tese se concentrou sobretudo sobre as práticas em jogo neste protocolo de pesquisa, e o cotidiano daquele grupo. Como avaliar uma mente disfuncional? Como remediar uma mente disfuncional? Como os enunciados e a retórica da validação científica se confrontava com a prática quotidiana destes métodos? Em que medida estes discursos e práticas interagiriam com os pacientes, de modo a propor uma nova forma de ser um portador de esquizofrenia? Em que contexto esta nova forma de se descrever a esquizofrenia faria sentido?

### *Notas metodológicas*

O material empírico foi recolhido durante os 18 meses que se frequentou a unidade INSERM de Sainte Anne. Ao longo deste período, o trabalho de campo foi marcado por duas fases: inicialmente, realizou-se entrevistas exploratórias com os coordenadores das diversas equipes de pesquisa que compunham esta unidade. Neste período, foi possível ter uma idéia do conjunto das atividades de pesquisa ali desenvolvidas e dos modelos teóricos integrativos que faziam daquelas equipes dispersas uma “unidade”. O segundo momento do trabalho de campo foi marcado pela escolha em seguir de maneira aprofundada uma equipe de pesquisa em particular. Neste momento, tomou-se a decisão de acompanhar o protocolo para a validação de um novo programa de remediação cognitiva. Isto porque estas técnicas não se limitavam ao que as neurociências cognitivas diziam, mas às suas conseqüências práticas no tratamento de uma categoria psiquiátrica específica. Durante este período, que durou aproximadamente 12 meses, participou-se do cotidiano desta equipe, conversando regularmente com seus coordenadores, psicólogos, enfermeiros e pacientes. 21 entrevistas semi-estruturadas, com duração média de 1 hora, foram realizadas com 16 dos pacientes incluídos no protocolo. 4 pacientes foram acompanhados regularmente, ao longo de boa parte do seu percurso na pesquisa, inclusive durante as sessões de remediação cognitiva. Além disto, se teve acesso livre às reuniões de equipe. Além de entrevistas formais com pacientes e profissionais, utilizou-se o recurso das conversas informais, que muitas vezes, pela descontração da situação, propiciavam a extração de dados diferentes daqueles que se obteria em um âmbito formal. Um levantamento da bibliografia primária relacionando déficits cognitivos, esquizofrenia e remediação cognitiva completou a coleta de material empírico desta tese.

Todo trabalho de campo, de cunho etnográfico, é baseado em um encontro de idéias, afetos, percepções e valores humanos. O relato que resulta deste encontro é sempre encarnado, ou balizado por uma perspectiva particular. Para ser honesto com o próprio fundamento do método antropológico, é necessário se admitir que a perspectiva do observador não deve ser encarada como um “ponto de vista de lugar nenhum”, para se utilizar o oximoro de Thomas Nagel. Contrariamente, como sublinha Louis Dumont (1983, p. 13), “o *observador* é uma parte obrigatória da observação” (grifo do autor), algo que se torna intrínseco ao próprio objeto. Digo isto, pois, neste trabalho, a posição do observador em questão foi especialmente importante na coleção, na organização, e na interpretação final dos dados. Isto por razões que envolvem a história do ambiente onde este observador foi socialmente formado, e as redes de interlocução que favoreceram a constituição de um certo olhar. Em primeiro lugar, é preciso dizer que este observador não possuía um treinamento prévio em métodos de pesquisa etnográfica, mesmo que tivesse uma familiaridade com a leitura de livros e artigos científicos ligados a este tema. Em segundo lugar, é necessário dizer que este observador havia sido formado justamente no interior do campo de discursos e práticas que, neste trabalho, é tomado como objeto de estudo, a saber, o campo da pesquisa e da clínica dos fenômenos mentais mórbidos. Dito de uma forma mais simples, ele era psicólogo clínico de formação. Desta forma, antes do seu interesse pelo método antropológico, estava o seu interesse por um objeto de estudo: o que se chama de patologia mental e as suas formas de tratá-la. Portanto, neste devir antropólogo do psicólogo clínico, mudou-se o método e o enfoque, mas não o objeto.

Isto por si só já deveria ser levado em conta na avaliação do teor dos dados recolhidos e das interpretações avançadas. Entretanto, existe ainda um complicador a mais na posição ocupada por este observador. Ele se deve ao fato de o universo da pesquisa e da clínica dos fenômenos mentais mórbidos ser historicamente caracterizado como um campo de batalha, marcado por antagonismos e posições ideológicas divergentes, freqüentemente carregados de afeto e acusações recíprocas. O ambiente em que o tal observador foi formado (faculdade de psicologia da URFJ, de 1999 a 2004), era especialmente propício a este tipo de polarização, como se a identidade do “nós” só pudesse se produzir por oposição a “eles”. E, no caso do observador em questão, o “nós” era composto por uma concepção de clínica e de pesquisa que valorizava o que nas perturbações mentais havia de singular, de pessoal, de contextual, de subjetivo, contra o “eles”, que se interessavam pelos aspectos universais, impessoais, a-significantes, objetivos, destes mesmos fenômenos. Sendo mais claro ainda, o “nós” era composto pelo campo intelectual afinado com a psicanálise, a psicologia social e a

filosofia política (sobretudo o legado de Foucault), ao passo que o “eles” era formado pelas terapias cognitivo-comportamentais, pelos testes psicométricos e pela corrente reducionista das neurociências cognitivas. Se o grupo do “nós” considerava o “eles” como politicamente conservadores e intelectualmente limitados, “eles” viam o “nós” como radicais, ingênuos, além de cientificamente inconsistentes. Colocado assim o problema, havia muito pouca abertura para o diálogo e o ponto de vista do outro era rechaçado de antemão.

Ao chegar em Sainte Anne, este observador se viu com a difícil tarefa de trabalhar no meio “deles” na posição de antropólogo observador. Ao final da primeira semana de entrevistas exploratórias para preparar o campo, ficou claro que esta tarefa implicaria necessariamente em assumir uma outra *persona*, situada mais além do jogo de oposições pré-estabelecido por sua formação. Caso contrário, o seu projeto estaria fatalmente fadado ao fracasso, uma vez que marcado por um olhar demasiado preconceituoso para conseguir estabelecer um diálogo com aquela “tribo exótica”, necessário neste tipo de abordagem. Foi assim que se procurou assumir desde o início um olhar distinto, distanciado por meio de uma disciplina quotidiana, pautada pelo que em filosofia se apelidou de *princípio de caridade*, em que o discurso do outro não é desacreditado *a priori*, mas considerado em sua racionalidade interna, plenamente coerente com as crenças e desejos daquele grupo humano. Em suma, buscou-se assumir uma posição caracterizada por uma abertura para o outro, diferente daquela até então ocupada, marcada pelo fechamento e pela rejeição pré-estabelecida.

A primeira medida adotada se deu no plano das apresentações formais: o observador não mais se apresentava à equipe e aos pacientes de Sainte Anne como psicólogo clínico, mas como um antropólogo interessado nas práticas e representações em jogo no campo da medicina mental. Esta máscara social lhe dava liberdade para conversar com os profissionais, sem se preocupar com o fundo de disputas ideológicas inerentes ao campo. Em pouco tempo, mesmo aqueles que sabiam da sua formação inicial se esqueceram das suas origens e passaram a tratá-lo como um profissional de um campo externo, o das ciências sociais, preocupado com questões estranhas à atividade quotidiana dos psicólogos clínicos, psiquiatras e pesquisadores daquele local. Acredito que isto, por si só, mudou o teor dos relatos e facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança mútua.

A segunda medida importante deu-se na postura diante dos profissionais que compunham o serviço. Procurou-se a todo instante extrair dos seus atos e palavras a melhor interpretação possível, que contribuísse para o alargamento das possibilidades de compreensão dos motivos e razões que eles possuíam para agir e pensar de um determinado modo. Ao fazer isto, o observador deixou um lugar que lhe conferia o que Viveiros de Castro

chamou de *vantagem epistemológica* com relação ao “nativo”, para se engajar na observação das *práticas de sentido* empreendidas quotidianamente pelo grupo observado. Esta posição se *simetria epistemológica* procurada pelo observador não implicava, entretanto, em concordar com as tais *práticas de sentido* em jogo naquele campo. Afinal, como afirma o antropólogo brasileiro, “não se trata de chegar ao consenso, mas ao conceito” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 119). Especialmente em se tratando os “nativos” de uma equipe de pesquisa de alto nível, treinada em metodologias científicas de investigação, isto é, de um grupo que expressa a mentalidade geral do Ocidente industrializado, com cosmologias e ontologias comuns ao observador em questão. Diferentemente, seguindo os conselhos de Bruno Latour, procurou-se tratá-los como “informantes” cujos discursos devem ser colocados em questão pelo antropólogo. Caso contrário, o que se encontraria seriam justamente os jogos de linguagem da “epistemologia popular” ocidental, que divide espontaneamente o mundo entre natureza e cultura, indivíduo e sociedade, saber científico e opinião, verdade e erro... Como dizem Latour e Woolgar (1996), não colocar em questão este tipo de discurso seria o mesmo que investigar uma aldeia da Amazônia em que todos tivessem lido *As Estruturas Elementares de Parentesco*.

Entretanto, restava saber o que o observador entendia por “colocar o discurso do outro em questão”. De acordo com o esforço empreendido neste trabalho, tratou-se de adotar um olhar que se situasse para além da concordância, ou da discordância com o objeto. Ao invés de reproduzir o discurso adotado por aquele grupo para justificar as suas práticas e teorias, tal como eles mesmos expressavam em suas conferências ou artigos científicos, procurou-se observar o que se situava à margem desta coerência e organização auto-atribuída, em cenas quotidianas, fragmentárias, não necessariamente calculadas e pré-ordenadas. Aliás, tomou-se a coerência e a organização atribuída a suas práticas e discursos, não como um dado presente *a priori* nos objetos que aquela equipe pesquisava, mas como o produto final de uma atividade árdua e disciplinada, regida por normas de ação que incluíam métodos, estratégias de justificação, enunciados e práticas herdadas dos seus pares e antepassados.

Ao final da parte empírica de coleção de dados, o observador se deu conta de que, para além do material a ser usado em uma tese de doutorado, algo de pessoalmente valioso havia se produzido naquele encontro. Se a oposição “eles-nós” não havia sido inteiramente dissipada, pelo menos teria sido deflacionada. Algo daquele grupo fora incorporado ao próprio observador, como em um ritual antropofágico às avessas. Alguns daqueles “silvícolas”, dotados de práticas e pensamentos antes tidos como bárbaros, acabaram até por

se tornar amigos, pela força da convivência. Sujeito e objeto foram ali modificados, pelo simples fato de estabelecerem uma relação de afetação recíproca.

Neste “devir antropólogo” do psicólogo clínico, o observador acabou por se transformar em um ser híbrido, sem identidade definida; nem antropólogo por inteiro, nem completamente psicólogo. Esta posição de fronteira pôde fazer emergir uma perspectiva sobre o que ele viu, leu e ouviu. Entretanto, aquele que ler este relato deveria levar em conta o modo como esta perspectiva foi criada e a história das interações que a engendraram. Isto é indispensável para se identificar a posição em que o olhar do narrador se situa. Somente assim é possível compreender em que contexto e com que impurezas o objeto antropológico em questão foi construído, para além da ficção do “objeto real”, este sim independente de qualquer descrição humana.



## 1 CONTEXTO INSTITUCIONAL DE UMA UNIDADE DE PESQUISA EM PSQUIATRIA NA FRANÇA

*If you want to understand what a science is, you should look in the first instance not at its theories or its findings, and certainly not at what its apologists say about it; you should look at what the practitioners of it do.*

Clifford Geertz

*2.14. What constitute a picture is that its elements are related to one another in a determinate way.*

Ludwig Wittgenstein

De acordo com Clifford Geertz, a função do antropólogo é construir uma “descrição densa” [*thick description*] para uma determinada realidade onde ações individuais, ou grupais, são desempenhadas (GEERTZ, 1973). Esta noção, tomada de empréstimo do filósofo Gilbert Ryle, refere-se à tentativa de captar, interpretar e expressar o sentido de ações humanas observadas. Para o antropólogo americano, uma descrição densa só existe quando acompanhada de uma descrição do contexto onde elas, as ações, se desenrolam. Em outras palavras, uma descrição densa é uma descrição contextualizada, ou inserida em um ambiente que lhe forneça significado. Geertz acredita que quando se descreve uma ação isolada do seu contexto local de significação, ela permanece ininteligível, tal como os hábitos de um povo distante vistos pelos olhos de um estrangeiro que acabou de chegar de viagem. Desta forma, multiplicar as descrições do contexto de uma ação é essencial para que se amplie as possibilidades de compreensão da rede de motivos, desejos e crenças que levam indivíduos, ou grupos, a agir de uma certa maneira, em um determinado sentido.

Esta primeira parte da tese cumpre uma função estratégica inspirada pela noção de descrição densa, tal como esta foi definida por Clifford Geertz. Deseja-se aqui prover informações acerca do contexto local em que se desdobrou o protocolo de pesquisa que acompanhei. A sua razão de ser é alargar as possibilidades de compreensão das razões e dos motivos que levaram a equipe de pesquisa com quem trabalhei a se interessar pela aplicação das técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia.

O olhar analítico aqui assumido marca uma clara diferença com relação à “imagem clássica da ciência”, que a enxerga como uma atividade eminentemente formal que gera e

acumula conhecimento através de um confronto direto com um “mundo natural”, a espera de ser descoberto, ou idealmente representado, tal como ele é. Diferentemente, procurou-se adotar uma perspectiva que encontrasse ressonância no projeto geral dos chamados Estudos da Ciência e da Tecnologia (ou STS – *Science and Technology Studies*), que consideram a ciência e a tecnologia como atividades sociais por princípio, na medida em que os seus membros fazem parte de uma comunidade, regida por normas de pertencimento, em que padrões de investigação e avaliação das pretensões ao conhecimento são produzidos e reproduzidos, em função de uma rede complexa de conflitos e interesses. No caso específico da remediação cognitiva, pressupõe-se que apenas em um determinado ambiente sócio-institucional, em que regras, exigências e desejos são oferecidos aos atores sociais como justificação para as suas ações, é possível conceber uma prática terapêutica nestes moldes. Este ambiente propicia a reprodução de um estilo de raciocínio particular (o estilo biomédico de pesquisa em psiquiatria), que é motivado, tanto por teorias e concepções abstratas, extraídas das neurociências cognitivas e da genética psiquiátrica, como por exigências práticas e obediência a rituais de pertencimento a uma certa *cultura epistêmica* local. A articulação destes fatores desembocará, como se procurou mostrar, na produção final de determinadas práticas – dentre as quais se destaca a remediação cognitiva – e enunciados inovadores acerca da categoria de esquizofrenia.

Portanto, esta primeira parte tem por objetivo multiplicar as descrições para o contexto em que a equipe que observei se insere, isto é, o ambiente sócio-institucional de uma pesquisa clínica em psiquiatria tipicamente inspirada pelo modelo biomédico, em território francês. Com isto, espera-se lançar luz sobre o que representa construir um protocolo de pesquisa clínica em Sainte Anne, o que motiva os pesquisadores a trabalhar com determinadas metodologias de pesquisa, e como isto reflete em formas particulares de se conceber o problema da esquizofrenia e dos seus remédios.

## 1.1 A coabitação da clínica e da pesquisa em um mesmo local

### 1.1.1 Sainte Anne entre o passado e o futuro

A unidade de pesquisa que se observou fazia parte do célebre *Centre Hospitalier*

*Sainte Anne*. Criado no século XVII, este antigo centro hospitalar carrega em sua arquitetura externa as tensões e as mudanças pelas quais a medicina do mental passou ao longo de sua história.

Para chegar até a sua entrada principal, na *rue Cabanis*, o meu trajeto geralmente me obrigava a percorrer a *rue de la Santé*. Acompanhando esta rua em toda a sua extensão, existia um imenso e sólido muro de pedra, que contava com uns cinco metros de altura [ver figura 1]. Seu ar imponente, de barreira intransponível, remetia imediatamente à produção de um espaço interno inteiramente isolado do resto da cidade. O transeunte desavisado que por ali passasse, dificilmente conseguiria imaginar a função de uma estrutura daquelas, em meio a uma rua calma, arborizada e residencial do 14<sup>o</sup> *arrondissement* de Paris. O que aquele muro de pedra abrigaria? Talvez algo de extremamente valioso e cobiçado que não pudesse ser exposto livremente; talvez algo perigoso demais para ser aberto ao restante da cidade. Impossível saber, pois a sua altura impedia qualquer tipo de acesso a informações que permitissem adivinhar o que estava do outro lado. Porém, ali se encontrava um dos mais conhecidos hospitais psiquiátricos da França; e cada vez que eu passava em frente àquele muro, me via imediatamente transportado para um outro tempo. Como um extrato arqueológico visível a olho nu, este muro me remetia inevitavelmente aos grandes asilos psiquiátricos da “era de ouro do alienismo” francês, época em que tratar um doente mental era sinônimo de isolá-lo do tumulto e do agito existentes nas cidades, (que começavam a crescer e a se tornar metrópoles) para que, em um ambiente regrado, disciplinado e regular, ele pudesse recobrar a ordem perdida dentro de si.



Figura 1: Fotografia do grande muro que separa o *Centre Hospitalier Sainte Anne* da *rue de la Santé*, em Paris.

Em torno de 1650, a rainha regente Ana da Áustria (1601-1666), mãe de Luís XIV (1638-1715), o célebre “Rei Sol”, ordena a construção naquele local de um hospital que ela batizou com o nome de Sainte Anne, sua padroeira<sup>19</sup>. Durante décadas, este hospital permaneceu quase inabitado, até que, em 1787, com a proposta de se voltar exclusivamente para o tratamento de “alienados curáveis”, foi escolhido como um dos quatro hospitais da cidade que substituiriam o *Hôtel-Dieu*, destruído por um incêndio de grandes proporções em 1772. O projeto foi abandonado em função da eclosão da Revolução Francesa e, vinte anos depois, o local foi alugado por uma leiteria, descaracterizando assim a sua função inicial de tratar doentes. Décadas mais tarde, em 1833, Guillaume Ferrus (1784-1861), o chefe de serviço do hospital Bâcetre, retoma a vocação terapêutica do lugar e tenta ali aplicar as suas teorias sobre o tratamento dos alienados pelo trabalho. Desta forma, o espaço onde se encontrava o hospital Sainte Anne foi transformado em uma espécie de “fazenda terapêutica”, para onde os doentes do hospital Bâcetre eram mandados, a fim de trabalhar com a agricultura

<sup>19</sup> As informações contidas neste item foram obtidas basicamente a partir de quatro fontes: o dicionário histórico da psiquiatria de Edward Shorter (2005), o seu principal livro sobre a história da psiquiatria (1997), o *site* oficial da instituição (Disponível em: <<http://www.ch-sainte-anne.fr/site/centrHosp/historique/presentation.html>>. Acesso em: nov. 2010) e o *site Histoire de La Psychiatrie en France* (Disponível em: <<http://psychiatrie.histoire.free.fr/>>. Acesso em: nov. 2010).

e com a criação de animais. A “fazenda Sainte Anne” permaneceu ligada a Bâcetre até 1863, quando, por iniciativa do imperador Napoleão III e do prefeito do departamento de *Seine* (hoje, Paris), Barão Georges Haussmann (1809-1891), foi transformada em um grande hospital psiquiátrico, dedicado tanto à clínica, quanto ao ensino da psiquiatria. Na época, era o terceiro hospital psiquiátrico da cidade, juntamente com Bâcetre e uma parte da Salpêtrière. Em 1867, seu setor de emergência passou a funcionar sob a tutela de Valetin Magnan (1835-1916)<sup>20</sup>, recebendo regularmente um fluxo imenso de pacientes vindos do chamado Hospital Geral de Paris, da Prefeitura de Polícia (*L’infirmierie Spéciale*) e diretamente das famílias dos doentes. Ao serem admitidos, uma parte dos pacientes era encaminhada para os dois outros asilos psiquiátricos da cidade, outra parte permanecia internada no serviço para ser tratada. Nesta época, o hospital era equipado de pavilhões com uma capacidade para receber 490 pacientes. Quarenta e quatro anos depois, em 1911, a sua capacidade de internação havia crescido para 1100 pacientes, transformando Sainte Anne em um verdadeiro bairro densamente povoado pela população asilar, pelos enfermeiros que ali residiam e pelos médicos que ali trabalhavam (SHORTER, 1997, p. 47)<sup>21</sup>. Os muros que até hoje cercam aquele local são um testemunho visível de uma época em que a institucionalização e o isolamento do contato com o mundo externo eram considerados elementos fundamentais para o tratamento e, eventualmente, a cura de uma perturbação mental. Da mesma forma, seus anfiteatros, bibliotecas e pavilhões levam hoje o nome de personagens que protagonizaram a história da psiquiatria francesa: Magnan, Morel, Janet, Deniker, Ey, Aulagnier, Ball...

Alguns meses após o início deste trabalho de campo, algo naquela paisagem começava a mudar. Em meados de 2009, uma parte considerável daquele muro foi colocada abaixo e substituída por tapumes de madeira. Por detrás destes tapumes, pouco a pouco era possível ver grupos de operários (em sua maioria, como de hábito, compostos de imigrantes da África negra) trabalhando na construção de uma nova estrutura de grandes dimensões. Um painel colado a um destes tapumes continha uma ilustração computadorizada do que ali se estava construindo. Tratava-se de um grande prédio, com traços arquiteturais futuristas, cercado de paredes de vidro que tornavam o seu interior visível a quem passasse em frente

---

<sup>20</sup> Psiquiatra francês, conhecido por levar adiante a famosa “tese da degenerescência” de Morel, sistematizando-a e aplicando-a a um escopo mais amplo de categorias clínicas (SHORTER, 2005, p. 165).

<sup>21</sup> Os dados fornecidos por Shorter, com base em suas pesquisas historiográficas, contestam a célebre tese de Michel Foucault, segundo a qual os Hospitais Gerais teriam operado uma espécie de “Grande Enclausuramento” da população, reunindo doentes mentais com outros grupos populacionais que desviavam de uma ordem moral normativa, como prostitutas, libertinos, sodomitas, entre outros. Segundo Shorter, se algum “Grande Enclausuramento” ocorreu, este se deu, na verdade, no início do século XX, sobretudo durante o período da primeira guerra mundial, quando milhares de pessoas diagnosticadas como doentes mentais foram amontoadas em asilos com péssimas condições de higiene e sem receber qualquer tipo de tratamento adequado. Sainte Anne não fugiu a essa regra, pois a sua população de pacientes internados multiplicou-se justamente durante este período.

[ver figura 2]. O seu *design* arrojado e a sua transparência contrastavam com a opacidade e o ar de antiguidade transmitido pelos grandes muros. Se estes faziam imaginar um passado arcaico da psiquiatria, povoado por personagens históricos como Haussman, Napoleão III e Magnan, o projeto do novo prédio ilustrado naquele painel fazia sonhar com uma psiquiatria do futuro, integrada à cidade e à *big science*, tal como se imagina nas histórias de ficção científica. Este contraste aumentava ainda mais quando se lia naquele mesmo painel que este prédio em construção abrigaria o novíssimo “Centro de Psiquiatria e Neurociências de Sainte Anne”, em parceria com a Universidade Paris Descartes (Paris 5), cuja conclusão estava prevista para o ano de 2012.



Figura 2: Ilustração arquitetônica do futuro *Centre de Psychiatrie et Neurosciences de Sainte Anne*.

Ao mesmo tempo que a arquitetura da nova construção expressava a abertura do hospital psiquiátrico para o futuro e o exterior da cidade, a criação deste novo centro indicava que, nesta abertura, as questões relativas às perturbações mentais passariam fundamentalmente pela integração da psiquiatria com a neurologia, em torno das pesquisas em neurociências cognitivas. Isto ficou mais evidente quando, mais tarde, se teve acesso ao projeto científico apresentado pelos futuros responsáveis deste centro à agência reguladora de pesquisas na França (AERES – *Agence d’évaluation de la recherche et de l’enseignement*

*supérieur*), solicitando o direito a fundar uma nova unidade de pesquisa financiada com dinheiro público e privado, que contaria com 11 equipes, repartidas entre domínios tão diversos como:

[...] os mecanismos implicados no comportamento da dependência às drogas e ao álcool, as doenças psiquiátricas, os acidentes vasculares cerebrais, os tumores do cérebro, a neurobiologia do envelhecimento, a neuroendocrinologia do crescimento e da senilidade, as doenças neurodegenerativas, o Alzheimer, o comportamento depressivo, a dor e os transtornos de humor. (Rapport AERES d'évaluation).

Como sugere a passagem acima, este centro teria o papel de produzir inovações relativas ao modo de se compreender e tratar uma gama enorme de condições humanas consideradas como patológicas, que possuiriam em comum o fato de se ligarem, de uma forma ou de outra, aos mecanismos e funções desempenhadas pelo cérebro em sua produção. O que transformaria, neste sentido, estas 11 equipes dispersas em uma “unidade” seria o estudo da cognição e do cérebro, a partir da utilização de metodologias herdadas das ciências naturais, aplicadas tanto à neurologia, como à psiquiatria, como as tecnologias de neuroimageamento, os modelos animais e as avaliações neuropsicológicas.

Durante o período em que se frequentou Sainte Anne, tudo isto fazia parte de um futuro próximo repleto de novos desafios que a equipe com quem convivi se preparava institucionalmente e cognitivamente para encarar. Enquanto o *Centro de Psiquiatria e Neurociências de Sainte Anne* não ficava pronto, esta equipe integrava uma unidade de pesquisa menor, que futuramente seria incluída na grande equipe responsável pelo projeto científico deste novo local. Até aquele momento, as atividades de pesquisa neste hospital eram pulverizadas de forma fragmentada em diversos setores, divididos entre a missão de dispensar cuidados terapêuticos à população, produzir conhecimento científico de ponta, e transmitir estes conhecimentos para jovens profissionais em formação. Neste sentido, Sainte Anne desempenhava no cenário francês o papel de instituição produtora e difusora de inovações científicas, gozando ainda hoje de muito prestígio e poder de influência.

### 1.1.2 Sainte Anne e o nó borromeano pesquisa-clínica-ensino

A unidade de pesquisa que me inseri se encontrava em um prédio composto de cinco andares, situado no interior do *Centre Hospitalier Sainte Anne*<sup>22</sup>. Cada um de seus andares abrigava um serviço diferente, voltado para encargos específicos. Afora as equipes que trabalhavam diretamente com pesquisa, o prédio comportava ainda: uma unidade protegida de hospitalização, destinada a pacientes internados sob uma tutela legal; um “hospital de semana”, destinado a internações programadas de curta duração (na maioria das vezes, para se observar um paciente, na ocasião do ajuste, ou mudança do tratamento); algumas salas para consultas externas, onde psiquiatras atendiam diariamente a população do 14<sup>o</sup> *arrondissement* de Paris; uma unidade universitária hospitalar, que dispensava seminários para estudantes de medicina e residentes em psiquiatria; dois centros de avaliação clínica, voltados principalmente para a busca de signos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologias mentais; e um laboratório de psicologia, especializado na realização de psicodiagnósticos e avaliações neurocognitivas. Além disto, a coordenação do conjunto destes serviços era ainda responsável pela administração das estruturas extra-hospitalares que compunham um dos 28 setores da cidade de Paris<sup>23</sup>.

Três missões principais se misturavam nos serviços dispensados neste prédio: a pesquisa, o ensino e a clínica. Todos os que faziam parte do *staff* deste lugar possuíam uma formação híbrida, em que a produção e a difusão de conhecimentos co-habitavam regularmente com as atividades de cuidado. Lá, não existiam pesquisadores “puros”, nem clínicos “puros”, mas “pesquisadores-clínicos” e “clínicos-pesquisadores”, sempre rodeados de jovens estudantes e residentes em formação. Como me contou, certa vez, uma psiquiatra-pesquisadora:

Desde que se pisa aqui, aprende-se a refletir em termos de pesquisa. Há sempre clínica e pesquisa presentes. Deste modo, todo enfermeiro, todo médico, todo residente, quando vê um paciente no setor de consultas, se pergunta: ‘será que ele se presta a uma pesquisa, ou não?’. Se o paciente não servir à pesquisa, o clínico encontra-se em um campo em que ele pode prescrever à vontade, empregar os métodos que lhe convier, etc. Agora, se o paciente se prestar à pesquisa, o clínico deve se perguntar: como posso

<sup>22</sup> Como foi acordado com os responsáveis pelo serviço, o local exato desta unidade de pesquisa não será revelado, bem como o nome real dos personagens que eventualmente figurem nos relatos etnográficos desta tese, sejam estes pacientes, ou profissionais.

<sup>23</sup> Na França, os serviços públicos de psiquiatria são setorizados. Todos os departamentos franceses são divididos em diversas zonas geográficas chamadas de “setores”. Cada zona corresponde a uma população média de 80 mil habitantes, para a população adulta, e 200 mil habitantes, para a população infanto-juvenil. Cada setor é ligado administrativamente a um hospital e pode dispor de várias estruturas de cuidado extra-hospitalares repartidas sobre o seu território, como hospitais-dia, centros médico-psicológicos [CMPs], alojamentos pós-tratamento, residências terapêuticas, etc.



fazer coincidir uma boa recomendação clínica com a pesquisa que vai se suceder?

Todo paciente que entrava em contato com a rede de serviços que compunham este prédio era igualmente um sujeito de pesquisa em potencial, um híbrido que ocupava ao mesmo tempo a posição de paciente psiquiátrico e objeto de investigação científica. Era o seu perfil clínico e sintomático que definiria a sua eventual participação em tal ou qual pesquisa. Se, por exemplo, um estudo demandasse sujeitos em crise psicótica aguda, ou pacientes com um histórico de violência<sup>24</sup>, seriam recrutados aqueles que estavam internados nos setores fechados do prédio; se, ao contrário, a pesquisa demandasse pacientes estabilizados, os alvos seriam aqueles que freqüentavam as estruturas extra-hospitalares, ou os serviços de consulta externa.

Assim sendo, a especificidade deste local e de suas extensões externas, era a capacidade para conjugar pesquisa, clínica e ensino em uma espécie de atividade híbrida, em que diversos *savoirs-faires* se misturavam. Esta posição era também partilhada pelos sujeitos de pesquisa: eles nem eram considerados como “pacientes psiquiátricos puros”, nem como puros objetos de pesquisa médica. Ambas as dimensões faziam parte do cotidiano daqueles que aceitavam participar dos ensaios clínicos de Sainte Anne, em que posição “ser um objeto do saber científico” se intrincava a de ser um sujeito tratado por uma instituição de cuidado.

### 1.1.3 Clínicos-pesquisadores e pesquisadores-clínicos

Esta característica era marcada em todos os níveis do serviço e no percurso de cada profissional que ali trabalhava. Pôde-se encontrar, por exemplo, enfermeiros-pesquisadores, cuja função principal era a coleta de materiais orgânicos para pesquisas em genética, a manipulação de máquinas de centrifugação sofisticadas, ou o manejo de congeladores à temperaturas ultra-baixas. Sua qualificação os diferenciava de “enfermeiros puros”, dedicados exclusivamente às diversas necessidades práticas dos pacientes deste prédio, relativas à alimentação, higiene e administração de medicamentos. Da mesma forma, os psiquiatras que

---

<sup>24</sup> No período em que lá estive, por exemplo, estava em fase de preparação um projeto para o estudo de características cognitivas e fisiopatológicas de pacientes com um histórico de atos de violência, agressividade e criminalidade. Neste caso, a população do estudo seria recrutada majoritariamente no setor fechado designado aos pacientes sob tutela legal, onde grande parte dos pacientes apresentava o perfil demandado. A última vez que tive notícias deste projeto, soube que ainda estava submetido à fase de avaliação por um comitê de ética.

se conheceu também não eram “puros”. Os que trabalhavam, por exemplo, no setor de detecção precoce de transtornos psicóticos, quando recebiam um paciente, tinham a função principal de buscar índices de vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma psicose. Para tanto, era-lhes necessário não apenas um olhar clínico voltado para os sintomas acessíveis de um ponto de vista fenomenológico, mas também a utilização de ferramentas de pesquisa em “terceira pessoa”<sup>25</sup>, como testes neurológicos e neuropsicológicos (a serem descritos mais a frente), integrados ao conhecimento das teorias neurodesenvolvimentais da esquizofrenia. Era a sua percepção de clínico associada à sua experiência de pesquisador que determinava a sua opinião acerca da vulnerabilidade dos sujeitos em questão. Isto poderia resultar no planejamento de um projeto terapêutico antes mesmo da eclosão sintomática de um transtorno mental grave, como a esquizofrenia. Eles também poderiam ser integrados em um dos múltiplos projetos de pesquisa em curso sobre os mecanismos fisiopatológicos e cognitivos de desenvolvimento da esquizofrenia. Neste caso, outras restrições ligadas ao perfil de cada protocolo de pesquisa determinaria o tipo de abordagem clínica a ser utilizada.

Assim, o conjunto de serviços deste prédio era um produtor de profissionais híbridos, nem completamente pesquisadores, nem inteiramente clínicos. Estas duas missões se misturavam, produzindo um olhar peculiar nestes profissionais, oscilante, atento ao mesmo tempo à objetividade dos dados produzidos pelo método científico e à subjetividade da experiência pessoal de cada indivíduo cuidado. Tudo dependeria dos objetivos locais imediatos.

#### 1.1.4 A psiquiatria entre o “espaço das razões” e o “reino das causas”

O fato de se trabalhar em uma instituição com a tripla característica de tratar, ensinar e pesquisar, alterava o olhar clínico dos profissionais que ali se inseriam. Por ser um local altamente carregado de discursos cruzados, de práticas experimentais e de noções que diariamente circulavam em seus corredores, uma sensibilidade particular era desenvolvida, que permitia aos profissionais perceberem nuances nem sempre valorizadas, ou colocadas em evidência, na prática dos “clínicos-puros”. Como me contou Marion, uma pesquisadora desta unidade:

---

<sup>25</sup> O termo “terceira pessoa” se refere a tudo que se pode observar independentemente do relato dos indivíduos estudados. Este termo se opõe à “primeira pessoa”, que depende exclusivamente dos relatos de um sujeito.

Sempre tentei, no âmbito do acompanhamento clínico, levar uma mensagem aos pacientes que pudesse lhes trazer algo a mais [do que aquilo que a consulta com clínicos “puros” traz], que vinha da minha formação de pesquisadora, daquilo que eu lia, ou que eu mesma pesquisava. Por exemplo, fiz uma tese sobre a memória verbal em pacientes esquizofrênicos, com a utilização de testes neuropsicológicos. Trabalhei sobre a noção de perturbação do curso do pensamento e sobre o modo como isto poderia afetar a memorização de frases. Estendi este estudo para o efeito de certos medicamentos sobre este tipo de memória. Todas as informações que tive à minha disposição com este estudo modificaram as trocas que tenho desde então com os meus pacientes. Porque entendo melhor as dificuldades que eles têm em seu cotidiano: como eles conseguem ler um texto, se concentrar, memorizar uma informação. Quando sublinho estes aspectos para um paciente em uma entrevista clínica, muitos se sentem aliviados, porque isto lhes permite uma melhor compreensão de sua doença, como, por exemplo, as informações desconectadas que parasitam o que eles estão em vias de ver, ou de memorizar.

Como se vê no relato de Marion, a sua formação de pesquisadora voltada para a investigação empírica dos fenômenos psicopatológicos, através de métodos objetivos de pesquisa, produziu nela um olhar para os seus pacientes que modificava a sua própria prática clínica. Porém, talvez mais importante ainda, a forma com que ela costumava tratar quotidianamente estes pacientes, cercand-os de informações produzidas pela sua equipe de pesquisa, transformava possivelmente o modo como estes passavam a pensar a si próprios. O fato destes sujeitos circularem em um ambiente de pesquisa, como a equipe de Sainte Anne, favorecia o contato com discursos, idéias, conceitos e práticas ali produzidos. Em muitos casos, isto propiciava a incorporação desta rede narrativa ao seu modo de pensar a própria condição, em uma espécie de “efeito em *looping*”<sup>26</sup>. Neste sentido, este ambiente era favorável, não apenas à geração de idéias e noções inovadoras acerca dos transtornos mentais, mas à configuração do olhar que profissionais e pacientes dirigiam para os fenômenos mentais mórbidos.

Mesmo se toda a equipe era composta de profissionais híbridos, existiam também partilhas internas entre as diferentes missões. Quando os pacientes estavam em uma situação

---

<sup>26</sup> Sublinho que a adoção de um discurso médico sobre a própria condição não pode ser generalizada a todos os sujeitos que carregam um diagnóstico psiquiátrico. Uma grande parcela desta população rejeita até mesmo a idéia de que estejam enfermos e precisem de um tratamento médico. Isto demonstra que este processo é complexo e ativamente negociado. Quando esta rejeição é atuada em um nível individual, os profissionais de saúde consideram-na como uma “ausência de *insight*” do paciente com relação à própria doença – fato extremamente comum em certas categorias psiquiátricas, como a esquizofrenia. Entretanto, como nos mostra Nick Crossley (2006), esta rejeição pode se dar também em um nível coletivo, politicamente organizado. Neste caso, é necessário matizar os movimentos distintos, que englobam desde a antipsiquiatria clássica, assim como as associações de pacientes e os grupos atuais em favor da existência de uma “neurodiversidade” (ORTEGA, F., 2009<sup>a</sup>, 2009d). Já a noção de “efeito em *looping*” [*looping effect*], que será desenvolvida posteriormente, foi forjada pelo filósofo Ian Hacking para nomear o modo como práticas e teorias sobre os seres humanos interagem com estes para modificar a sua própria experiência no mundo, em uma espécie de “nominalismo dinâmico”.

experimental, em que as ferramentas em “terceira pessoa” eram mobilizadas com vistas à obtenção de resultados mensuráveis, a sua individualidade era apagada. Neste caso, pouco importava a sua condição atual de vida, os acontecimentos importantes que eles vivenciaram, ou o porquê de suas crenças, desejos, motivos e razões de pensar como eles pensavam. Por necessidades metodológicas, eles se tornavam “homens sem qualidade”, desprovidos das idiossincrasias que singularizam cada pessoa humana. Contrariamente, quando eles eram incluídos em um projeto terapêutico fora de toda e qualquer situação de pesquisa, eram sobretudo as suas qualidades pessoais, os acontecimentos importantes de suas vidas, suas crenças, desejos e motivos para a ação, que saltavam para o primeiro plano. Era justamente a partir destas características singulares que um projeto terapêutico individual seria montado. Como me contou em uma conversa informal Marie-Christine, uma psiquiatra-pesquisadora que desempenhava um papel importante de coordenação neste serviço:

Quando penso em um paciente em um âmbito estritamente terapêutico, eu o vejo de um modo; quando o penso em uma situação de pesquisa, o vejo de um modo inteiramente distinto. Não se trata da mesma coisa, do mesmo olhar... Quando se desempenha o papel de clínico, tenta-se ver quais são os sintomas que causam mais restrições para o paciente. É uma atividade bem operacional. Já na pesquisa, procura-se *simplificar a complexidade* [grifo meu].

Submeter um paciente a uma pesquisa experimental nem sempre traz benefício direto para este. Muitas vezes, ao contrário, uma pesquisa pode até piorar o seu estado clínico. Por exemplo, para manter a estabilidade dos parâmetros de medida empregados em uma pesquisa, alguns estudos podem demandar que os participantes interrompam momentaneamente o seu tratamento medicamentoso, o que pode propiciar a abertura de uma nova crise. Justifica-se eticamente este tipo de empreitada dizendo que o mal individual é válido, se ele puder eventualmente trazer benefícios para o restante dos doentes por vir, como uma conseqüência do avanço do conhecimento científico. O sacrifício momentâneo de indivíduos seria, então, compensado pelo avanço no conhecimento dos mecanismos de uma doença, pensada como entidade transindividual<sup>27</sup>. Esta relação entre o pessoal e o impessoal na clínica e na pesquisa estava especialmente presente naquela instituição.

---

<sup>27</sup> Este tipo de justificação foi explorada por Ilana Löwy, em seu trabalho etnográfico sobre a pesquisa clínica em cancerologia. No caso por ela investigado, uma nova droga com fortes efeitos colaterais era administrada a pacientes com câncer em estágio avançado, no âmbito de um protocolo de pesquisa inovador. Como todo procedimento experimental, não havia um consenso de que esta nova quimioterapia poderia ser benéfica para os pacientes tratados, podendo em muitos casos piorar o seu estado clínico, levando até ao óbito (como de fato ocorreu durante o trabalho de campo da antropóloga). Löwy mostra que, como justificativa ética para estes efeitos adversos, os pesquisadores evocavam geralmente o bem coletivo que o conhecimento sobre a entidade “câncer” poderia trazer. Além disto, a autora descreve algumas estratégias utilizadas pelos pesquisadores para se defender dos efeitos psicológicos negativos que o sofrimento e a morte dos sujeitos de pesquisa

Como me relatou um psiquiatra de Sainte Anne, ao ser indagado sobre a relação clínica-pesquisa em sua carreira, a tensão entre estes dois mandatos na atividade de um clínico-pesquisador pode até adquirir tonalidades dramáticas:

Uma vez, nos foi indicado para a pesquisa um paciente esquizofrênico, cujo terapeuta havia se suicidado havia uns três anos. Ele era idoso, bem inteligente, mas muito deficitário. Na época, segundo as entrevistas iniciais que fizemos para a sua inclusão no protocolo, julgamos que ele estava bem estabilizado, lúcido em relação à sua doença. Entretanto, o estudo demandava que o seu tratamento fosse interrompido durante o período de um mês, para que alguns parâmetros da pesquisa não fossem perturbados [*tratava-se de um estudo com neuroimageamento funcional*]. Ele estava muito contente de poder participar de uma pesquisa, de poder servir a alguma coisa. Entretanto, algumas semanas após do início do protocolo, o paciente começou a ficar muito angustiado e nós retomamos o seu tratamento. Uma semana depois, como ele não tinha vindo a uma consulta aqui em Sainte Anne, nós telefonamos para a sua casa e um de seus familiares nos informou que ele havia se matado. Deixou para a família um bilhete e um recorte de jornal. O bilhete dizia: “agora, que já contribuí com a ciência, me tornei útil e posso partir”. O recorte de jornal era o obituário que noticiava a morte do seu antigo terapeuta.

O depoimento deste clínico-pesquisador expressava justamente o “paradoxo epistemológico” que envolve toda pesquisa em medicina, em que pacientes são tratados ao mesmo tempo como sujeitos dotados de experiências pessoais singulares e objetos submetidos às leis gerais e impessoais da biologia. A origem desta partilha remonta ao século XIX, com o nascimento da medicina moderna, ou científica. Neste contexto, passou-se a considerar que a prática médica deveria ser fundada na compreensão dos mecanismos biológicos de regulação dos organismos e que a via mais segura para se adquirir este conhecimento era através de experimentos de laboratório. Desde então, acredita-se que as práticas médicas devam repousar sobre a ciência, isto é, sobre a descoberta de leis gerais para os fatos normais e patológicos, sejam estas físicas, químicas, ou biológicas.

Se a partilha moderna entre sujeito e objeto, singular e universal, pessoal e impessoal, está presente em todo o campo médico, ela se exacerba ainda mais quando entramos no campo da pesquisa clínica na medicina mental, em que a própria experiência do sujeito é que está em jogo, na qualidade de objeto de investigação a ser sistematizado e de alvo de cuidados terapêuticos. Se utilizarmos as expressões cunhadas por Wilfrid Sellars, a grande dificuldade da aplicação do método científico à medicina mental se refere à possibilidade de transformar o “espaço das razões” no “reino das causas”, isto é, de

---

poderiam provocar na equipe. Entre estas estratégias, figurava a exclusão nas reuniões de pesquisa de qualquer traço de singularidade destes sujeitos: não se analisava o estado de saúde de uma pessoa, mas dados técnicos apresentados na forma de números, gráficos e curvas de evolução. Esta era uma forma eficaz de tornar impessoal a discussão nas reuniões, afastando dali a vivência do drama individual de portar um câncer resistente a tratamentos convencionais (LÖWY, 1996, 2002).

estabelecer leis nomológicas para o que em filosofia se convencionou chamar de *intencionalidade*<sup>28</sup>. Para muitos, este problema não é de ordem técnica, ou de falta de dados empíricos, e sim conceitual. Ian Hacking expressou bem em uma passagem (não sem uma dose de humor) este tipo de dificuldade que todos aqueles que lidam com as patologias mentais estão necessariamente envolvidos. Ao comentar a posição de Wittgenstein, segundo a qual *na psicologia, há métodos experimentais e confusão conceitual*, Hacking afirma que

Temos mais do que isso para as doenças mentais. Temos os métodos clínicos da medicina, da psiquiatria e da psicologia; temos as inúmeras variantes e os desvios da psicanálise; temos sistemas de auto-ajuda, de ajuda mútua, aconselhadores, incluindo padres e gurus; temos os métodos estatísticos da epidemiologia e da genética das populações; temos os métodos experimentais da bioquímica, da neurologia, da patologia e da biologia molecular; temos os modelos teóricos das ciências cognitivas; e temos confusão conceitual (HACKING, 1998 p. 10).

Apesar das dificuldades conceituais inerentes ao campo da medicina mental, apontadas por filósofos como Hacking, os pesquisadores com os quais se conviveu não estavam diretamente preocupados com questões epistemológicas, ontológicas, ou metafísicas. Nenhum deles possuía uma formação filosófica que os habilitasse a lidar frontalmente com este tipo de questão. As suas preocupações eram bem mais concretas, práticas: a de fazer pesquisa considerada como “de ponta” em psiquiatria; a de construir protocolos passíveis de serem realizados metodologicamente; a de adotar metodologias de pesquisa valorizadas e aceitas pelos seus pares; a de justificar os resultados obtidos de uma maneira convincente, segundo certas regras de justificação; a de obter mais visibilidade no meio, graças à qualidade e ao impacto dos seus resultados; a de expandir as suas fontes de financiamento por meio de alianças e projetos... Se estes pesquisadores adotavam eventualmente certos pressupostos naturalistas, funcionalistas, reducionistas, eliminativistas..., como poderia apontar alguém com formação em filosofia, isto não se dava por uma escolha filosófica deliberada e refletida, mas como uma consequência da tentativa de solucionar problemas de ordem técnica e metodológica colocados pelas regras do estilo biomédico de raciocínio que dominava aquela *cultura epistêmica* em que eles se inseriam. Seguir as regras de pertencimento a esta cultura implicava em estabelecer leis gerais e constantes estatísticas, necessárias à validação de um

---

<sup>28</sup> O conceito de *intencionalidade*, reintroduzido na filosofia moderna por Franz Brentano, adquiriu acepções diversas, por vezes contraditórias, ao longo do seu debate atual. Refiro-me aqui à sua acepção mais básica, que a define como a característica própria da atividade mental de ser sempre “acerca de alguma coisa”. Os filósofos anglo-saxões criaram o neologismo “aboutness” para nomear esta propriedade. Desta forma, atividades mentais como crer, desejar, aspirar, etc. não existiriam por si sós, mas sempre em relação com algo externo a elas, como atestam as frases “crer em Deus”, “desejar uma mulher”, “aspirar à riqueza material”, e assim por diante. Esta “aboutness” própria das atividades mentais seria um dos maiores obstáculos à naturalização do mental, uma vez que a aplicação de leis nomológicas a um conjunto de objetos implica a sua individualização e “independência lógica” referente a todo contexto externo a eles mesmos.

método clínico, ou de um enunciado acerca de uma categoria psiquiátrica. Neste caminho, alguma coisa sempre ficaria necessariamente de fora, ou reduzida a termos mais simples do que a totalidade da experiência no mundo daqueles pacientes. Como bem expressou a psiquiatra-pesquisadora Marie-Christine, “na pesquisa, procura-se simplificar a complexidade”.

Mas como se articula concretamente a rede de razões e motivos para a escolha destas metodologias, teorias e enunciados acerca das patologias mentais em geral, e da categoria de esquizofrenia, em particular? Ou seja, como e por que é reproduzida a partilha moderna entre objetivo e subjetivo, universal e particular, corpo e mente, em uma equipe de pesquisa em psiquiatria? Se o serviço observado se dedica, tanto à pesquisa clínica e fundamental, como à prática clínica quotidiana (tal como revela o discurso dos profissionais que o integram), como se justifica em um plano concreto a obediência a constantes estatísticas e leis gerais conjugada com o tratamento de indivíduos com biografias singulares e indivisíveis, indissociáveis de contextos locais de expressão?

## 1.2 A lógica da criação de uma rede de colaboradores

O nó borromeano pesquisa-clínica-ensino neste prédio está enraizado em sua história, que carrega o orgulho de ter sido o local onde se desenvolveram as pesquisas sobre o primeiro neuroléptico, a clorpromazina, conhecida também como Lagartil, no início da década de 1950. Estes ensaios, conduzidos por Jean Delay e Pierre Deniker, foram considerados como a primeira revolução psicofarmacológica no tratamento de pacientes psicóticos, e recolocaram a “Escola de Sainte Anne” no posto de importante centro internacional na pesquisa de ponta em psiquiatria<sup>29</sup>. Este fato perpassa a equipe que observo, como um passado glorioso do qual todos se ufanam. Um jovem médico residente de origem tunisiana<sup>30</sup>, por exemplo, uma vez me interpelou orgulhoso: “você sabia que nestes corredores

<sup>29</sup> Até as descobertas de Delay e Deniker, a Escola de Sainte Anne encontrava-se em franca decadência. Depois de ter sido, na segunda metade do século XIX, a principal idealizadora da famosa “teoria da degenerescência”, desenvolvida por Morel e levada à frente por Magnan, Sainte Anne foi suplantada em importância pela escola alemã, que dominou a cena da pesquisa em psiquiatria na primeira metade do século XX. A descoberta da eficácia da clorpromazina no tratamento de pacientes psicóticos foi uma forma de recolocar Sainte Anne no centro da cena internacional. Para informações mais detalhadas acerca do contexto de descoberta e aplicação da clorpromazina, bem como a polêmica entre Delay, Deniker e o anestesista Henri Laborit, ver: HEALY, 2002; EHRENBURG, 1998.

<sup>30</sup> Curiosamente, dos residentes de Sainte Anne interessados em ingressar no serviço público e na pesquisa acadêmica, grande parte era composta por estrangeiros oriundos de ex-colônias do Norte da África. Segundo um informante, isto acontecia porque os jovens médicos franceses preferem a via da clínica privada, onde os ganhos são maiores do que no serviço público.

foi descoberto o primeiro medicamento eficaz para o tratamento da psicose?”. Como ele, outros com quem conversei faziam em algum momento alusão a este acontecimento histórico importante. Ao meu ver, estes relatos e discursos que por ali circulavam tinham o mesmo papel ocupado pelos mitos nas sociedades tradicionais, isto é, de uma narrativa estruturada sobre as origens de um grupo social, que teria por função significar o seu passado coletivo e organizar a sua ação presente.

Durante as décadas que se seguiram a descoberta da clorpromazina, este serviço engajou-se basicamente em linhas de pesquisa ligadas à psiquiatria biológica clássica, com uma ênfase na busca dos mecanismos fisiopatológicos das patologias mentais e nos ensaios terapêuticos controlados para avaliar o efeito de novas drogas. Este passado, neste sentido, influenciava claramente a identidade daqueles profissionais, que se consideravam como cientistas que tinham por missão fazer pesquisa empírica de ponta, com implicações clínicas importantes, para manter aquela instituição à altura de sua história. Entretanto, fazer pesquisa de ponta implica em seguir regras institucionais e metodológicas que influenciam diretamente o modo como fatos científicos são validados e interpretados. Por esta razão, nesta parte, pretende-se trazer alguns elementos acerca da organização institucional deste local e mostrar como isto era fundamental em suas atividades de pesquisa, bem como no tipo de enunciado que se desejava ali validar. Este gênero de organização era fundamental para que Sainte Anne preservasse o seu lugar de importante centro de produção e difusão de enunciados e práticas na medicina mental.

### 1.2.1 A reorganização do serviço em função de novas regras a seguir

Toda produção científica bem sucedida deve ser vista como o resultado da estabilização de um campo de forças em que diversas instâncias heterogêneas se entrecruzam, como conceitos, materiais, organizações, dispositivos técnicos... Assim sugerem os proponentes da “teoria do ator-rede” [*actor-network theory*], como Bruno Latour, Michel Callon, John Law, entre outros<sup>31</sup>. Dentre estas instâncias, a realidade política e institucional

---

Já os imigrantes de ex-colônias, sem uma sólida rede de contatos previamente estabelecida na França e sem gozar do mesmo *status* social de um médico francês, seguem para o serviço público, que sempre conta com um déficit de profissionais especializados e está pronto a acolher de imediato esta população imigrante qualificada.

<sup>31</sup> Para uma visão global da “teoria do ator-rede”, ver: LAW, 1992; CALLON; FERRARY, 2006; LATOUR, 1998, 1999, 2005.



local, a concorrência pela hegemonia, a luta por financiamentos de pesquisa e a satisfação de interesses múltiplos não são menos importantes do que o rigor metodológico, a justeza das hipóteses, a sofisticação dos *dispositivos de inscrição* empregados, ou a boa fundamentação teórica de um experimento de laboratório. Contrariamente, na perspectiva destes teóricos, fatores considerados tradicionalmente como externos à produção de um fato científico ocupam uma posição de *simetria generalizada* com relação àqueles considerados como internos. Agentes “externos” não são pensados como perturbadores de um processo que visa estabelecer uma relação de correspondência entre um conjunto de enunciados científicos e o seu referencial exterior no “mundo”, a espera de ser descoberto, em estado de pureza. Até porque, esta seria uma imagem metafísica da atividade científica, distanciada daquilo que se vê quando se decide seguir os cientistas de perto, nos laboratórios, em sua luta para produzir enunciados estáveis, mais ou menos livres de controvérsias. Para os proponentes da teoria do ator-rede, uma análise aprofundada da produção científica revela que esta é balizada por um processo agonístico contínuo de agrupamento de atores “humanos” e “não-humanos” em torno de interesses comuns, de modo a formar uma aliança sólida, durável, nomeada por estes autores de *complexo*, ou *rede sociotécnica*. Desta forma, a consignação de um fato científico é o resultado final de um processo bem-sucedido de composição e estabilização desta rede de atores heterogêneos, e não da descoberta de uma ordem natural, ou objeto da natureza, estável desde sempre, por si mesmo, a espera de ser desvelado.

A unidade de Sainte Anne, no desdobramento temporal de suas atividades, parecia confirmar as intuições propostas pela teoria do ator-rede. A partir do ano de 2001, com vistas a otimizar a qualidade dos laços entre os atores que compunham a sua rede, os serviços agrupados no prédio que freqüentei foram reorganizados. Segundo os seus coordenadores, o objetivo deste remanejamento era a necessidade de se adaptar a certas exigências institucionais e científicas da pesquisa biomédica contemporânea. Não era mais possível fazer pesquisa de ponta do modo como se fazia nas décadas anteriores. O contexto havia mudado, e, com ele, o modo de se fazer pesquisa sobre as patologias mentais. Era necessário que Sainte Anne se transformasse para continuar à altura de sua história gloriosa. Esta transformação se deu tanto em um plano sócio-institucional, como em um técnico-metodológico.

A grande responsável por esta reorientação foi Marie-Christine, uma psiquiatra-pesquisadora com uma sólida formação em genética. A primeira reviravolta institucional foi a centralização de todas as atividades de pesquisa do prédio e a especialização de profissionais,

para aumentar a confiabilidade e o rigor dos estudos. Como me explica a psiquiatra-pesquisadora Maëlle:

Antes, tínhamos um centro de pesquisa, mas que era muito menos integrado ao sistema. Ele era do outro lado do hospital. Assim, quando haviam ensaios terapêuticos, isto se fazia sempre nos pavilhões [onde residiam os pacientes], enquanto hoje em dia, os pacientes descem... Antes, eram os enfermeiros de cada ala que faziam as coletas de material orgânico, por exemplo. Nada além do fato de serem pessoas diferentes que coletam este tipo de material diminui a sua avaliação no quesito 'qualidade'. Se um mesmo técnico especializado é o responsável por todas as coletas, mais os seus parâmetros serão homogêneos e, conseqüentemente, melhor será a sua avaliação no quesito 'qualidade'.

Esta reorganização básica, que consistia em centralizar as atividades e especializar os profissionais, era o resultado de evento crucial: a criação por Marie-Christine de uma equipe INSERM<sup>32</sup> no interior deste prédio. Antes não havia senão uma psiquiatra deste serviço que era pesquisadora afiliada ao INSERM. Esta psiquiatra tocava alguns protocolos de pesquisa de forma autônoma, com os financiamentos pontuais que recebia deste órgão. Com a chegada de Marie-Christine, um projeto para a criação de uma unidade INSERM foi lançado. A partir deste momento, as pesquisas ali desenvolvidas não estariam atadas ao nome de indivíduos, mas ao de uma unidade de pesquisa afiliada, o que conferiria mais *status* aos resultados produzidos, além de um aumento substancial das subvenções de pesquisa.

Como toda unidade INSERM, um tema central deveria guiar todas as pesquisas pelas quais ela seria responsável. Marie-Christine sonhava em criar um projeto integrado que unisse a pesquisa fundamental à pesquisa clínica, a partir da noção de “pesquisa translacional”. Esta noção refere-se ao conjunto de atividades científicas que têm por objetivo encurtar a distância entre os conhecimentos puros e as suas aplicações práticas. No caso de Sainte Anne, tratava-se da tentativa de criar estratégias terapêuticas a partir das produções científicas emergentes da pesquisa básica, ou fundamental. Assim sendo, o projeto de criação da unidade foi elaborado tendo como tema central a identificação de signos de vulnerabilidade ao desenvolvimento da esquizofrenia e de transtornos aparentados. Se, por um lado, este projeto possuía uma sólida ancoragem na pesquisa fundamental, embasando estudos em biologia molecular e em neurociências cognitivas desenvolvidos pelas equipes, por outro lado, o seu objetivo era prático: ajudar no diagnóstico precoce da esquizofrenia, antes mesmo da sua

---

<sup>32</sup> O INSERM (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*) pertence ao Ministério da Pesquisa e ao Ministério da Saúde e é o principal organismo público francês dedicado à pesquisa médica. Criado em 1964 para substituir o antigo *Institut National d'Hygiène* (INH) e alavancar a pesquisa biomédica em território francês, este instituto conta atualmente (dado de 2009) com 318 unidades de pesquisa credenciadas e subvencionadas pelo Estado francês. Para mais informações, ver: PICARD, 2003, 2004, p. 652-655.

evolução sintomática definitiva. O principal argumento da equipe era o de que quanto antes estes signos fossem identificados, mais cedo se poderia articular uma rede de cuidados terapêuticos em torno dos indivíduos em risco, melhorando assim o seu prognóstico, ou, quem sabe até, protegendo-os da eclosão sintomática do transtorno. Este projeto concernia a criação de um extenso programa de pesquisas que recobriria diversos níveis descritivos do desenvolvimento da esquizofrenia, desde o nível molecular, com pesquisas em genética, até o funcionamento social ordinário, com a utilização de indicadores diversos, como o fracasso escolar e as dificuldades de socialização.

A partir de sua aprovação e, conseqüentemente, da criação desta unidade INSERM, novas exigências institucionais e metodológicas apareceram. Além da centralização e da especialização de funções, seria necessário, por exemplo, adquirir equipamentos específicos, como congeladores de temperatura ultra-baixa, máquinas de centrifugação, aparelhos para a mensuração de movimentos oculares, etc. Seria também necessário construir um biotério [depósito de animais para estudos], composto de primatas e roedores, destinados à construção de modelos animais para a esquizofrenia.

A criação de uma unidade INSERM no interior deste prédio foi seguida de uma grande reorientação do serviço com vistas a uma adaptação às novas exigências de rigor científico demandadas por este organismo de financiamento. A cada quatro anos, estas equipes seriam avaliadas por uma comissão científica que poderia renovar, ou não, a sua autorização para funcionar como uma unidade INSERM e as suas fontes primárias de financiamento. Vários critérios estariam em jogo nesta avaliação, como a quantidade e a qualidade de protocolos realizados, a unificação e a coerência de todas as pesquisas em torno do projeto científico geral da unidade, o número e a importância das publicações, a extensão da cooperação com outras equipes, etc. Entretanto, se o fato de constituir uma equipe INSERM era institucionalmente importante para este grupo, ele não era nunca a sua finalidade última. Como me contou, certa vez, Maëlle:

O INSERM ficou pobre. Precisamos arrumar dinheiro em outros lugares para fazer pesquisa de ponta na França, hoje em dia. Procuramos em fundos privados, associações filantrópicas, na indústria farmacêutica e com empresas. Mas uma empresa, ela não confiará em você se não lhe for oferecido garantias de qualidade, de que você pode levar a cabo de uma forma bem-sucedida projetos de pesquisa interessantes.

Para o conjunto desta equipe, constituir uma unidade INSERM era sobretudo uma forma de ser valorizado na busca de outras fontes de financiamento, já que o orçamento anual que este órgão destina à pesquisa é considerado insuficiente para gerar protocolos

competitivos no cenário internacional. Como ilustração desta situação, a estimativa do orçamento geral do INSERM destinado à pesquisa biomédica na França em 2010 foi de 742,6 milhões de euros<sup>33</sup>, valor extremamente baixo, se comparado com os 31,2 bilhões de dólares gastos no mesmo período pelo seu equivalente norte-americano, o *National Institut of Health*.<sup>34</sup> Mesmo com a redução do seu orçamento ao longo dos anos, e a insuficiência de recursos para sustentar a pesquisa biomédica de ponta, constituir uma unidade INSERM implicava em um nítido aumento de prestígio como equipe de pesquisa no território francês. De acordo com Marie-Christine, “o INSERM é uma garantia de rigor de alto nível científico. Nada como obter o ‘selo INSERM’ para ganhar a confiança de todos”.

### 1.2.2 A configuração de uma rede de colaboradores para ganhar mais “pontos”: da inovação técnica à inovação organizacional

A expressão “garantias de qualidade” [*gages de qualité*] era freqüentemente empregada pelos pesquisadores para falar da organização institucional daquele serviço. O aumento das garantias de qualidade era sempre uma das finalidades principais da equipe. Se o “selo INSERM” era por si só um emblema para ganhar a atenção de todos, como me confiou Marie-Christine, outros fatores podiam fazer aumentar a confiança transmitida aos institutos de financiamento para convencê-los a investir em projetos de pesquisa. Entre estes fatores, a criação de uma rede de colaboradores era fundamental.

Segundo Andrew Abbott (1998, p. 184-195), a montagem de redes extensas de colaboração é ainda mais importante para a pesquisa biomédica quando o objeto de estudo é uma doença crônica, caracterizada pela indefinição e pela incerteza dos tratamentos existentes. Os primeiros ensaios terapêuticos controlados bem-sucedidos, em que se utilizou o método canônico da randomização, foram constituídos pela testagem de antibióticos, como a penicilina e a estreptomicina, em doenças infecciosas agudas, como a sífilis e a tuberculose. Os resultados obtidos com estes experimentos pioneiros apresentaram-se como relativamente livres de ambigüidades e controvérsias, visto que existia, nestes casos, um agente etiológico preciso, que poderia ser removido por um tratamento igualmente preciso. Com relação à tuberculose pulmonar, por exemplo, a análise do sucesso do tratamento não dependia de

---

<sup>33</sup> Disponível em: <<http://www.inserm.fr/qu-est-ce-que-l-inserm/missions-de-l-institut/budget-2010>>. Acesso em: nov. 2010.

<sup>34</sup> Disponível em: <<http://www.nih.gov/about/budget.htm>>. Acesso em: nov. 2010.

interpretações individuais, mas se dava pela avaliação de clichês radiológicos, facilmente compreendidos por qualquer especialista minimamente habilitado. Deste modo, dificilmente se poderia questionar a eficácia da função antibiótica destes medicamentos, o que favorecia a sua estabilização como fato científico válido. Entretanto, na história dos ensaios terapêuticos, isto constitui uma exceção. Neste campo, a regra é composta fundamentalmente por conflitos quanto à interpretação dos resultados e disputas pela validade e os benefícios reais de uma prática ou substância. A definição do sucesso de um experimento desta natureza é ainda mais difícil de estabelecer quando se trata de uma afecção crônica, em que fatores como os mecanismos de ação de uma ferramenta terapêutica, a sua ligação com a fisiopatologia de uma determinada síndrome e o critério de sucesso terapêutico estão na maior parte das vezes sujeitos à discussão, à tensão, à incompletude. Nestes casos, é extremamente difícil construir uma definição unívoca, ou um consenso imediato. Tudo se passa por um longo processo de *negociação social*, como diria Anselm Strauss (1992).

Abbott defende que a estratégia utilizada pelas equipes de pesquisa biomédica para lidar com as dificuldades impostas pelas afecções crônicas é a passagem das “inovações técnicas” para as “inovações organizacionais”. Neste contexto, a eficácia técnica, caracterizada pelo desenvolvimento de métodos de prevenção, diagnóstico e cura, é freqüentemente subordinada à eficácia organizacional, isto é, à capacidade de coordenar tarefas em um ambiente complexo, em colaboração com uma rede heterogênea de parceiros, de diversas especialidades. Esta parceria entre estruturas distintas favoreceria o desenvolvimento de experimentos mais amplos, conjugando grandes amostras, centros de testagem diversos e múltiplos especialistas. Os resultados finais deste tipo de estudo, pela estrutura organizacional que portam e o tamanho das amostras, carregariam uma marca de respeitabilidade e importância que dificilmente seriam produzidas por organizações menores. A complexidade crescente de uma estrutura organizacional favoreceria, enfim, a estabilização de enunciados e práticas que se deseja validar, especialmente no caso de afecções crônicas<sup>35</sup>.

A análise de Abbott aplica-se perfeitamente à medicina mental e, em particular, à categoria de esquizofrenia, em que a indecisão, a incerteza e o conflito de valores são a regra, se considerarmos quesitos básicos, como a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a cura. Nos ensaios clínicos voltados para a esquizofrenia, estamos longe do equilíbrio adquirido com

---

<sup>35</sup> Bruno Latour (1998), em uma outra perspectiva, também desenvolve a idéia segundo a qual a formação de uma rede poderosa de parceiros facilita a proteção e a estabilização de um enunciado científico. Para se desmontar, desmentir, ou invalidar um enunciado estabelecido a partir de redes complexas, que integram múltiplos especialistas e equipamentos sofisticados de laboratório, é necessário que uma outra rede concorrente, com as mesmas proporções seja articulada. Sem isto, toda contestação permanece inócua, ou inofensiva.

relativa facilidade nos primeiros estudos sobre a eficácia da estreptomicina na cura da tuberculose, nos anos 1940, por exemplo. A grande complexidade dos sistemas de valores envolvidos no campo da psicopatologia (FULFORD, 1989, p. 141-164; 2004, p. 205-234) torna o consenso em torno dos resultados de um ensaio clínico algo mais difícil de se obter. Neste caso, é necessário a instalação de um longo processo de negociação. Diante desta falta de consenso e do caráter relativamente controverso dos efeitos práticos de uma pesquisa clínica, a criação de redes de trabalho que permitam a realização de estudos multicêntricos com grandes amostras, com o suporte e o aval de um extenso grupo de especialistas, é uma estratégia aplicada pelas equipes dedicadas à pesquisa clínica de ponta em psiquiatria. Esta inovação organizacional caminha lado a lado com a inovação técnica quando a instabilidade é a regra, aumentando a sinergia entre centros diversos, que passam a dar suporte aos experimentos testados<sup>36</sup>.

Na produção de uma rede de parceiros científicos, uma série de interesses devem ser satisfeitos. No caso da unidade INSERM de Sainte Anne, vários tipos de parceria eram regularmente criadas, com finalidades diversas. Um primeiro gênero de colaboração consistia na associação com pequenos grupos de pesquisa, menos poderosos, menos influentes. As pequenas unidades de pesquisa que gravitavam em torno da grande unidade INSERM de Sainte Anne precisavam desta parceria, seja para a obtenção de subvenções importantes, seja para terem os seus projetos mais facilmente aprovados. Além disto, para realizar certos projetos que demandavam equipamentos tecnológicos específicos e profissionais especializados em certas funções, era imprescindível se associar à um grande centro. Como me explicou a psiquiatra-pesquisadora Maëlle:

Aqui, em nossa unidade, existem coisas extremamente regulamentares: há um congelador a menos vinte graus, há um congelador a menos oitenta graus... Tudo isso, são garantias de qualidade. E, por exemplo, para chegar a um certo nível de pesquisa, ou para que certas grandes companhias aceitem colocar dinheiro em nossos projetos de pesquisa, temos que preencher formulários (um modelo americano), onde se é perguntado: “você tem um congelador a menos oitenta graus? Você tem um enfermeiro que se encarregue apenas da centrifugação, e nada de nada mais?”. Como você vê, aqui temos uma estrutura que funciona acima das exigências, ao passo que em outros serviços, o enfermeiro que se ocupa dos pacientes é o mesmo que vai coletar material orgânico para uma pesquisa. Eles não possuem congeladores a menos 20 ou a menos 80 graus. O que eles fazem então? Eles nos enviam o material coletado, e nós fazemos os experimentos.

---

<sup>36</sup> Esta estratégia será acionada no caso particular da validação da técnica em remediação cognitiva, como analisaremos mais tarde.

Quanto mais se tem recursos e respeito, mais se é independente, e mais se é solicitado por outras equipes de pesquisa. As grandes equipes geralmente aceitam a associação com os pequenos grupos, mas este tipo de parceria não é jamais filantrópica. Ao contrário, é preciso que os pequenos dêem algo aos grandes, em troca do apoio sobre o seu prestígio, *expertise* e equipamentos. Em uma associação institucional entre equipes de pesquisa, a principal moeda de troca se chama “publicação”. Na criação de uma rede em torno de um grande centro, os que possuem menos recursos e, portanto, menos independência, devem oferecer aos mais fortes os melhores lugares na assinatura de um artigo coletivo<sup>37</sup>. Ainda com Maëlle:

Um grande instituto, se ele sabe que você possui garantias de qualidade, ele vai confiar mais em você do que no seu vizinho, que não possui as mesmas garantias... Se amanhã o Instituto Pasteur quiser lançar uma pesquisa que concirna a psiquiatria, ele chamará os grandes institutos de psiquiatria... Assim, o serviço vizinho, que certamente também querará participar de um projeto como esse, vai se federar conosco: ele vai nos enviar pacientes, por exemplo, e nós coletaremos os materiais. Assim, o serviço vizinho vai participar também dos artigos que derivarão desta pesquisa, mas em uma posição nitidamente pior do que a daqueles que centralizaram os tubos de, por exemplo, oito serviços.

Um outro tipo particular de associação é a parceria entre duas grandes equipes. Neste caso, cada equipe faz proveito das garantias de qualidade da outra, no momento da deposição de um projeto ou do pedido de financiamentos suplementares. Esta modalidade de organização institucional torna possível a realização de estudos mais ambiciosos, com a inclusão de um número grande de sujeitos de pesquisa, em múltiplos centros de testagem, seja através dos serviços comandados por estas equipes mesmas, seja pela mobilização de equipes menores que permanecem sob a sua influência. Além disto, a associação entre duas equipes de grande porte garante uma maior visibilidade aos resultados obtidos, atraindo a atenção da comunidade científica para um novo enunciado produzido, ou uma nova prática desenvolvida. Isto se dá através da publicação dos resultados em revistas científicas qualificadas, da organização de conferências e seminários, bem como da facilidade com que as equipes de grande porte conseguem penetrar em meios de comunicação, como revistas de divulgação científica, jornais de grande circulação, programas de rádio e televisão, etc. Este trânsito público das proposições defendidas é essencial para a sua consolidação como fato.

---

<sup>37</sup> Em um artigo científico, o lugar dos autores indica a sua importância com relação à produção apresentada: os mais importantes estando na primeira e na última posições, em seguida, segunda e penúltima, terceira e antepenúltima, e assim sucessivamente. No momento da avaliação de um currículo, ou da produção acadêmica de uma instituição, a posição dos autores na assinatura dos artigos é de extrema importância, permitindo averiguar o valor da sua participação.

Como veremos mais tarde, ambos os tipos de associação mencionados acima apareceram no caso específico das colaborações institucionais para a validação da nova técnica de remediação cognitiva que acompanhei. A criação destas redes colaborativas foi uma condição *sine qua non* para a inclusão de um grande número de pacientes no protocolo (280 pacientes), o que por si só conferia respeito e poder de persuasão aos dados que se estava em vias de produzir. Afinal de contas, quem quisesse contradizer de uma forma convincente os dados ali produzidos teria que recrutar uma amostra igual, ou superior àquela, além de contar com alianças científicas e institucionais igualmente poderosas. Afora isto, uma forte estrutura organizacional permitia juntar forças para chamar atenção da comunidade científica local para a importância desta técnica terapêutica no tratamento da esquizofrenia, até então pouco utilizada em território francês. Para os pesquisadores de Sainte Anne, esta associação representava ainda o ponto de partida para o projeto mais ambicioso de fundação do primeiro “Centro de Reabilitação e de Remediação Cognitiva do Paciente Esquizofrênico” em Paris. Para a sua criação, seria necessário esta unidade de pesquisa convencesse as instituições de financiamento da sua capacidade para conduzir um projeto com estas características e destas proporções. Para tanto, eles se apoiariam sobre as garantias de qualidade de uma outra grande equipe (a de Lyon), que já havia obtido o aval e o financiamento necessário para fundar um centro com características semelhantes em sua região. Como explica Maëlle, coordenadora da parte parisiense da pesquisa sobre a remediação cognitiva:

[...] como em Lyon, eles tiveram uma resposta positiva, nós nos apoiaremos sobre eles para dizer: “vejam só, Lyon teve uma resposta positiva e nós formamos um binômio com eles. Dado que no território da *Île-de-France*, isto não existe ainda, nós dê também esta resposta positiva”. Portanto, vamos nos servir dos pontos marcados por eles para aumentar os nossos pontos, já que trabalhamos em paralelo. E, assim, teremos ainda mais de credibilidade.

\*\*\*

A organização institucional desta unidade mostra que para se estabelecer fatos científicos válidos sobre patologias complexas, cuja etiologia, diagnóstico e tratamento permanecem sob um estado de controvérsia, como é o caso da esquizofrenia, certas estratégias devem ser seguidas. Estas são uma condição importante para se obter uma relativa estabilização de certos enunciados e práticas que se deseje validar. Isto implica em respeitar as regras de ação próprias a esta *cultura epistêmica*, que conferem credibilidade a um grupo e, conseqüentemente, as subvenções necessárias à construção de protocolos de pesquisa



relevantes. Entre estas regras, a acumulação de “pontos científicos”, presente no discurso dos pesquisadores através da expressão “garantias de qualidade” [*gages de qualité*], é fundamental para aqueles jogam este jogo. Os pesquisadores que encontrei são plenamente conscientes desta situação; especialmente Maëlle, para quem a história da garantia de qualidade

é como nos jogos de RPG, onde se adquire cartas de poder, de sabedoria... Você não é necessariamente maior, mas você sobe para um outro nível, onde você oferece mais solidez e mais garantias de qualidade. E, um dia, você pode, quem sabe, se tornar maior.

A aquisição de “cartas de poder” a que Maëlle se refere obedece vários critérios. A primeira “carta” importante adquirida pela equipe de Sainte Anne foi a sua constituição como unidade INSERM, com a chegada de Marie-Christine. Isto demandou uma reorientação do serviço e a implementação de uma nova mentalidade no conjunto do prédio. Como um círculo virtuoso, esta transformação desembocou na criação de uma rede de colaboradores que, por sua vez, constituem uma outra importante “carta de poder”. Quanto mais uma equipe consegue reunir outras equipes em torno de si, maior será a quantidade e a amplitude dos seus projetos de pesquisa, e mais pontos ela acumulará para, “um dia, quem sabe, se tornar maior”. O mesmo acontece em relação à associação com outras grandes equipes de pesquisa e para os parceiros estrangeiros. No caso da instituição observada, esta lógica obedecia a diversos objetivos paralelos e mutuamente dependentes, como publicar em revistas importantes, aumentar o fluxo de financiamentos e validar enunciados e práticas acerca da esquizofrenia.

Se o fato de constituir uma unidade INSERM não é suficiente para o crescimento de uma equipe de pesquisas biomédicas na França, ele é essencial para a sustentação de suas fontes primárias de financiamento e, sobretudo, para a construção de uma imagem simbólica respeitável no mundo da produção científica daquele país. Porém, este fato impõe algumas obrigações a serem cumpridas. A cada quatro anos, uma comissão de especialistas avalia as atividades de cada unidade de pesquisa financiada por este órgão estatal e lhes atribui uma certa quantidade de pontos. Neste sistema, os pontos adquiridos podem fazer aumentar ou diminuir a soma de dinheiro que uma unidade de pesquisa recebe para os quatro anos porvir. Da mesma forma, quanto maior a quantidade de pontos atribuídos a uma unidade, maior o seu poder simbólico no mundo da pesquisa biomédica francesa. Uma má avaliação pode até mesmo fazer uma unidade INSERM desaparecer, o que seria considerado como uma tragédia na carreira de um grupo de pesquisadores franceses.

Em 2009, a unidade de Sainte Anne foi avaliada por uma destas comissões, que analisou o seu funcionamento durante o quadriênio 2005-2009 e julgou o seu projeto para o período de 2010 a 2014. Este projeto incluía a fusão com outras 11 equipes de neurologia e psiquiatria para a fundação do *Centro de Psiquiatria e Neurociências de Sainte Anne* que ocuparia o novo prédio em vias de ser construído naquele complexo hospitalar. O efetivo previsto para a nova unidade seria de aproximadamente 190 pessoas, entre as quais figurariam: 30 professores-pesquisadores [*enseignants-chercheurs*], 31 pesquisadores, 24 clínicos, 34 doutorandos, 24 engenheiros, 18 técnicos administrativos, 8 psicólogos<sup>38</sup>. Os critérios de avaliação de cada equipe eram divididos em vários quesitos, como a quantidade e qualidade da sua produção científica; a capacidade de irradiação de suas pesquisas e atração de interesses externos; as estratégias da direção para a manutenção da vida futura do laboratório; a coerência e a qualidade do seu projeto científico<sup>39</sup>.

Dentre todos os itens avaliados, a unidade que eu acompanhava foi elogiada sobretudo pela intenção translacional das suas pesquisas (i.e. a aplicação clínica dos fatos estabelecidos pela pesquisa fundamental), os estudos com grandes amostras de sujeitos de pesquisa (ou grandes coortes), e o reconhecimento do seu poder de competitividade e liderança no cenário da pesquisa francesa em psiquiatria. Entretanto, de acordo com a comissão avaliadora, a equipe também mostrou deficiências em alguns quesitos, como: a dificuldade de integração e de coerência estabelecida entre cada subprojeto desenvolvido com o tema geral da unidade, que tinha por objetivo determinar signos de vulnerabilidade à eclosão da esquizofrenia; a colaboração insuficiente desta unidade com as outras especializadas em neuroimageamento funcional; uma quantidade considerada como insuficiente de publicações em revistas classificadas com um elevado “fator de impacto”<sup>40</sup> [*impact factor*].

Em função da avaliação da agencia reguladora de pesquisas francesa, a equipe de Sainte Anne se comprometeu a atingir certas metas que determinariam o modo como suas pesquisas seriam conduzidas nos quatro anos porvir. Neste acordo, eles deveriam sobretudo aumentar a publicação de artigos em revistas com um “fator impacto” elevado. Isto implicaria

---

<sup>38</sup> Na prática, este efetivo é sempre maior, visto que freqüentemente se contrata pessoal com financiamentos externos por um período temporário, para a viabilização de pesquisas pontuais.

<sup>39</sup> Rapport AERES d'évaluation – *Unité de recherche Centre de Psychiatrie et Neurosciences de l'Université Paris 5*, 2009.

<sup>40</sup> O chamado *fator de impacto* é uma medida destinada a avaliar a importância de periódicos e artigos científicos. O seu cálculo se baseia na freqüência com que os artigos publicados nas revistas são citados por outros artigos científicos durante um determinado período. O resultado final deste cálculo atribui uma nota a cada periódico indexado, gerando assim uma hierarquia de valores que guiará a comunidade científica para o que deve, ou não, ser considerado como uma publicação relevante. Por este motivo, um dos objetivos de uma equipe de pesquisa que almeja obter reconhecimento é conseguir com que os seus artigos sejam publicados em revistas bem classificadas segundo os parâmetros do *fator de impacto*.

em produzir protocolos que se encaixassem nas normas metodológicas que balizam o tipo de estudo publicado por estas revistas. Como consequência, as equipes que compõem esta unidade aumentariam a sua visibilidade internacional e afinariam a sua *démarche* com o gênero de metodologia e teoria utilizado no mundo globalizado da pesquisa em psiquiatria inspirada pelo modelo biomédico. As outras duas metas a alcançar seriam a de: 1) estreitar os laços com as equipes que trabalham com neuro-imageamento funcional; 2) fornecer uma maior coerência e integração entre todos os projetos de pesquisa ali desenvolvidos, unificando-os em torno do tema geral desta unidade INSERM. Este último representava um grande desafio.

De acordo com Marie-Christine, a coordenadora do projeto, na nova política científica da unidade, a integração de todos os programas paralelos se tornou uma obsessão. Mas como integrar todos estes subprojetos, que vão desde a elaboração de modelos animais, passando pelo estudo de funções cognitivas humanas complexas, até a avaliação clínica de pacientes em risco de desenvolver a esquizofrenia? Quais são as implicações desta exigência de unificação sobre a produção científica da unidade. Este ponto, em particular, será decisivo para que se compreenda a sustentação de uma determinada representação científica para a esquizofrenia que desembocará no interesse pela validação de técnicas de remediação cognitiva.

### **1.3 Um modelo unificado dos transtornos mentais: o caso particular da esquizofrenia.**

Um dos principais esforços coordenados pela direção da unidade de Sainte Anne era a unificação de seus programas de pesquisa em torno de um tema comum. Era necessário que todas as pesquisas ali desenvolvidas pertencessem a uma mesma lógica de raciocínio, possuíssem uma total coerência interna. Este esforço era fundamental para satisfazer as exigências das agências de fomento, o que permitiria a expansão das atividades de pesquisa desta unidade, bem com a sua integração com as outras equipes que comporiam o grande centro de neurociências e psiquiatria por vir. Desde a sua criação, em 2001, o tema proposto por esta unidade havia sido o da detecção precoce da esquizofrenia em adolescentes e jovens adultos. A unidade justificava a importância deste tema afirmando que, com a identificação precoce do transtorno, seria possível iniciar desde muito cedo um projeto terapêutico. Isto melhoraria o prognóstico dos sujeitos em risco de desenvolver esquizofrenia, evitaria a sua

“cronificação”, e aumentaria as suas chances de *restabelecimento*<sup>41</sup> diante de uma eventual crise psicótica.

Como o serviço trabalhava ao mesmo tempo com pesquisa fundamental e pesquisa clínica, era preciso encontrar um meio de tornar compatíveis estas duas vertentes em torno do tema dos signos para a identificação precoce da esquizofrenia. De um extremo, existia o desenvolvimento de modelos animais e de pesquisas sobre as mutações genéticas supostamente implicadas na esquizofrenia; no outro extremo, as dificuldades vividas pelos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos na vida quotidiana, e por aqueles que apresentavam precocemente os signos de vulnerabilidade ao seu desenvolvimento. Que continuidade poderia haver entre moléculas, ratos de laboratório, signos anunciadores da esquizofrenia no ser humano e estratégias tratamento da vulnerabilidade? E como a pesquisa para a validação de um método de remediação cognitiva se encaixaria neste conjunto de atividades?

Na unidade que acompanhei, ficava claro que a produção de enunciados válidos estava diretamente conectada à habilidade retórica dos pesquisadores para produzir argumentos convincentes. Assim sendo, a tentativa de produção de uma coerência interna entre diversas atividades paralelas se dava tanto no plano das atividades empíricas de pesquisa, como no das justificativas teóricas, ou hipóteses de trabalho. Entre estas justificativas e hipóteses, destacava-se um paradigma de interpretação de dados baseado no “modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia”.

---

<sup>41</sup> “Restabelecimento” é uma tradução do termo francês “rétablissement” que, por sua vez, foi introduzido na França a partir do vocábulo inglês “recovery”. Cunhada no mundo anglo-saxônico nos anos 1980, esta noção se refere à contestação da idéia corrente de que transtornos psicóticos graves, como a esquizofrenia, teriam um prognóstico necessariamente negativo. Esta representação tradicional começou a ser questionada por associações de pacientes e seus familiares, que rebatiam a idéia de que um paciente psicótico não seria capaz de ter uma vida satisfatória e produtiva. Em seguida, estudos longitudinais mostraram que pelo menos 50% dos pacientes com esquizofrenia poderiam, de fato, ter um bom prognóstico diante do preenchimento de algumas condições ambientais favoráveis. A partir destes dados, modelos para a promoção do *restabelecimento* foram elaborados, bem como estratégias de ação baseadas nesta perspectiva. Para uma descrição detalhada da aplicação desta noção à categoria de esquizofrenia, comparando o modelo científico ao modelo sustentado por usuários de serviços psiquiátricos, ver: Bellack A, 2006.

### 1.3.1 A noção de endofenótipo como um elo conceitual necessário no estudo de patologias complexas.

Em uma conversa sobre a última avaliação da unidade pela comissão INSERM, Marie-Christine me confessa que naquele momento a “obsessão” de sua unidade era a de integrar ao máximo todos os projetos paralelos em torno de um raciocínio comum:

Para nós, que somos em parte animal e em parte clínica, é necessário que haja elementos translacionais. É preciso que se tenha uma coerência nos estudos, do homem ao animal, do animal ao homem. Tudo tem que se encaixar. Esta integração é uma obsessão para a equipe atualmente.

A pesquisa translacional é aquilo que faz o laço entre a pesquisa fundamental e a clínica. Ao promover esta continuidade, ela permite que os pacientes se beneficiem mais rapidamente das inovações terapêuticas e diagnósticas baseadas na pesquisa “pura”. Naquela equipe, esta continuidade era garantida pelo modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia. Em torno dele, se justificava as reflexões teóricas no momento da proposição de um novo protocolo de pesquisa. Todos os estudos empíricos em curso neste local eram, de um modo, ou de outro, ligados a esta hipótese, que funcionava como uma espécie de metadiscorso unificador.

Na base deste modelo, como me confiaram diversos pesquisadores, estava uma noção essencial, que servia igualmente como justificativa para o tema geral da unidade: a noção de *endofenótipo*. Esta noção é particularmente importante em patologias cuja etiologia é considerada complexa e multifatorial, e foi elaborada como uma resposta aos fracassos sistemáticos dos modelos lineares em genética para conseguir isolar os genes responsáveis pela produção deste tipo de patologia, dentre as quais se incluem os transtornos mentais, o câncer, as demências, o diabetes, as doenças cardiovasculares, etc. De acordo com a genética psiquiátrica clássica, por exemplo, os transtornos mentais teriam origem em mutações cromossômicas que levariam a uma codificação anormal de proteínas e, conseqüentemente, causariam problemas nos mecanismos de regulação dos neurotransmissores. Como conseqüência, anomalias estruturais e funcionais se instalariam no desenvolvimento cerebral dos indivíduos, dando expressão a toda sorte de sintoma psicopatológico classificado nos manuais. Apesar de sua coerência lógica e do seu apoio sobre as pesquisas em epidemiologia psiquiátrica<sup>42</sup>, este modelo sempre esbarrou na complexidade própria do seu objeto. Porque,

---

<sup>42</sup> De acordo com as pesquisas epidemiológicas mais difundidas, gêmeos monozigóticos têm índice de concordância de 48% para a esquizofrenia. Já os dizigóticos apresentam um índice de 17%. Irmãos não-gêmeos, por sua vez, têm apenas 9% de

diferente do que acontece com as patologias ditas “mendelianas”, como a fibrose cística<sup>43</sup>, a Coreia de *Huntington*<sup>44</sup>, ou a anemia falciforme<sup>45</sup>, as patologias psiquiátricas não possuem uma estrutura genética linear, identificável com um exame de DNA, por exemplo. Como revelou uma meta-análise de Riley e McGuffin (2000), é repertoriado na literatura médica pelo menos 14 marcadores diferentes para a esquizofrenia implicados nos cromossomos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 22 e X. Dentro de cada cromossomo, encontrou-se ainda variações quanto à posição exata do *locus* destas mutações. Para complicar ainda mais os dados, nem todos estes ditos “estudos de ligação” [*linkage studies*] conseguiram ser replicados por outras equipes. Toda esta complexidade fez com que os resultados da busca por marcadores genéticos para a esquizofrenia se apresentassem até o presente como decepcionantes. Para contornar esta ausência de marcador genético linear, passou-se a propor que múltiplas mutações genéticas, espalhadas por diferentes segmentos cromossômicos, estivessem correlacionadas com a produção das características fenotípicas que se reconhece como fazendo parte desta categoria clínica. Os segmentos genéticos atuantes neste processo não seriam determinantes, mas se constituiriam tão somente como “genes de susceptibilidade”, nem suficientes, nem sequer necessários ao surgimento da patologia em questão.

Sem poder contar com a linearidade das patologias “monogenéticas”, os pesquisadores das patologias complexas se viram obrigados a criar modelos capazes de reconstruir uma cadeia de eventos que começaria em um nível molecular, com o polimorfismo genético, e se estenderia até a expressão fenotípica das doenças. Diante da dificuldade de se isolar umnexo causal linear entre todos os estágios da fisiopatologia deste processo, sentiu-se a necessidade de introduzir um elo conceitual, que serviria de intermediário entre os dois extremos da cadeia. Este elo deveria ser forjado justamente para contornar alguns dos problemas teóricos e metodológicos colocados pela distância entre o

---

chance de ambos terem esquizofrenia. Quando um dos pais é afetado este risco volta para 17%. Se ambos os pais têm esquizofrenia, o risco da doença é de 46% para cada filho (PLISZKA, 2004, p. 177-195). Outro tipo de estudo epidemiológico extremamente difundido são os estudos de adoção que, embora tenham apresentado problemas metodológicos importantes, como nos aponta HORWITZ (2002, p. 136-137), foram amplamente utilizados na defesa do determinismo genético dos transtornos psiquiátricos.

<sup>43</sup> Doença hereditária grave relativamente comum (1 em cada 2500 nascimentos), que afeta diversos órgãos, como o pâncreas, o pulmão, e o fígado, levando ao óbito prematuro. Devido ao seu caráter monogenético, pode ser diagnosticada desde a fase fetal de um indivíduo (BUSCH R, 1990).

<sup>44</sup> A Coreia de Huntington é uma doença degenerativa que afeta o sistema nervoso central e provoca movimentos involuntários de partes do corpo (dos braços, das pernas e da face) e problemas cognitivos diversos. É uma doença hereditária grave, incurável e progressiva, causada por uma mutação genética específica que pode ser identificada a partir de um exame de sangue. Por isto, pode-se classificá-la como uma doença *monogenética*, ou *mendeliana*. GELDER, M; LOPEZ-IBOR, J.; ANDREASEN, N. *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2003, p. 326-328.

<sup>45</sup> Doença do sangue provocada pela herança de genes recessivos em que as hemácias adquirem formas anômalas que imitam uma foice, provocando uma série de sintomas clínicos (fadiga, palidez, insuficiência renal, AVCs, etc.) e o encurtamento significativo da expectativa de vida dos seus portadores.

solo genético de susceptibilidade e a expressão fenotípica das patologias complexas. A ele, deu-se o nome de endofenótipo<sup>46</sup>.

Uma das principais vantagens teóricas oferecidas pelo modelo que engloba a noção de endofenótipo, é a inclusão da variável “ambiente” na cadeia explicativa das patologias. Neste, um conjunto de mutações genéticas pode se expressar, ou não, em anomalias fenotípicas prejudiciais, em função da história das interações entre o organismo e o meio exterior. Por exemplo, um indivíduo com predisposição genética para doenças cardiovasculares, terá uma chance aumentada de desenvolvê-las em algum momento da sua vida, caso tenha adquirido hábitos propiciadores da sua expressão, como o tabagismo, o sedentarismo, o estresse e uma alimentação rica em gordura. Assim, fatores ambientais (ou epigenéticos, como são chamados) disparariam um risco genético potencial para o desenvolvimento da doença e, no sentido inverso, poderiam exercer uma função inibidora do seu aparecimento. O que seriam, então, os endofenótipos, dentro deste modelo? Eles seriam os indicadores de risco para o desenvolvimento de uma patologia. Na medida em que não se pode prever totalmente o aparecimento de uma doença em patologias complexas, se poderia ao menos encontrar signos anunciadores do risco do seu aparecimento em indivíduos. Em um plano prático, isto seria importante para a criação de estratégias de prevenção; no plano teórico, se introduziria um elemento intermediário nestes modelos, que explicaria o fracasso no estabelecimento de um determinismo genético no caso das patologias complexas, e construiria uma ponte entre o patrimônio genético e a expressão sintomática destas doenças.

Este modelo complica-se ainda mais quando estamos tratando de uma patologia psiquiátrica, visto que múltiplos níveis descritivos são mobilizados na cadeia. Por exemplo, um artigo científico poderia afirmar que meta-análises fornecem evidências de que mutações nos segmentos cromossômicos ZNF804A e CACNA1C parecem influenciar o risco de se desenvolver tanto os sintomas ligados à esquizofrenia, quanto àqueles relacionados ao transtorno bipolar. Isto reforçaria a hipótese de que a etiologia destas duas categorias não seria distinta, e sim compartilhada<sup>47</sup>. Restaria, então, saber que fatores ambientais

---

<sup>46</sup> Este conceito foi introduzido pela primeira vez em 1972, por GOTTESMAN e SHIELDS, na ocasião dos seus estudos sobre a esquizofrenia, inspirados pelas publicações sobre a biologia dos insetos. Apesar de ter sido elaborado há quase 40 anos, somente nesta última década este conceito passou a ser amplamente valorizado na pesquisa médica (LOCK, 2006). Para uma visão detalhada acerca das implicações da noção de endofenótipo nos modelos psiquiátricos, ver: GLANON W. 2003. A antropóloga Margareth LOCK (2006) discute as controvérsias do estabelecimento de endofenótipos para a doença de Alzheimer, a partir da noção de “déficit cognitivo leve” [*mild cognitive impairment*], bem como algumas de suas conseqüências antropológicas. Pierre-Henri CASTEL (2009) também discute a implicação desta noção na construção de modelos animais em psiquiatria no primeiro capítulo do seu mais recente livro. A maior parte das informações aqui descritas foram extraídas destes artigos, assim como dos esclarecimentos feitos por pesquisadores de Sainte Anne com quem conversei, que me sugeriram ainda a leitura de fontes bibliográficas primárias sobre o tema, que são citadas ao longo desta parte.

<sup>47</sup> Este estudo foi efetivamente realizado por: O'DONOVAN, MC, CRADDOCK, NJ, OWEN, M.J., 2009.

propiciariam a expressão fenotípica diversa destas mutações, ora favorecendo o aparecimento da esquizofrenia, ora o do transtorno bipolar. Entretanto, antes da realização de uma pesquisa deste tipo, é-se obrigado a fazer o caminho inverso dos resultados encontrados, isto é, partir do nível fenotípico (o final da cadeia) em direção ao isolamento estatístico de características genéticas comuns entre a população estudada. Isto se dá *a priori*, na seleção dos pacientes para o estudo, em que um psiquiatra criterioso faz uma anamnese para diagnosticar a presença de uma patologia psiquiátrica. Esta atividade não é feita por instrumentos de medida, mas por uma entrevista clínica. Por mais padronizada que seja esta entrevista, o seu material é composto basicamente de palavras, olhares e percepções. Expressões como “falta de motivação e de iniciativa” (presente nos sintomas negativos da esquizofrenia), “sentimento inflado de superioridade” (possivelmente presente na fase maníaca do transtorno bipolar), “inadequação de um conjunto de crenças com a realidade compartilhada”, “ausência de encadeamento lógico no curso do pensamento”, “incompatibilidade entre os pensamentos e os afetos” (dissociação ideo-afetiva) etc., servem para guiar o julgamento do psiquiatra nesta situação. Estas fazem parte de um campo semântico muito mais próximo de uma “psicologia popular” [*folk psychology*] do que do vocabulário fisicalista que representa o nível molecular da cadeia explicativa, com alusões aos segmentos cromossômicos ZNF804A e CACNA1C. Trata-se de expressões e de juízos de valor que poderíamos muito bem utilizar para falar da cognição e dos afetos na vida social. Além disto, a manifestação sintomática, a resposta aos tratamentos e a evolução temporal de categorias como a esquizofrenia e o transtorno bipolar são relativamente variáveis, o que dificulta o estabelecimento de traços fenotípicos totalmente estáveis que possam servir de parâmetro para a busca de mutações genéticas complexas<sup>48</sup>. Por estas razões, nos transtornos psiquiátricos, mais do que em qualquer outra patologia complexa, é necessário que se isole endofenótipos que sirvam como pontes para compatibilizar os dois extremos da cadeia, marcados pelo que Joseph Levine apelidou de “lacuna explicativa” [*explanatory gap*]. Por um lado, estes seriam menos dependentes de sistemas de valores e do juízo de indivíduos; por outro, mais próximos dos métodos quantitativos e da linguagem fisicalista utilizada nos estudos empíricos da genética psiquiátrica.

---

<sup>48</sup> Esta instabilidade fenotípica faz com que muitos defendam, por exemplo, uma noção dimensional destes transtornos, por oposição ao diagnóstico categorial. Esta corrente argumenta em favor da idéia da existência, não de categorias, mas de “espectros”, isto é, de síndromes amplas e não-unitárias, que se estenderiam a diversos subgrupos, desde as formas graves até as manifestações mais leves (ESTERBERG, ML, COMPTON, MT, 2009; SBRANA, A, DELL'OSSO, L, BENVENUTI, A, et al., 2005).



Mas o que pode ser considerado como um endofenótipo em uma categoria como a esquizofrenia? O que são afinal estes fatores de vulnerabilidade? Com que finalidade prática se pesquisa estes signos? Junto com a resposta a estas perguntas, é necessário expor a inserção dos endofenótipos no modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia.

### 1.3.2 Os endofenótipos e o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia.

Em linhas gerais, como foi exposto acima, a noção de endofenótipo corresponde a signos que indicam, não a presença de um transtorno propriamente dito, mas de vulnerabilidade ao seu desenvolvimento. Na medicina mental, estes signos podem ser neuroquímicos, endocrinológicos, neuroanatômicos, ou neuropsicológicos. Uma das principais missões da unidade de pesquisa de Sainte Anne era o isolamento e a formalização de endofenótipos estáveis para a esquizofrenia. Entre os signos freqüentemente citados como indicadores de risco para esta categoria, estariam: 1. determinadas *anomalias físicas menores*, como o palato alto, a distância excessivamente grande ou pequena entre os canais lacrimais, a malformação das orelhas e anomalias nas impressões digitais (SCHIFFMAN et al. 2002; ISMAIL; CANTOR-GRAAE; MCNEIL, 1998); 2. anomalias neuro-estruturais e neurofuncionais, como a redução do volume cortical, a hipoatividade do lobo frontal, a hiperatividade do lobo temporal (GREEN; SATZ; CHRISTENSON, 1994); 3. os chamados *signos neurológicos menores*, evidenciados por dificuldades em executar certas tarefas sensório-motoras finas com a mesma destreza que a média estatística da população.

O que fornece sentido à interpretação destes signos como índices de vulnerabilidade para esta categoria clínica é o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia. Este modelo permitiu a articulação coerente entre diversos níveis descritivos, agrupando as noções de endofenótipo, de vulnerabilidade, de multifatorialidade de causas, etc. em uma explicação complexa e totalizante, que iniciaria com a dimensão molecular e terminaria com as dificuldades de inserção social vividas pelos sujeitos diagnosticados com este transtorno. Nesta representação da esquizofrenia adotada pela equipe de Sainte Anne, tudo começaria com a presença de mutações genéticas polimórficas, que seriam o primeiro passo rumo à constituição de um solo vulnerável ao aparecimento da patologia. Este primeiro fator de vulnerabilidade, como vimos, não seria uma condição suficiente para a esquizofrenia, mas um elemento central. Ele poderia ser agravado, ou não, durante o período embrionário, quando o

pequeno organismo em formação inicia as suas primeiras relações com o ambiente intra-uterino. Nesta interação, o primeiro e o segundo trimestres são considerados como as épocas mais importantes. É justamente durante este período que o cérebro do feto se constitui e adquire a complexidade necessária para a execução de todas as suas funções, desde a regulação homeostática do organismo até as aptidões cognitivas básicas. Alguns fatores ambientais poderiam interferir negativamente neste processo de formação cerebral, aumentando ainda mais o risco de esquizofrenia para aquele feto já vulnerável geneticamente, como: o contágio da mãe pelo vírus da gripe durante a gravidez; a nutrição inadequada do organismo materno e, conseqüentemente, fetal; o estresse materno durante a gestação, provocando mudanças endocrinológicas em seu organismo, etc.<sup>49</sup> Estes fatores, embora não fossem determinantes, seriam considerados como *disparadores epigenéticos* específicos para a esquizofrenia. Conjugados com a vulnerabilidade genética, eles seriam responsáveis por uma anomalia no chamado “processo de migração das células cerebrais”, o que provocaria a geração de ramificações sinápticas ineficazes e, enfim, de más conexões neuronais entre as diferentes regiões e sistemas do cérebro<sup>50</sup>.

O modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia prevê ainda uma abertura para interação do indivíduo com o ambiente extra-uterino. Acontecimentos no início da vida, como traumas crânioencefálicos durante o parto da criança, assim como eventos tardios, como o uso de maconha no período da adolescência, ou até mesmo a exposição repetida a situações de estresse ao longo da vida, potencializariam a expressão sintomática da esquizofrenia em indivíduos biologicamente frágeis<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> Para pesquisas que associam esquizofrenia e vírus da gripe, ver: BARR; MEDNICK; MUNK-JORGENSON, 1990; O'CALLAGHAN; SHAM; TAKEI; MURRAY, 1991; WEINBERGER, 1995.

Para a sua associação com a desnutrição materna, ver: SUSSER et al., 1996; SUSSER & LIN, 1992.

<sup>50</sup> De acordo com a neurobiologia do desenvolvimento, o segundo trimestre de gestação é o período em que os neurônios migram em direção às suas destinações para criar conexões com outros neurônios. Este processo, chamado de “migração de células”, se encontraria perturbado na esquizofrenia. Nesta, os neurônios não teriam chegado corretamente ao seus destinos, mas parado no meio do caminho, onde teriam constituído redes com os neurônios vizinhos. As conexões ali formadas não teriam a mesma eficácia no transporte de informações. Como conseqüência, ocorreriam problemas de comunicação entre as diferentes zonas cerebrais, que produziriam prejuízos no processamento de informação e, por fim, confusão mental (GREEN, 2003, p. 41-42.).

<sup>51</sup> É importante enfatizar que a noção de ambiente utilizada nestas pesquisas não equivale à noção de ambiente em sociologia e nos chamados estudos culturais. Ao invés de apontar para estruturas sociais e culturais, o “ambiente” nas pesquisas em (epi)genética é um sinônimo de meio físico, regido por leis nomológicas. Portanto, exclui-se destas pesquisas todo tipo de interação dita simbólica, ou intencional. Mesmo quando se fala em “estresse”, esta noção só ganha consistência a partir dos seus efeitos sobre os mecanismos de plasticidade cerebral do organismo. A seguinte passagem de HAMER & COPELAND expressa bem a posição deste tipo de estudo: “O ‘ambiente’ conta, é claro; mas contrariamente à crença popular, os fatores ambientais mais importantes não são a criação, a educação, ou o *status* social. Em vez disto, eles são experiências aleatórias e incontroladas, tais como a concentração precisa de uma determinada substância química no cérebro, ou algo aparentemente menos importante, como um caso infantil de sarampo. Mesmo que gostemos de pensar a nós mesmos como o produto cuidadosamente manufaturado por nossa educação e pelo modo que fomos criados, somos na verdade configurados pelo mesmo tipo de eventos caóticos que faz único cada floco de neve”. In: HORWITZ, A (2002, p. 238, nota 6).

A presença maior, ou menor, de cada um destes componentes genéticos e epigenéticos na vida de uma pessoa determinaria a sua posição em relação ao *espectro da esquizofrenia*: alguns, expostos desde sempre a ambientes favoráveis, ou protetores, desenvolveriam formas mais brandas da síndrome, eventualmente sem as suas feições psicóticas; outros, em função de eventos nocivos, evoluiriam em direção às manifestações mais graves do transtorno, com altos níveis de desorganização e gravidade sintomática<sup>52</sup>.

A elaboração do modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia transformou concepções básicas acerca desta categoria. Pode-se sublinhar, por exemplo, o do laço existente entre sintomas psicóticos e a eclosão da perturbação. Neste novo paradigma, o início da doença não coincide com a aparição dos primeiros sintomas clínicos evidentes. A esquizofrenia propriamente dita, tal como é reconhecida em suas feições clínicas, corresponderia ao final da interação entre uma predisposição genética de base e fatores ambientais de risco, que conduziriam o organismo a uma cascata de eventos patogênicos no processo normal de desenvolvimento corporal e cerebral. Os efeitos deste processo anormal já estariam presentes antes mesmo do início dos sintomas psicóticos e poderiam ser identificados através de alguns signos anunciadores do risco, ou endofenótipos. Eles seriam o indício de uma embriogênese anormal, cujas conseqüências poderiam, ou não, evoluir em direção a uma psicose.

Uma das dificuldades encontradas neste modelo é a de saber porque os sintomas clínicos aparecem tardiamente em relação ao início da doença, pois, como se sabe, a primeira crise psicótica de um sujeito com diagnóstico de esquizofrenia se dá a partir dos quinze anos de idade. Algumas hipóteses foram acrescentadas a este modelo biomédico para responder a esta questão, como a de Weinberger (1995). O autor sugere que os sintomas psicóticos aparecem apenas quando é chegado o momento da utilização plena das regiões cerebrais afetadas pela doença (como o córtex pré-frontal), o que acontece somente entre a segunda e a terceira década de vida. Nesta época crítica, os sistemas cerebrais em jogo podem não estar aptos a realizar corretamente as suas funções, dificultando a adaptação do sujeito à pressão do ambiente, que se torna cada vez mais exigente. Diante da impossibilidade de gerir demandas complexas, como estabelecer relações sociais, ocupar funções de responsabilidade, trabalhar, realizar tarefas que exigem raciocínio abstrato etc., o cérebro sobrecarregado entraria em pane, cujas manifestações mais visíveis seriam a eclosão de sintomas psicóticos e a

---

<sup>52</sup> Entre as possíveis categorias agrupadas sob o espectro da esquizofrenia, se encontrariam o que hoje em dia se chama de “transtorno esquizóide”, “personalidade esquizotípica” e “transtorno esquizo-afetivo.” Tsuang et al. (2000) criaram a nomenclatura *esquizotaxia* para se referir às características compartilhadas por este espectro de sintomas, desde as suas formas mais brandas até as mais severas.

desorganização da personalidade. Walker & DiFiorio (1997) oferecem uma alternativa à hipótese de Weinberg. Segundo os autores, o início freqüente dos sintomas psicóticos durante a adolescência se daria por razões hormonais. Diante das pressões sociais vividas tipicamente no período da adolescência, o organismo seria inundado pelo hormônio cortisol, secretado em grande quantidade diante de situações de estresse. Este hormônio, por sua vez, estimularia a produção do neurotransmissor dopamina, cujo excesso estaria na base do desenvolvimento dos sintomas da esquizofrenia<sup>53</sup>.

### 1.3.3 O modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia como categoria prática.

De acordo com Marie-Christine, este modelo neurodesenvolvimental permitiu o agrupamento de uma série de pesquisas realizadas por sua unidade em torno de um denominador comum. Nas pesquisas em genética realizadas por este grupo, por exemplo, o isolamento de *anomalias físicas menores* e de *signos neurológicos menores* permitiu que a equipe circunscrevesse endofenótipos estáveis, encontrados tanto em sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, quanto em seus familiares próximos. Disto se derivou uma série de pesquisas de comparação genética entre diversas populações, como esquizofrênicos propriamente ditos, pais, irmãos (gêmeos monozigóticos, dizigóticos e não-gêmeos) e grupos-controle<sup>54</sup>. O estabelecimento destes *fenótipos intermediários* para sujeitos com esquizofrenia e seus parentes próximos permitia selecionar populações relativamente homogêneas para, em um segundo momento, procurar mutações genéticas comuns estatisticamente relevantes e, por fim, publicar seus resultados em revistas bem classificadas. Ele servia também como um meta-discurso para transmitir a imagem de que tudo o que se fazia nesta unidade de pesquisa possuía uma coerência interna, articulada sobre um plano racional, em que cada peça se encaixava, do animal ao homem. Com relação aos estudos com animais de laboratório, na época em que freqüentei a unidade, os pesquisadores de Sainte Anne se concentravam privilegiadamente na fase embrionária de ratos. Toda uma série de pesquisas se desenvolvia sobre a formação das circunvoluções cerebrais destes animais. O grande desafio colocado era o de modificar o processo natural de neurodesenvolvimento dos embriões, através da

---

<sup>53</sup> A hipótese dopaminérgica, isto é, a idéia segundo a qual a esquizofrenia seria um produto do excesso de dopamina no cérebro, é uma das mais populares neste campo. Donde, o raciocínio linear defendido por Walker & DiFiorio.

<sup>54</sup> Infelizmente, para preservar a identidade da equipe, a bibliografia correspondente a estes trabalhos não será citada.

exposição repetida à radioatividade. Desta forma, tentava-se produzir artificialmente anomalias de conexões cerebrais supostamente idênticas àquelas que se observava em populações de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, para se compreender melhor os elos entre cada etapa do seu desenvolvimento neuronal anômalo. Traços de vulnerabilidade isolados em humanos como endofenótipos (índices neuromorfológicos e neurofuncionais) serviam de guias para as manipulações que se desejava fazer nos animais estudados.

O modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia atuava como um organizador de todas as atividades desta unidade de Sainte Anne. A produção e a reprodução desta “imagem científica do homem” contradizia a imagem corrente que associava a esquizofrenia ao que socialmente se reconhece como “loucura”, isto é, à presença de sintomas psicóticos. No modelo sustentado pela equipe, estes sintomas não constituíam o seu núcleo central, mas apenas uma feição superficial, ou o resultado de uma série de mecanismos subpessoais que poderiam, ou não, levar a uma crise aguda. Outros traços que não as alucinações e as produções delirantes constituíam as pistas mais importantes para se compreender o que está em jogo quando falamos em esquizofrenia. Estes *fenótipos intermediários*, ou *endofenótipos*, não dependiam de reconhecimento clínico e social, pois, como sintetizam Gottesman e Gould (2003, p. 636), seriam “componentes mensuráveis invisíveis a olho nu”. O seu caráter objetivo (já que os dados relativos a estes traços eram muitas vezes produzidos por aparelhos, ou escalas de aferimento) permitia a criação de estudos comparativos entre populações diversas, como sujeitos que portam o diagnóstico, parentes próximos e jovens com o risco de desenvolver a patologia.

O campo observado em Sainte Anne mostrava que não é possível dissociar representação de ação, quando estamos lidando com categorias médicas. O modelo hipotético sustentado pela unidade de Marie-Christine embasava ainda uma série de práticas clínicas que modificavam a vida de populações inteiras que de alguma forma entravam em contato com aquelas equipes, bem como com a sua rede de parceiros. Este poder de organizar ações concretas era, aliás, considerado pelas equipes como o maior mérito daquela unidade, o que a diferenciava da maioria dos serviços semelhantes em território francês. Neste sentido, produzia-se ali *jogos de linguagem* inovadores, que tinham como objetivo gerar *formas de vida* particulares, em um processo de interação dinâmica.

A principal aplicação prática deste modelo se dava pela articulação de uma rede de prevenção ao desenvolvimento da esquizofrenia. O lema deste projeto era “intervir o quanto antes para melhorar o prognóstico”. Acreditava-se que a demora no estabelecimento de um projeto terapêutico acarretaria em uma piora das chances de restabelecimento e reinserção

psicossocial destes indivíduos. Assim, esta unidade de pesquisa recebia diariamente uma grande afluência de adolescentes e jovens adultos que, uma vez em contato com os seus clínicos e pesquisadores, passavam por uma avaliação clínica e neuropsicológica para se determinar a existência, ou não, de um risco elevado de entrada na psicose. Além de uma ampla gama de signos clínicos (como o isolamento social e familiar, o fracasso escolar, problemas de inserção no mundo do trabalho, confusão mental, perda de energia e de motivação para a vida, distúrbio do sono e do apetite, etc.), avaliados através de modelos padronizados de entrevista, os fatores de risco buscados por estes clínicos-pesquisadores incluíam: a presença de esquizofrenia (ou de transtornos aparentados, como a personalidade esquizotípica) em familiares próximos; o uso regular de maconha; e a baixa performance em uma bateria padronizada de detecção de *signos neurológicos menores*, desenvolvida e validada por esta unidade<sup>55</sup>.

Uma vez preenchidos os critérios para o alto risco de se desenvolver sintomas psicóticos, um dilema estava instaurado: a que tipo de intervenção estes jovens deveriam ser submetidos? Como tratar o risco, e não a doença propriamente dita, no campo dos sintomas mentais? Por mais que os profissionais de Sainte Anne dissessem repetidamente que cada abordagem terapêutica deveria ser única e individualmente adaptada, algumas medidas eram empregadas coletivamente nesta “gestão dos riscos”. A primeira destas era a chamada *psicoeducação*, que consistia no fornecimento de informações acerca da esquizofrenia e dos seus fatores de risco aos pacientes e aos seus familiares. Pensava-se que o paciente informado teria mais armas para lutar contra o desenvolvimento da esquizofrenia, pois: 1) ele se tornaria mais habilitado a reconhecer em si os signos anunciadores de uma primeira crise psicótica e procurar ajuda cedo; 2) ele poderia ser mais facilmente convencido a transformar hábitos nocivos, como o consumo de entorpecentes (sobretudo de maconha); 3) ele poderia ser motivado a retomar atividades deixadas de lado por falta de iniciativa (como os estudos, ou o trabalho). Além disto, a *psicoeducação* incidiria positivamente sobre a família destes sujeitos, alertando-a para as características da fase de entrada na psicose, ou “fase prodrômica”. Isto diminuiria a sua possível culpa em relação ao membro familiar em dificuldades, reduziria o estigma associado aos sintomas mentais, e atenuaria alguns dos efeitos nefastos sobre as

---

<sup>55</sup> Este conjunto de testes, inspirado nas baterias para a detecção de repercussões cognitivas de lesões neurológicas, consistia em pedir aos sujeitos que executassem tarefas sensório-motoras diversas, como: repetir movimentos finos com os dedos da mão, com os braços, com as pernas e com os pés; manter o equilíbrio e a postura em posições difíceis; executar movimentos ritmados com partes diferentes do corpo, ao mesmo tempo; reconhecer objetos apenas pelo tato, com os olhos fechados; memorizar listas de palavras, etc. A presença de reflexos motores anormais, de dificuldades de equilíbrio, de ambidestria, de confusão sensorial, de má coordenação motora, entre outros constructos medidos por esta escala, serviriam aos clínicos como marcadores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da esquizofrenia, ajudando-os a estabelecer um diagnóstico de risco de evolução para a psicose.

relações familiares causados por este tipo de perturbação. Portanto, de acordo com a equipe, a *psicoeducação*, por si só, ajudaria a criar um ambiente protetor, justamente por tornar pacientes e familiares conscientes das causas e das características inerentes ao espectro da esquizofrenia.

Junto com a *psicoeducação*, era proposto aos jovens um acompanhamento psicoterápico, baseado em abordagens motivacionais e cognitivo-comportamentais. Neste, objetivava-se modificar de comportamentos e esquemas cognitivos que supostamente induziriam estes sujeitos à falta de iniciativa, à apatia, à ausência de planos para o futuro e à baixa auto-estima. De acordo com os terapeutas de Sainte Anne com quem conversei, a psicoterapia deveria ensinar estratégias de auto-motivação, de autocontrole, de autogestão do estresse, de valorização de si e da própria capacidade de realizar tarefas, de reconhecimento de crises iminentes, etc. Como resultado final, visava-se a atenuação dos efeitos dos eventuais sintomas psiquiátricos e a construção de um projeto sócio-profissional baseado nos interesses pessoais de cada indivíduo. Como me contou Éric, um dos psicoterapeutas da unidade: “o objetivo é recolocar esses jovens no circuito, criar projetos, ou trabalhar para que as suas dificuldades não os impeçam de criar uma rotina, de ter uma vida produtiva”.

Por fim, era testado em alguns sujeitos que se considerava em alto risco de esquizofrenia a administração de medicamentos psicotrópicos em baixas doses, entre os quais se incluía os chamados *neurolépticos atípicos* (utilizados no tratamento da psicose), antidepressivos e benzodiazepínicos (tranqüilizantes). No caso da prescrição de *neurolépticos*, os psiquiatras eram unânimes em afirmar que esta medida deveria ser adotada com muita cautela, pois nem todo “sujeito em risco” desenvolveria os sintomas psicóticos e este tipo de medicação carrega consigo efeitos colaterais importantes, como o aumento de peso, náusea, dores de cabeça, sonolência, irritabilidade, agitação, entre outros. Entretanto, segundo os psiquiatras, em alguns “sujeitos em ultra-risco”, o uso de *neuroléptico atípico* poderia proteger da entrada iminente na psicose, se utilizado com cuidado e acompanhamento regular. Neste caso, o médico forneceria todas as informações existentes sobre o benefícios e os malefícios da ingestão regular deste tipo de medicação, e a decisão era tomada conjuntamente.

Além de servir como metadiscorso para a justificação de atividades de pesquisa aparentemente heterogêneas, e de legitimar a articulação de uma rede de prevenção à entrada na psicose, o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia e a noção de endofenótipo estavam ainda por trás de todo o raciocínio que conduzia à elaboração e à validação das

técnicas de remediação cognitiva aplicadas a esta categoria. Isto porque, como será descrito a seguir, estas hipóteses levaram à valorização dos déficits neurocognitivos na esquizofrenia.

#### 1.3.4 A esquizofrenia como o produto de mecanismos infraconscientes de processamento da informação

Maëlle é uma psiquiatra-pesquisadora que completou a sua formação universitária em 1990, logo no início da dita “década do cérebro”, assim nomeada pelo então presidente dos Estados Unidos, George Bush. Chego na sua sala em uma manhã fria de dezembro para uma reunião concernindo o protocolo de pesquisa sobre a validação de uma técnica de remediação cognitiva que eu acompanharia com o estatuto de antropólogo observador. Ela é uma das co-coordenadoras deste projeto e a responsável pelas atividades de um laboratório de oculomotricidade neste centro hospitalar de Paris. Logo ao passar pela porta de sua sala, noto uma pequena biblioteca repleta de obras em língua inglesa. Eu a observo rapidamente e me deparo com um belo exemplar, em edição de luxo, do *The Cognitive Neurosciences* de Michael Gazzaniga, ao lado de um tributo a Michael Posner, intitulado *Developing Individuality in the Human Brain*. Os livros em sua biblioteca expressavam bem o seu interesse por abordagens não-francesas no estudo da cognição. Isto remetia-me à idéia de que no universo da pesquisa contemporânea em psiquiatria, não fazia tanto sentido falar em escolas locais de pensamento, como a escola francesa, a escola alemã, etc. Tudo se passava por uma rede de saberes globalmente distribuída, talvez com um acento maior sobre as abordagens de inspiração anglo-saxônica.

Ela me conta que o seu interesse pela remediação cognitiva começou em 2004, a partir da leitura de artigos internacionais sobre o tema. Como ela era especialista na neuropsicologia dos transtornos psiquiátricos, com um enfoque particular na esquizofrenia, o seu olhar havia se voltado para aspectos não percebidos geralmente por um clínico “puro”, no que tange as dificuldades presentes no dia-a-dia destes sujeitos. Estes aspectos eram os déficits neurocognitivos, menos visíveis na clínica do quotidiano, calcada nos ditos sintomas positivos e negativos, porém evidentes para um pesquisador que trabalha sobre os mecanismos básicos do processamento da informação na esquizofrenia.

Até chegar à idéia de montar uma pesquisa para a validação de uma técnica de remediação cognitiva, Maëlle dirigiu vários projetos que tinham por objetivo o estudo das



funções cognitivas no espectro da esquizofrenia. Coordenadora de um laboratório de oculomotricidade, a maior parte de suas pesquisas se dirigiu especificamente para o comportamento da atenção nesta população. A presença de déficits atencionais na esquizofrenia, assim como de outros déficits neurocognitivos, era plenamente coerente com o seu modelo neurodesenvolvimental e estaria na base do raciocínio que conduz à fabricação de métodos inspirados nas pesquisas em neurociências, como a remediação cognitiva.

Ao longo desta nossa primeira conversa, pedi a Maëlle que me desse um exemplo do tipo de pesquisa desenvolvido por sua equipe. Ela, então, me conduziu pelos corredores desta unidade de pesquisa a fim de me explicar em que consistia concretamente o tipo de estudo por ela coordenado. Diante de uma sala de experimentos, repleta de aparelhos, câmeras e computadores, Maëlle me relata detalhadamente os procedimentos formalizados por sua equipe, em uma pesquisa cujo objetivo era a mensuração do tempo de reação oculomotora de pacientes com esquizofrenia diante de um estímulo visual luminoso. O *design* da pesquisa consistia em colocar os sujeitos de frente para a tela de um computador, onde pontos luminosos acendiam em dois locais diferentes, de um modo alternado, repetido e com uma frequência constante. Os sujeitos, com as cabeças fixas e imobilizadas em um anteparo, deveriam seguir estes estímulos visuais com os olhos no momento da sua mudança de posição, o mais rápido possível, ao longo de 30 repetições (ver a figura 3). Um aparelho capaz de detectar o momento exato em que os olhos dos participantes se deslocavam para cada ponto luminoso era apontado para a sua face e registrava com precisão o tempo de reação gasto entre cada movimento ocular [*saccade oculaire*]<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> O vocábulo inglês “saccade”, de acordo com o *Oxford Dictionary*, significa “movimento rápido dos olhos entre pontos de fixação”. O termo empregado pela equipe francesa para traduzi-lo, “saccade oculaire”, foi uma adaptação inadequada do inglês, visto que “saccade”, em francês, segundo o dicionário *Le Petit Robert*, quer dizer “movimento brusco e irregular”, o que em português poderia ser traduzido por algo como “solavanco”. Esta acepção se distancia do vocábulo inglês “saccade”, embora tenha a vantagem de manter uma proximidade sonora e grafológica com aquele. Para evitar mais confusões, traduzi “saccade oculaire” por “movimento ocular”, mesmo que esta tradução implique em perda do significado original, de movimento rápido dos olhos entre dois pontos de fixação.

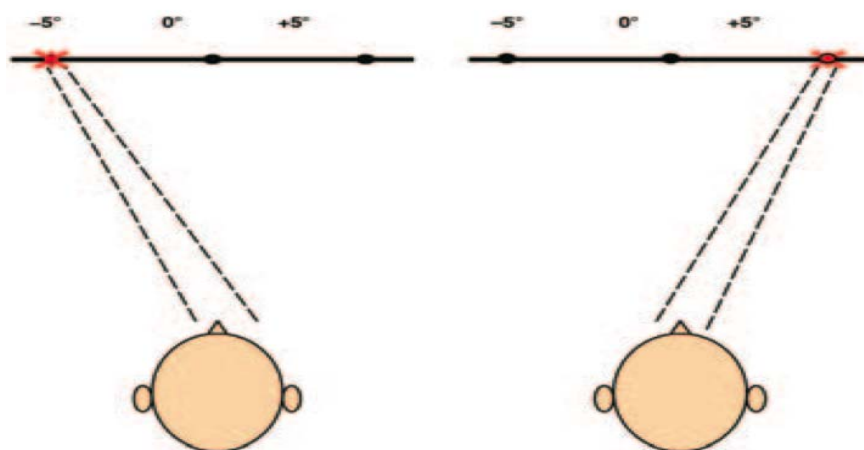


Figura 3: Ilustração do experimento para a medida do tempo de reação oculomotora

O registro do tempo de reação dos movimentos oculares [*saccades oculaires*] era, em seguida, comparado com a performance dos sujeitos-controle (ou seja, não-esquizofrênicos), com vistas a avaliar a velocidade do processamento de informação do cérebro dos sujeitos de pesquisa em face de um estímulo visual alternado.

De acordo com os resultados obtidos, o tempo de reação oculomotora dos sujeitos-controle diminuía progressivamente à medida que a alternância dos estímulos se repetia, enquanto que o tempo de reação dos pacientes com esquizofrenia evoluía no tempo de um modo aleatório, sem uma redução progressiva. A diferença dos dados era extremamente sutil, medida em milissegundos. De acordo com a interpretação da equipe, ao longo das repetições, os sujeitos-controle aprendiam a antecipar corretamente a aparição do alvo visual sobre as diferentes partes da tela do monitor, o que diminuía significativamente o seu tempo de reação ao longo da tarefa, ao passo os sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos eram incapazes de manter um reflexo deste gênero. Esta diferença com relação à capacidade de *planificação oculomotora* em sujeitos com esquizofrenia e não-esquizofrênicos se daria por causas neurocognitivas infra-conscientes, já que se tratava de uma reação quase reflexa. Ela seria um indicativo de disfunções concernentes ao processamento de informação no sistema neurocognitivo responsável pelas funções atencionais, que, por sua vez, teriam origem no processo de desenvolvimento cerebral típico da esquizofrenia.

Como me relatou Maëlle, uma das vantagens deste gênero de estudo era permitir a comparação entre diversas populações, com perfis fenotípicos distintos. Foi assim que, após os dados iniciais recolhidos nestas primeiras pesquisas, Maëlle pôde coordenar uma série de estudos semelhantes para verificar o tempo de reação aos estímulos visuais em outras populações, como: 1) irmãos e irmãs não-esquizofrênicos de sujeitos com um diagnóstico de

esquizofrenia; 2) adolescentes e jovens adultos com um alto risco de desenvolver o transtorno; 3) pais de sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos; 4) indivíduos diagnosticados como portadores de outros transtornos mentais, como o transtorno bipolar; entre outros grupos. Ao invés de se concentrar sobre traços fenomenológicos complexos inerentes à esquizofrenia, que dificultariam este tipo de comparação, a medida do tempo de reação oculomotora era mais fácil de manejar e tornava metodologicamente viável a comparação com praticamente qualquer grupo que se desejasse investigar. Além do mais, cada comparação, ou pequena variação de um mesmo experimento, habilitava aquela unidade de pesquisa a elaborar um artigo científico e, desta forma, aumentar sensivelmente a sua produção acadêmica a partir de um único tipo de procedimento.

Conforme o edifício argumentativo construído pela equipe para justificar os resultados das suas pesquisas, o déficit da planificação oculomotora poderia ser um bom candidato ao posto de *endofenótipo* estável, ou *fenótipo intermediário*, para a esquizofrenia, dada a sua incidência estatística constante em sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos, sujeitos na fase prodrômica do transtorno e em seus parentes de primeiro grau. Embora fossem invisíveis em uma anamnese clínica ordinária e distanciados dos significados historicamente atribuídos à loucura, estes traços intermediários se mostravam úteis na articulação entre genética, neurobiologia, modelos animais e, como veremos, clínica quotidiana, com o desenvolvimento de técnicas de remediação cognitiva. Uma noção importante derivada deste tipo de representação médica provocaria importantes repercussões na forma de se tratar a esquizofrenia: a de que os déficits cognitivos, e não os sintomas psicóticos, constituiriam o seu núcleo central e a principal causa das dificuldades de inserção social encontradas por estes sujeitos na vida quotidiana.

### 1.3.5 Os déficits cognitivos como o núcleo central da esquizofrenia: a mente sob medida.

No início da minha estadia em Sainte Anne, na posição de observador, todo o meu esforço se direcionava para a compreensão das razões pelas quais aqueles pesquisadores estavam interessados em métodos de treinamento cognitivo para a esquizofrenia. O que esta categoria psiquiátrica tinha a ver com problemas geralmente associados à clínica neurológica, como déficits de memorização, dificuldades para manter o foco da atenção, para planejar e executar ações coordenadas? De acordo com os pesquisadores com os quais eu conversava,

este interesse se dava fundamentalmente por razões empíricas. Com o intuito de me instruir acerca dos argumentos empíricos em jogo naquela unidade de pesquisa, Maëlle me emprestou um conjunto de pastas, dentro das quais eu poderia encontrar artigos utilizados pela equipe que sustentavam uma posição, até então nova para mim: o núcleo da esquizofrenia não seria composto pelos clássicos sintomas positivos e negativos, mas justamente pelos déficits cognitivos que eu, com a minha curta experiência pregressa de psicólogo clínico, costumava associar às doenças neurodegenerativas e às lesões cerebrais.

Junto com estes artigos, encontrava-se um exemplar fotocopiado de um livro do pesquisador e psiquiatra americano Michael Foster Green, que (vim a saber posteriormente) é o coordenador de um amplo projeto chamado MATRICS – *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*.<sup>57</sup> Este projeto ambicioso tem por objetivos lançar bases sólidas para ações terapêuticas eficazes sobre uma dimensão até bem pouco tempo negligenciada pela clínica da esquizofrenia, a saber, os déficits cognitivos. Entre as dificuldades a serem superadas, encontram-se a falta de consenso sobre como a cognição deve ser medida na esquizofrenia e quais drogas indicariam as vias mais promissoras para o tratamento destas funções deficitárias<sup>58</sup>. Green é um dos maiores proponentes da visão que sustenta a centralidade dos déficits cognitivos nesta categoria clínica. Como nos explica na introdução do seu livro:

Desenvolvimentos científicos recentes nos ofereceram uma melhor compreensão da esquizofrenia e a tornaram menos misteriosa. Esta nova maneira de vê-la a concebe de uma forma absolutamente diferente. A chave se situa na aceitação de um princípio paradoxal e contra-intuitivo diante de noções precedentes: a esquizofrenia é um transtorno psicótico, mas não é um transtorno essencialmente de sintomas psicóticos. Ao invés disso, a esquizofrenia pode ser vista como um transtorno que começa com problemas no estabelecimento de conexões entre os neurônios. Os problemas nas conexões neuronais causam déficits que incluem problemas nas áreas da atenção, da memória, da percepção e da resolução de problemas. Estes déficits levam a falsas interpretações, à confusão, e finalmente à incapacidade funcional (isto é, problemas na vida quotidiana). Os sintomas psicóticos são uma parte da doença, mas não são centrais a ela (GREEN, 2001; p. 5).

De acordo com o pesquisador americano, estes déficits tocariam entre 75% e 85% dos portadores de um diagnóstico de esquizofrenia, estariam presentes antes mesmo das primeiras manifestações clínicas do transtorno e continuariam a existir mesmo quando os

<sup>57</sup> Para mais informações, ver o site do projeto. Disponível em: [www.matrics.ucla.edu/](http://www.matrics.ucla.edu/). Acesso em Nov. 2010.

<sup>58</sup> Até o presente, a psicofarmacologia dos déficits cognitivos encontra-se na sua infância. Um dos caminhos considerados como mais promissores por estes pesquisadores é a via aberta pelos nootrópicos, também chamados de *smart drugs*, ou *cognitive enhancers*, dentre os quais pode-se incluir o *metilfenidato*, espécie de anfetamina utilizada primordialmente no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção, e o *modafinil*, estimulante utilizado comumente no tratamento da narcolepsia. Apesar de grupos defenderem a sua utilização no tratamento da esquizofrenia, está-se ainda muito longe de obter um consenso acerca dos benefícios que estas drogas poderiam fornecer para os pacientes que portam este diagnóstico. Ver: Raedler, 2008; Turner et al. 2004.

sintomas psicóticos são controlados com a ajuda de neurolépticos<sup>59</sup>. Por este motivo, defende-se que os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia sejam relativamente dissociados dos déficits neurocognitivos pesquisados. Estes, por sua vez, possuiriam uma existência independente, própria, específica. Conforme a descrição de Green, endossada pela unidade de Sainte Anne, estes déficits seriam os principais responsáveis pela chamada “incapacidade funcional” dos portadores de um diagnóstico de esquizofrenia, isto é, a perda de autonomia, as dificuldades de socialização, e os problemas de inscrição social no mundo do trabalho<sup>60</sup>.

Para a unidade INSERM de Sainte Anne, o ponto de vista sustentado por Green tinha a vantagem de se adequar com as pesquisas que ali eram desenvolvidas e, sobretudo, com o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia, que servia como um meta-discurso para unificar todas as atividades paralelas. Os déficits neurocognitivos estariam presentes antes mesmo da eclosão sintomática do transtorno, podendo servir como *fenótipos intermediários* para o estudo de familiares de portadores dos sintomas, para a criação de estratégias de prevenção e para a geração de novos métodos de tratamento, como a remediação cognitiva.

Colocar os déficits neurocognitivos no centro do espectro da esquizofrenia apresentava ainda uma outra grande vantagem para os pesquisadores parisienses com os quais eu convivía: eles permitiam a criação de protocolos que seguiam certos padrões de rigor metodológico em curso na *cultura epistêmica* da qual este pequeno grupo fazia parte. Diferentemente dos sintomas psicóticos (que lidam com noções como “sentido”, “contexto”, “visão de mundo”, “significação”, caras às tradições hermenêutica, psicodinâmica e fenomenológica da psiquiatria), os déficits neurocognitivos ofereciam a vantagem metodológica de poderem ser facilmente transformados em números. Utensílios de mensuração, como àqueles empregados na pesquisa sobre os movimentos oculares coordenada por Maëlle, permitiam a extração de dados com *independência lógica* em relação a qualquer contexto local. Estes dados podiam ser universalizados e isolados das características singulares de cada indivíduo. Isto tornava mais cômoda a comparação entre populações diferentes e a integração das pesquisas sobre a cognição humana com os modelos animais, visto que estes traços de vulnerabilidade se situam em um nível subpessoal, a-semântico, não-intencional. A focalização sobre este nível era condição para a utilização do método científico no estudo da esquizofrenia e, como consequência, para a validação de

---

<sup>59</sup> Estes dados estatísticos são confirmados por outros pesquisadores, como, por exemplo, Harvey & Serper, 1999; O’Carrol, 2000. Alguns estudos apontam leves melhoras deste tipo de déficit a partir do uso de antipsicóticos atípicos, como Stip, Chouinard e Boulay, 2005.

<sup>60</sup> Para outros autores importantes no campo que sustentam esta posição, ver: Velligan et al., 1997; Addington e Addington, 1999; Harvey et al. 2000; Prouteau et al., 2005; Twamley et al., 2007.

enunciados e práticas voltados especificamente para esta categoria. Como sintetiza Marie-Christine:

os endofenótipos caracterizam uma abordagem que reduz a complexidade dos sintomas e comportamentos multifacetados, utilizando estratégias de mensuração que usam unidades quantitativas de análise que são passíveis de serem acessadas no laboratório. Isto torna viável uma série de trabalhos.

Esta sua declaração expressa que, para a cultura intelectual que norteava as ações desta equipe, não se colocava perguntas para as quais não se tinha meios de responder adequadamente, ou de acordo com certas regras de justificação. Por este motivo, deixava-se sempre muita coisa de fora. Aliás, deixar algo de fora, lidar com o mais simples, com o que é passível de manipulação, comparação e aferição, talvez fosse a condição mesma para o estabelecimento de fatos empíricos que fossem sólidos o bastante para não desmoronarem com facilidade. A simplicidade aumenta a chance de produzir ordem e regularidades. Isto se mostrou pouco a pouco como um elemento importante para compreender o interesse deste grupo pela presença dos déficits neurocognitivos na esquizofrenia, bem como o desenvolvimento dos seus “remédios”. Restava perseguir ainda os outros elementos desta cadeia de razões, crenças e motivos, ancorados e balizados pela participação destas pessoas em uma determinada cultura científica local. Como e porque mobilizar certos instrumentos? Como se medir a melhora cognitiva de alguém? Como se produzir um experimento de laboratório deste gênero?

#### **1.4 Considerações finais da primeira parte**

O principal objetivo desta primeira parte foi lançar bases para que se compreenda as razões e os motivos que levaram a equipe que acompanhei a se interessar pela aplicação e validação das técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia. Para tanto, foi realizada uma descrição densa [*thick description*] do campo em questão, isto é, uma descrição que procurou levar em conta o contexto das ações observadas. Alguns aspectos ressaltaram desta atividade descritiva. Em primeiro lugar, procurou-se mostrar que entre as equipes de pesquisa que compunham a unidade INSERM de Sainte Anne, diversos interesses se conjugavam em um *continuum* que ia do laboratório à clínica quotidiana. Os profissionais que ali trabalhavam

tinham por missão articular toda a complexidade envolvida no fenômeno da esquizofrenia em torno de uma explicação coerente, unificada, e passível de ser manipulada por métodos científicos de pesquisa, que se tornaram a regra nas instituições de pesquisa em medicina ao longo da segunda metade do século XX. Neste contexto, o estabelecimento de fatos e enunciados estabilizados era o produto final de uma negociação permanente em que o desejo de produzir conhecimento de ponta se unia com a necessidade de construir alianças, obter financiamentos, publicar artigos, tratar populações, expandir as atividades de pesquisa, obter reconhecimento, tendo que seguir para tanto as regras que regem a pesquisa biomédica internacional. Assim, se estava longe de uma visão idealizada da atividade científica em que os atores avaliam a importância de uma linha de pesquisa em função dos benefícios que ela trás para o progresso do conhecimento. Diferentemente, para se tornar habilitado a produzir enunciados válidos acerca da esquizofrenia e administrar práticas terapêuticas a uma grande parte da população, era necessário à unidade que acompanhei criar uma rede. Nesta, elementos como instrumentos de medida, enunciados estáveis produzidos por outras equipes, constantes estatísticas, artigos científicos publicados em revistas com fator de impacto elevado e ratos de laboratório manipulados, estabeleciam uma *relação de simetria* com a associação institucional interessada com outras unidades de pesquisa, o respeito às regras de publicação das revistas bem classificadas, as estratégias de convencimento das agências de fomento e a luta por reconhecimento local. Os enunciados e práticas ali elaborados eram tão somente o resultado final da articulação complexa entre todos os elementos desta rede sociotécnica.

O emprego da noção de *endofenótipo* e a adoção do *modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia* representavam um dos elos fundamentais para a estabilização desta rede. Por um lado, eles eram vitais à construção de um edifício argumentativo que permitia a unificação teórica de tudo o que era feito nesta unidade. Esta atividade retórica fornecia a coerência necessária ao desenvolvimento de linhas de pesquisa tão distantes, que iam do nível molecular (com pesquisas em genética) até a articulação de uma estrutura de cuidados para adolescentes e jovens adultos (prevenção à entrada na psicose). Em um plano institucional, esta unificação era considerada como um critério de qualidade científica e indicava que os pesquisadores possuíam um nível profundo de reflexão. “Poucos serviços conseguem ter uma reflexão coerente neurodesenvolvimental, de cima a baixo, até o animal”, declarou certa vez Marie-Christine, valorizando a sua unidade. Por outro lado, trabalhar com o isolamento de *endofenótipos*, ou *marcadores de vulnerabilidade*, para a esquizofrenia possuía a vantagem de ser extremamente prático para alguém comprometido com a utilização do método científico,

se comparado com a variabilidade e o polimorfismo que caracteriza os sintomas psicóticos. Do ponto de vista da pesquisa inspirada por aquela *cultura epistêmica*, lidar, por exemplo, com o tempo de reação oculomotora era muito mais cômodo do que lidar com crenças e desejos desarrazoados. Isto porque pois uma reação física desta ordem, quase reflexa, era facilmente transformada em números, isto é, em uma linguagem comum, confiável, altamente estruturada, acessível à padronização, independente logicamente de qualquer contexto particular, passível de ser isolada da confusão de formas de vida singulares. Mesmo que algo fosse deixado de fora nestas pesquisas, os endofenótipos ofereciam vantagens pela sua relativa simplicidade no manejo e padronização. Isto ia ao encontro das posições do historiador da ciência Theodore Porter, para quem a quantificação é uma forma de retórica especialmente importante na difusão de achados de pesquisa, pois propicia a criação de uma linguagem comum, capaz de cruzar oceanos com relativa facilidade e penetrar em outros laboratórios. Nas palavras do autor

a quantificação é uma ação poderosa de padronização porque ela impõe ordem ao pensamento vago, mas isto depende da licença que ela fornece para deixar de fora muito daquilo que é difícil, ou obscuro. Como estatísticos do século XIX sublinharam, sua ciência deixava de lado tudo o que era contingente, acidental, inexplicável, ou pessoal, e incluía apenas regularidades de larga escala (PORTER T. 1992, p. 402).

Um dos principais resultados da articulação desta rede sociotécnica era a afirmação e a valorização de enunciados contra-intuitivos, que consideram os déficits neurocognitivos como o núcleo central da esquizofrenia, a despeito dos sintomas psicóticos. Estes enunciados estavam na base das justificativas científicas para se desenvolver técnicas de remediação cognitiva para a esquizofrenia. Restava ainda saber como este protocolo de pesquisas foi montado? Como surgiu a idéia de tratar os sistemas de processamento de informação infra-conscientes em pacientes com esquizofrenia? O que constituía uma prova suficientemente convincente nesta *cultura epistêmica* para que um novo método de remediação cognitiva pudesse ganhar o estatuto de fato científico válido? Em suma, como provar a relevância e a eficácia de um utensílio terapêutico que não se voltava para o tratamento das dimensões mais ruidosas da esquizofrenia, como os sintomas psicóticos, e sim para mecanismos silenciosos, sem uma clara existência social reconhecida, como é o caso dos déficits neurocognitivos? Para conseguirem atingir os seus objetivos, a equipe de Sainte Anne sabia que era necessário articular uma grande rede, que deveria satisfazer os interesses dos múltiplos atores que a comporiam.



## 2 A ARTICULAÇÃO DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA: OU COMO AGRUPAR PARCEIROS PARA GERAR ORDEM E VALIDAR UM MÉTODO TERAPÊUTICO INOVADOR NA MEDICINA MENTAL CONTEMPORÂNEA

---

<i>kré</i>	<i>Il faut que tout</i>	<i>puc te</i>
<i>pek</i>	<i>soit rangé</i>	<i>puk te</i>
<i>kre</i>	<i>à un poil près</i>	<i>li le</i>
<i>e</i>	<i>dans un ordre</i>	<i>pek ti le</i>
<i>pte</i>	<i>fulminant</i>	<i>kruk</i>

---

Antonin Artaud

*Quantification is a way of making decisions without seeming to decide.*

Theodore Porter

De acordo com os seus proponentes, as técnicas de remediação cognitiva, às vezes denominadas de técnicas de reabilitação cognitiva, ou terapias de aprimoramento cognitivo [*cognitive enhancement therapy*], consistem em métodos de treinamento de funções mentais que se encontrariam perturbadas em certos sujeitos, gerando déficits e dificuldades em diversos setores da vida quotidiana. Este tipo de abordagem terapêutica foi desenvolvido no início dos anos 1980, no interior do campo da neurologia, para auxiliar na recuperação de pacientes acometidos de lesões neurológicas, em virtude de traumatismos e de acidentes vasculares cerebrais<sup>61</sup>. Nesta época, a sua aplicação também se estendeu para o tratamento das dificuldades cognitivas decorrentes do abuso prolongado do álcool<sup>62</sup>. Como tratamento paliativo, os programas inspirados por estas técnicas propunham exercícios mentais a serem

<sup>61</sup> Spring e Ravdin (1992) retraçam em seu artigo o início da aplicação da remediação cognitiva aos casos de lesão neurológica. Lá, os interessados encontrarão referências bibliográficas primárias das primeiras publicações disponíveis sobre este tema.

<sup>62</sup> Como referência para um dos primeiros artigos sobre a aplicação da remediação cognitiva em pacientes alcoólicos, ver: DeFRANCO C; TARBOX AR; McLAUGHLIN, 1985.

executados continuamente, de modo progressivo, com o objetivo de melhorar funções prejudicadas pelas lesões cerebrais, como os vários tipos de memória (memória verbal, memória de trabalho, memória visuo-espacial), os diversos tipos de atenção (atenção seletiva, atenção dividida, vigilância), o raciocínio lógico, a habilidade para planejar e executar uma ação (as ditas “funções executivas”) e a capacidade para mudar as regras de uma ação em face de uma dificuldade (a dita “flexibilidade mental”). Portanto, foi em função da psicologia das lesões cerebrais e da busca por estratégias de reabilitação do paciente neurológico que se desenvolveu os métodos de remediação cognitiva.

Em meados dos anos 1980, com o desenvolvimento de abordagens em neurociências cognitivas no campo psiquiátrico, que tratavam o problema da esquizofrenia a partir da noção de “déficit do processamento de informações”, surgem no mundo anglo-saxônico os primeiros artigos científicos em revistas respeitadas sobre os possíveis benefícios de se estender o uso destes métodos para o tratamento de sujeitos portadores do diagnóstico de esquizofrenia<sup>63</sup>. É justamente nesta época, com a difusão de modelos psicopatológicos herdados das ciências cognitivas, que a questão da presença de déficits cognitivos em pacientes com esquizofrenia começa a surgir como um tema relevante, mobilizando uma discussão mais ampla entre pesquisadores e clínicos da medicina mental.

Em 1992, ano de publicação da primeira edição do influente ensaio de Christopher D. Frith, *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*<sup>64</sup>, uma revista especializada de grande porte (o *Schizophrenia Bulletin*) dedicou pela primeira vez boa parte de um volume [v. 18, n. 1, 1992] à discussão sobre os fundamentos da aplicação da remediação cognitiva à esquizofrenia, bem como os benefícios reais trazidos por estes métodos a este tipo de paciente. Longe de elogiarem unanimemente as maravilhas destes métodos, estes artigos apresentavam cautela e uma certa timidez em suas recomendações. Em um dos artigos, Spring e Ravdin (1992) colocavam uma questão fundamental: “Remediação Cognitiva: deveríamos tentar?”. Bellack (1992) ia além, logo no título, com a pergunta: “Reabilitação cognitiva para a esquizofrenia: É possível? É necessário?”. Já Hogarty e Flesher (1992), que mais tarde

---

<sup>63</sup> Ver, por exemplo, SPAULDING; STORMS; GOODRICH; SULLIVAN, 1986.

<sup>64</sup> Este livro de Frith é considerado um marco entre os modelos em neurociências cognitivas aplicados à esquizofrenia. Maëlle, entre outros pesquisadores de Sainte Anne, o cultuavam como uma verdadeira Bíblia. Tentando compatibilizar os conhecimentos sobre o cérebro de pacientes com este diagnóstico e modelos cognitivistas, Frith propõe um explicação funcionalista em que operações mentais elementares, subpessoais, constituiriam estruturas latentes do pensamento, suscetíveis de se exprimirem em produções psicopatológicas mais complexas descritas na esquizofrenia, como sintomas e vivências de “desrealização”. Entre estas operações cognitivas, se destacariam as anomalias do mecanismo de autorepresentação (ou metarepresentação) das próprias ações, nomeado pelo autor de *self-monitoring*, que levariam à perda da iniciativa da ação, às desordens da sua regulação, e à confusão entre si e o outro. Ver, na bibliografia: Frith, 1992.

desenvolveriam o seu próprio programa de remediação cognitiva, exibiam um ceticismo moderado, ao recomendar que se as aplicasse à esquizofrenia, porém “com precaução”.

A prudência generalizada exibida pelo grupo que começou a se interessar seriamente por esta nova abordagem se dava em grande parte pela falta de protocolos de pesquisa rigorosos que oferecessem evidências de que: 1) os problemas no processamento de informações eram, de fato, relevantes na psicopatologia da esquizofrenia; 2) estes déficits poderiam ser de fato modificados; 3) que as técnicas de remediação cognitiva herdadas da clínica neurológica consistiam em uma via adequada para modificá-los; 4) que a sua modificação causaria um impacto direto sobre o dito funcionamento social dos sujeitos tratados, isto é, sobre as suas atividades e ocupações quotidianas. De acordo com Hogarty e Flesher (1992, p. 52), por exemplo, a maioria dos estudos até então publicados sofria dos problemas tradicionais associados ao *design* dos estudos de caso, como a ausência de grupos-controle e a heterogeneidade das amostras, que não isolavam parâmetros demográficos e diagnósticos.

O ceticismo voltado para a aplicação das técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia demandava a construção de um arsenal argumentativo consistente por aqueles que apostavam na sua eficácia e queriam promover a sua expansão. No mundo da pesquisa médica contemporânea, estes argumentos deveriam ser baseados em evidências extraídas, não de estudos de caso, mas de grandes amostras. Como em toda inovação terapêutica, estas técnicas precisariam ser submetidas a protocolos de pesquisa capazes de validar a sua eficácia e protegê-las contra eventuais ataques de cepticismo.

Nesta parte, objetiva-se justamente expor o que se entende por construção de validade neste campo que une neuropsicologia e psicopatologia. Como e por que validar? O que significa para a vida social de um grupo de pesquisa trabalhar no sentido da validação de um método, e quais as estratégias são utilizadas para fazê-lo? Ela será dividida em três partes. A primeira trata da história da validação dos métodos terapêuticos na medicina moderna. Deseja-se mostrar os sentidos assumidos pela noção de *validação* com a emergência na cultura médica ocidental dos ensaios clínicos controlados. Discute-se também algumas especificidades relativas à validação de práticas e substâncias para tratar as patologias mentais. Em seguida, retraça-se o caminho que desembocou na montagem de um protocolo de pesquisa para a validação de uma nova técnica de remediação cognitiva aplicada à esquizofrenia, que acompanhei na posição de antropólogo observador. Procurou-se descrever o modo como se chegou a esta idéia e as questões que cada ator interessado se colocava para tornar viável um projeto deste porte. Por fim, na terceira parte, buscou-se mostrar como

diversos sentidos para a noção de validação se articulavam neste contexto. Para que estes sentidos fossem atingidos de uma forma satisfatória seria necessário, antes de tudo, solidificar uma rede de parceiros diversificados. A segurança e abrangência desta rede seria uma condição *sine qua non* para que o novo programa de remediação cognitiva adquirisse o estatuto de método cientificamente válido.

## **2.1 Dados históricos acerca da necessidade de validação científica dos métodos terapêuticos**

### 2.1.1 Por que e como validar uma prática clínica? Da confiança na autoridade de indivíduos ao modelo “democrático” dos ensaios clínicos randomizados

A pesquisa para a validação da técnica de remediação cognitiva que acompanhei se insere na história dos ensaios clínicos. A noção de *validação* possui um significado geral que aponta para a noção de *persuasão*, ou *prova de eficácia real*. Ou seja, considera-se um método terapêutico como válido, quando há um consenso, adquirido pela persuasão, quanto à sua eficácia clínica real. No contexto que observei para a validação de uma técnica de remediação cognitiva, este consenso deveria ser atingido mediante a adoção de uma metodologia de pesquisa específica, que permitisse eliminar as idiosincrasias de casos isolados, bem como o julgamento clínico baseado em critérios pessoais, ou individuais. Portanto, *validar* significaria aferir benefício terapêutico por critérios públicos e objetivos, que afastassem a possibilidade do engano causado por remissões espontâneas e/ou outros fatores externos ao método terapêutico em questão.

A validação científica de uma prática terapêutica nem sempre foi uma preocupação para a medicina. Ao contrário, a história da tentativa de validação de tratamentos médicos é relativamente recente, se comparada com a história das práticas terapêuticas no Ocidente (ACKERKNECHT, 1982) e com a lógica que rege outras racionalidades médicas não-ocidentais. Como nos informam historiadores da medicina (GAUDILLIÈRE, 2006; LÖWY, 2004; MARKS, 1997; WEISZ, 2005), as primeiras tentativas de avaliar cientificamente os efeitos reais de um tratamento médico remontam ao final século XVIII. A iniciativa de se desenvolver estudos desta natureza não partiu unicamente da vontade de conhecer melhor o

resultado dos tratamentos, para torná-los mais eficazes. Diferentemente, o que os impulsionou foi, em larga medida, a necessidade de proteger o campo médico de práticas ilegítimas e da venda de medicamentos ineficazes, isto é, do charlatanismo e da aspiração ao lucro que proliferava com a modernização da Europa do século XVIII<sup>65</sup>. Logo, o primeiro sentido histórico atribuído à noção de *validação* era equivalente à concessão de legitimidade a práticas terapêuticas a fim de proteger o campo médico de falsários e vigaristas.

Entretanto, mesmo nesta época, a noção de *validação* era polissêmica. Junto com o sentido primordialmente ético de resguardar o campo médico da má-fé, havia também a ambição moderna de separação entre o saber fantasioso do “populacho” e o saber verdadeiro do cientista. A avaliação das práticas terapêuticas por especialistas credenciados estava, desta feita, em continuidade com o pensamento inaugurado com o século XVIII de que a medicina deveria ser fundada na ciência (na biologia, em particular), e não no pragmatismo terapêutico que caracterizou a sua história progressa<sup>66</sup>.

Se este foi o ponto de partida histórico para a prática dos ditos ensaios controlados, não foi senão em meados do século XIX que se começou a empregar métodos quantitativos para avaliar a eficácia de um tratamento médico. O uso desta metodologia foi introduzido por ideólogos e reformadores que tentavam persuadir a comunidade médica de que quanto mais a medicina fosse guiada por métodos objetivos de avaliação, mais eficazes seriam as práticas clínicas. Isto asseguraria o progresso no combate às doenças, afastaria as crenças infundadas baseadas na experiência de casos isolados, e regularia o mercado da produção e venda de medicamentos. Nesta mentalidade emergente, o laboratório de pesquisas, onde se podia manipular e conduzir experimentos de uma forma objetiva, deveria fornecer o modelo para um ensaio clínico ideal<sup>67</sup>. Esta seria uma forma de afastar da medicina dois fatores que passaram a ser considerados como potencialmente deletérios à boa prática clínica: a perspectiva individual de cada médico e os efeitos do acaso nos resultados de um tratamento (LÖWY, 2004). Estes fatores poderiam levar à avaliação inadequada da eficácia de uma determinada prática, ou substância, seja porque cada médico portava uma visão

---

<sup>65</sup> O maior exemplo de prática terapêutica tida como charlatanismo pelas autoridades médicas da época é o *magnetismo animal*, de Franz Anton Mesmer (1734-1815), que obteve uma incrível popularidade na segunda metade do século XVIII. Práticas como esta impulsionaram o desenvolvimento de metodologias de validação para terapêuticas médicas. Para referências históricas relacionadas ao *magnetismo animal* e o surgimento dos ensaios clínicos, ver Löwy, 2004.

<sup>66</sup> Esta idéia geral é consensual entre os historiadores da medicina. Para uma introdução ao tema da fundação da medicina moderna sobre a ciência, ver: Gaudillière, 2006; Ackerknecht, 1982.

<sup>67</sup> Apesar dos esforços dos reformadores em afirmar que o progresso da medicina se daria pela sua fundação na biologia e nos métodos de laboratório, esta mudança de mentalidade não se deu de forma unívoca e linear. Muita resistência era encontrada na cultura médica da época. Na verdade, poucos médicos compartilhavam inteiramente as convicções dos reformadores de que o futuro do progresso terapêutico repousaria no laboratório. A maioria preferia confiar nos próprios sentidos e na sua formação individual do que em métodos de laboratório, que se considerava freqüentemente como distanciados da experiência clínica “real” (MARKS, 1997, p. 40).

idiossincrática para o sentido atribuído ao curso, ao tratamento e à remissão de uma doença, seja porque a experiência adquirida a partir de casos individuais, ou de pequenas amostras, poderia conter remissões espontâneas que não expressariam o efeito real de um determinado tratamento, e sim o mero acaso. Portanto, era necessário criar um meio de regular o conjunto das condutas médicas individuais, tendo a objetividade científica como parâmetro metodológico e regra moral de conduta<sup>68</sup>. Somente desta forma, acreditava-se, seria possível preservar a medicina científica do charlatanismo dos falsários e da pura aspiração ao lucro das companhias farmacêuticas emergentes na época.

De acordo com a tese geral do historiador Harry Marks (1997), a garantia de objetividade científica nos ensaios clínicos controlados seguiu dois grandes modelos. O primeiro deles, que vigorou em sua plenitude na primeira metade do século XX, delegava a um conselho independente de especialistas de alta qualificação a responsabilidade de zelar pela pureza e a justeza das práticas clínicas em questão. Nos Estados Unidos, contexto estudado pelo autor, esta função era concretizada pelo *Council on Pharmacy and Chemistry*, e, posteriormente, pelo *U.S. Food and Drug Administration*, órgãos formados predominantemente por autoridades reconhecidas como tal e por médicos universitários. Estes guiariam e protegeriam os clínicos medianos de práticas e medicamentos fraudulentos, ou ineficazes. Neste contexto, em que a autoridade dos ensaios clínicos havia suplantado o pragmatismo terapêutico tradicional,

[...] se o médico mediano não era mais capaz de participar da produção de uma verdade experimental, aos olhos dos reformadores ele ainda pertencia a uma comunidade que deveria ser guiada por esta verdade em suas ações. Mesmo o médico que não podia produzir novos conhecimentos terapêuticos era obrigado a aceitar a autoridade daqueles que o produziam (MARKS, 1997, p. 32).

Uma vez que este pequeno grupo de elite desse o seu aval para o uso de um determinado medicamento, ou prática, o restante da comunidade médica, formado de “observadores incompetentes”, poderia utilizá-los sem a necessidade de produzir evidências da sua eficácia. Nesta fase dos ensaios clínicos, embora a noção de que a medicina deveria repousar sobre evidências extraídas de exames de laboratório fosse publicamente defendida, na prática, a confiança no julgamento de clínicos experientes e habilidosos era o mais fundamental. Nos anos 1930, por exemplo, como nos informa Ilana Löwy (2004, p. 443),

---

<sup>68</sup> A noção de objetividade científica não é unívoca, podendo significar diversas posturas diante da produção de um fato científico. A objetividade científica como *regra moral de conduta*, representada pela introdução dos ensaios clínicos controlados na medicina moderna, equivale a apenas um destes significados. Para uma história dos múltiplos sentidos que a noção de objetividade adquiriu na modernidade, ver: Daston e Galison, 1992; Daston, 1992.

[...] os médicos tinham tendência de valorizar antes de tudo o *savoir-faire* individualizado do especialista [...] Aos olhos dos médicos [desta época], apenas um especialista de uma dada patologia estava na posição de determinar se dois indivíduos estavam em um estado comparável da doença e de julgar se o estado de um doente havia melhorado após um tratamento.

Nos termos de Marks (1997, p. 38), “na falta de evidências confiáveis, o conselho se voltava para homens confiáveis”.

Este modelo baseado na autoridade de um conselho de notáveis perdurou até a Segunda Guerra Mundial. Durante este período de exceção, o modelo “autoritário” da confiança nos grandes especialistas, a quem se supunha um olhar objetivo, foi cedendo lugar ao modelo “democrático” dos *Ensaio Clínicos Randomizados* (ECRs), que até os dias de hoje constituem o protótipo básico para as pesquisas clínicas<sup>69</sup>. Em função das circunstâncias excepcionais trazidas pela guerra, que multiplicou o contingente de indivíduos que demandavam cuidados médicos, surgiu a necessidade de se criar estruturas compartilhadas e estabelecer colaborações constantes entre especialistas virtuosos e grandes instituições de tratamento. Neste contexto, a valorização do *savoir-faire* individual dos especialistas foi forçosamente substituída pela elaboração de metodologias padronizadas que pudessem ser aplicadas por qualquer médico, mesmo os iniciantes e aqueles clínicos medianos dotados de um “olhar incompetente”<sup>70</sup>. A ideologia dos Ensaio Clínicos Randomizados se difundiu justamente nesta conjuntura, com a necessidade de trabalhar com grandes contingentes de doentes, em ambientes coletivos, que demandavam a padronização de procedimentos.

A metodologia dos ERCs recomendava que a população a ser estudada e comparada fosse distribuída igualmente entre um grupo experimental e um grupo controle de forma aleatória, ao acaso, sem a interferência de um olhar humano. Isto constituía uma ruptura com os métodos anteriores de pesquisa, em que a distribuição dos doentes em grupos diferentes era feita de forma absolutamente criteriosa e controlada por clínicos experientes, que procuravam afastar das amostras variáveis que poderiam perturbar o curso de uma doença, como dietas, comorbidades, estilo de vida, etc. Existia, neste contexto anterior, uma busca de controlar toda eventual casualidade pela construção de amostras “puras”, homogêneas, selecionadas por

<sup>69</sup> A origem da aplicação da randomização aos ensaios clínicos é bem mais antiga do que a Segunda Guerra Mundial, datando do final do século XIX, como nos informa Löwy (2004). Entretanto, de acordo com Marks (1997), até meados da década de 1940, este método era pouco difundido e não constituía a base da pesquisa clínica cotidiana.

Já a relação entre *Ensaio Clínicos Randomizados* e democracia, ou ausência de saber baseado na autoridade individual, remete igualmente à tese de Marks, defendida em seu livro citado acima.

<sup>70</sup> O ensaio para a avaliação da penicilina no tratamento da sífilis, em 1943, foi a primeira grande iniciativa de pesquisa utilizando os ensaios clínicos randomizados. Entretanto, a primeira experiência bem conduzida e bem sucedida com esta metodologia se deu em 1946, com a utilização da estreptomicina no tratamento da tuberculose (GAUDILLIÈRE, 2006, p. 84-102; LÖWY, 2004, p. 443)

observadores treinados. Com a nova lógica dos ECRs, tornou-se supérflua a experiência de um médico talentoso, que teria o papel de distribuir os doentes entre os grupos, de modo a tentar afastar variáveis perturbadoras. Não se tratava mais de guiar o acaso pela experiência de um grupo de indivíduos, mas de “abraçar o acaso”, para, assim, eliminá-lo. A separação de doentes entre grupos de comparação se daria, portanto, de forma aleatória, não comandada por qualquer semelhança entre eles. A confiabilidade final da amostra não se daria pela avaliação qualitativa dos casos, mas pela relevância estatística dos resultados apresentados por cada grupo casualmente constituído (MARKS, 1997, p. 139-141).

Outra novidade introduzida no pós-guerra por esta nova metodologia foi a possibilidade de se fazer comparações com o uso de placebo, combinada com a técnica do *duplo-cego*. Neste método, nem o doente, nem o médico, poderiam saber quem foi submetido ao medicamento real, e em quem foi utilizado placebo. Com relação aos pacientes, isto permitia o afastamento da melhora por sugestão, uma vez que os doentes que confiam em seus médicos e no próprio tratamento tendem a se sentir melhor e obter remissões espontâneas com mais frequência. No que tange o papel dos médicos, isto afastaria possíveis deturpações da sua percepção individual com relação à melhora do estado de saúde de um paciente, já que se constata em cuidadores uma predisposição a supervalorizar os efeitos positivos de um tratamento por eles conduzido. Neste raciocínio, a melhora de um paciente não poderia mais ser avaliada com base no olhar de especialistas e em critérios pessoais, por mais qualificado que fosse o médico. Os resultados finais de um ensaio clínico deveriam ser estimados de um modo anônimo, por alguém que não saberia se aquele dado fornecido pertencia a um sujeito do grupo controle, ou do grupo experimental. Isto levou à necessidade de se criar formas cada vez mais impessoais e padronizadas de avaliação, que pudessem ser utilizadas publicamente por qualquer pessoa habilitada, e não apenas por especialistas notadamente talentosos, dotados de um olhar treinado. Somente desta forma seria possível respeitar os critérios de imparcialidade e isenção que acompanhavam aquela metodologia emergente<sup>71</sup>.

O que permitiu esta mudança de atitude frente aos ensaios clínicos foi a introdução de teorias estatísticas na medicina por reformadores que defendiam um modelo de pesquisa

---

<sup>71</sup> O primeiro grande exemplo bem-sucedido de Ensaio Clínico Randomizado com duplo-cego, foi o da utilização da estreptomicina no tratamento da tuberculose, liderado por Austin Bradford Hill, do *Medical Research Council* da Grã-Bretanha. Este ensaio foi inteiramente comandado por estatísticos, e tornou-se o principal modelo para os ensaios clínicos ulteriores. Nele, a avaliação do sucesso da estreptomicina no combate à tuberculose se deu pela comparação com clichês radiológicos anônimos, relativamente fáceis de se interpretar, em que o médico não sabia em absoluto a identidade do paciente em questão (LÖWY, 2004).



objetivo, que se baseasse mais em evidências impessoais do que no julgamento individual<sup>72</sup>. Se esta mudança não se deu sem a resistência de uma elite, que preferia confiar nos próprios sentidos do que em métodos estatísticos de análise, pouco a pouco os ECRs se difundiram ao ponto de se tornarem indispensáveis à credibilidade dos resultados de uma pesquisa clínica. A opinião individual cedia lugar a *juízos baseados em evidências* estatísticas. Já a partir dos anos 1960, toda unidade de pesquisa que desejasse embarcar em um ensaio clínico valioso deveria contar com a colaboração de pelo menos um estatístico em suas equipes. O lugar ocupado por estes profissionais nos ensaios clínicos passou a ser considerado como capital, pois o seu cálculo final, fundamentado nos *desvios-padrões* e nos dados quantitativos obtidos do conjunto da amostra, determinaria a validade científica de uma prática, ou substância terapêutica (MARKS, 1997, p. 148-155).

Portanto, como relatam os historiadores da medicina, a aproximação entre ciência e medicina, no século XVIII, culminou com o desenvolvimento dos ensaios clínicos controlados, mediados por metodologias inspiradas pelas práticas utilizadas no interior dos laboratórios de pesquisa da época. Se a sua origem histórica tinha como função proteger o campo médico de práticas e substâncias fraudulentas, o seu desdobramento foi a produção de um movimento contínuo e progressivo de metodologias que visavam apagar as perspectivas individuais na produção e avaliação de uma terapêutica. Isto se materializou, sobretudo, com os Ensaios Clínicos Randomizados, com a utilização da técnica do duplo-cego e de análises estatísticas dos resultados. Neste tipo de ensaio, as evidências factuais deveriam minimizar a importância do julgamento pessoal, sujeito a valores pessoais sem consistência objetiva<sup>73</sup>.

### 2.1.2 Os ensaios clínicos e a medicina mental: um descompasso temporal

A psiquiatria constituiu historicamente uma anomalia entre as demais especialidades médicas. Primeira disciplina a se destacar como campo autônomo, ela sempre estabeleceu

---

<sup>72</sup> A grande teoria estatística por trás dos Ensaios Clínicos Randomizados é a de Ronald Fischer [1890-1962], cujas teses marcaram definitivamente o modo de se fazer pesquisa a partir da segunda metade do século XX, com aplicações em campos tão diversos como a agronomia e a genética (MARKS, 1997, p. 136-163)

<sup>73</sup> Ainda hoje, Os ECRs constituem o protótipo máximo da pesquisa médica ideal, justamente por afastarem o julgamento individual. Geddes e Harrison (1997) sugerem, por exemplo, uma hierarquia do tipo de metodologia que se deve aceitar como passível de produzir evidência confiáveis: 1) a metodologia mais segura adviria de meta-análises de ECRs, seguida das evidências extraídas de um único ECR; 2) em segundo lugar, viriam as evidências recolhidas de um ensaio clínico não-randomizado; 3) logo a seguir, as evidências de estudos descritivos não-experimentais, como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos de caso controlados; 4) por fim, as evidências produzidas por relatórios de comitês, ou as opiniões e/ou a experiência clínica de autoridades respeitadas.

uma relação conflituosa com o restante do campo médico, no que concerne os seus métodos, o seu objeto e as suas práticas. Da mesma forma, a sua relação com os ensaios clínicos se diferencia historicamente do restante das disciplinas médicas. Como nos descreve o psiquiatra e historiador David Healy<sup>74</sup>, tanto os neurolépticos, como os antidepressivos, medicamentos considerados como grandes marcos no tratamento das perturbações mentais, foram descobertos e aplicados à prática clínica quotidiana de uma forma absolutamente empírica, sem que se utilizasse como metodologia obrigatória os ECRs. No caso da clorpromazina, primeiro neuroléptico, sintetizado em 1952, o acaso e a intuição clínica foram os principais responsáveis pela sua aplicação no tratamento das psicoses. Foi justamente através da sensibilidade clínica de médicos como Laborit, Deniker e Delay que o efeito terapêutico desta droga foi notado e divulgado, fato considerado como precursor da revolução farmacológica que a medicina mental conheceu na segunda metade do século XX.

A posição anômala da medicina mental se radicaliza ainda mais quando se trata de avaliar a eficácia de um tratamento não-medicamentoso. Como saber, por exemplo, se uma determinada psicoterapia funciona, ou é superior a um outro tipo de tratamento, de um modo objetivo, sem a interferência da avaliação “qualitativa” de um especialista, ou do relato de um paciente? Como aplicar o método canônico da comparação com placebo e da utilização do *duplo-cego* na avaliação de métodos de tratamento que dependem em larga medida da relação interpessoal criada entre o terapeuta e o seu paciente? Mais ainda, como falar em *efeito placebo* para técnicas cujo fundamento envolve muitas vezes a sugestão e a confiança na cura? Como separar em uma psicoterapia um falso efeito de melhora de uma melhora efetiva?: através do impacto de um método terapêutico na recomposição de redes cerebrais, visualizado por técnicas de neuroimageamento funcional?; através da comparação por escalas de avaliação da intensidade de sintomas específicos?; ou através do relato de pacientes que se submeteram a uma psicoterapia?. O que constitui uma prova neste domínio? Estas questões, pela complexidade mesma do seu objeto, permanecem até o presente sem uma resposta precisa, nem um consenso por parte dos especialistas.<sup>75</sup>

A posição anômala da psiquiatria com relação à avaliação dos seus métodos clínicos refletiu em um atraso de quarenta anos no uso generalizado dos ECRs, do duplo-cego e da comparação com o efeito-placebo. O uso habitual desta metodologia se deu somente a partir

---

<sup>74</sup> Ver <[http://psythere.free.fr/article.php?id\\_article=39](http://psythere.free.fr/article.php?id_article=39)>. Acesso em: dez. 2010).

<sup>75</sup> Por estes e outros motivos, a regulamentação das psicoterapias é, ainda hoje, um dos temas mais polêmicos e que suscitam mais paixões no campo da medicina mental, na França, como no Brasil. Na ausência de um consenso, a questão permanece em aberto, longe de qualquer tipo de estabilização.

de meados da década de 1980; primeiro nos Estados Unidos e, em seguida, em outros países do mundo. Como nos descreve o historiador e psiquiatra David Healy,

[...] embora tenham existido alguns ensaios clínicos controlados com placebo com drogas psicotrópicas entre 1960 e 1984, a maioria dos ensaios procedia pela comparação entre drogas novas e antigas sem o uso do controle por placebo... A inclusão regular de controles com placebo em estudos regulatórios foi instituída apenas em meados dos anos 1980 (HEALY, 2002, p. 307).

De acordo com Healy, já nos anos 1950, ensaios clínicos randomizados foram conduzidos para provar os efeitos reais da *reserpina* e da *clorpromazina*<sup>76</sup>. Entretanto, nesta época, estas metodologias ainda não consistiam em uma prática amplamente difundida na medicina mental. A constatação empírica e o olhar do psiquiatra ainda compunham as principais ferramentas de avaliação clínica de um agente psicofarmacológico, assim como de outras práticas terapêuticas não-medicamentosas (HEALY, 2002, p. 276-333).

O atraso de quatro décadas desta disciplina no alinhamento com os métodos de pesquisa padronizados do restante da medicina pode ser atribuído a vários fatores. Entre estes figurava a falta de consenso quanto à maneira de se conceber e diagnosticar uma patologia mental, bem como à de se avaliar o restabelecimento de um paciente com critérios estritamente objetivos<sup>77</sup>. Mesmo para categorias aparentemente bem delimitadas, como o transtorno bipolar e a esquizofrenia, a objetividade diagnóstica era por vezes incerta, sujeita a interpretações pessoais e a culturas médicas locais<sup>78</sup>. O que estava em jogo se distanciava imensamente dos clichês radiológicos empregados, por exemplo, na avaliação da eficácia da estreptomicina no combate à tuberculose, conduzido em 1946.

No que tange os medicamentos psicotrópicos, a dificuldade de padronização dos ensaios clínicos também se dava em razão da especificidade da sua ação em relação aos sintomas mentais. A função destas substâncias psicoativas não era combater um agente etiológico preciso, tal como faziam os antibióticos, por exemplo, mas provocar um “efeito” sobre o sujeito. Estes efeitos eram frequentemente inespecíficos. Como resultado, a avaliação dos seus eventuais benefícios, ou malefícios, não era da ordem dos fatos empíricos

---

<sup>76</sup> É importante sublinhar que isto se deu posteriormente à sua descoberta, que não dependeu da comparação com grupos-controle, nem de qualquer método de randomização, mas apenas da avaliação clínica de especialistas.

<sup>77</sup> Aliás, como nos indica Löwy (1996), a avaliação objetiva dos efeitos de uma terapêutica é geralmente mais problemática quando se trata de doenças crônicas, em que se observa um aumento da incerteza quanto aos métodos empregados e os resultados obtidos a partir de um procedimento clínico.

<sup>78</sup> Estudos comparativos entre serviços de psiquiatria do Reino Unido e dos Estados Unidos, conduzidos no início da década de 1970, mostravam que existia uma grande disparidade entre forma de se diagnosticar a esquizofrenia nos dois países. Um estudo coordenado pelo psiquiatra escocês Robert Kendell, que utilizava *videotapes* de pacientes psiquiátricos, mostrou que o conceito de esquizofrenia nos Estados Unidos era muito mais abrangente do que aquele utilizado no Reino Unido, englobando frequentemente casos que os psiquiatras britânicos tendiam a diagnosticar como depressão, transtorno bipolar, neurose, transtorno de personalidade, etc. (KENDELL et al., 1971).

observáveis – como a remoção de um agente etiológico preciso –, mas da ordem dos valores atribuídos à experiência de um paciente. Neste sentido, provar que um medicamento provocava um efeito sobre o comportamento de um grupo de pacientes era relativamente fácil; provar de um modo objetivo o benefício terapêutico deste efeito, não tão fácil assim. A interpretação do médico, juntamente com um determinado sistema complexo de valores, deveria ser mobilizada neste processo, o que dificultava a aplicação dos Ensaios Clínicos Randomizados (HEALY, 2002, p. 284).

A fragmentação e a indecisão inerentes ao campo das enfermidades mentais dificultavam a instalação da metodologia proposta pelos ECRs, que demandava critérios confiáveis, objetivos e acessíveis a qualquer médico. No contexto norte-americano, berço dos ECRs, o emprego deste tipo de critério era perturbado ainda mais em decorrência da grande influência exercida pela psicanálise entre 1950 e 1970, a partir da sua tradução e reformulação por Adolf Meyer (SHORTER, 1997, p. 145-190). No modelo psicodinâmico de Meyer, adotado em massa pela classe psiquiátrica norte-americana daquele período, os sintomas psicopatológicos eram expressões simbólicas da mente, representantes de conflitos inconscientes subjacentes, ancorados em narrativas pessoais e conteúdos biográficos, cujo contexto e significado variava de indivíduo para indivíduo. Como descreve Allan Horwitz (2002, p. 38-55), a lógica psicanalítica que perpassava a psiquiatria norte-americana do pós-guerra impossibilitava a criação de um sistema nosológico objetivo, pois um mesmo sintoma poderia representar diferentes estruturas patológicas subjacentes, assim como uma mesma estrutura patológica poderia dar origem a sintomas inteiramente diversos entre si. Tudo dependeria da história singular de cada sujeito, sem que se pudesse construir generalizações e critérios objetivos demandados pelos ensaios clínicos controlados. Nesta orientação teórica, o treinamento e a experiência clínica pessoal é que determinavam a confiabilidade de um diagnóstico e a avaliação de um tratamento bem-sucedido. A utilização de métodos experimentais e medidas padronizadas, além de inadequada à racionalidade em jogo neste modelo, era desvalorizada pela comunidade de psiquiatras psicanaliticamente orientados. Como relata Eric Kandel, um crítico feroz da influência exercida pela psicanálise sobre a medicina mental, “embora existissem exceções individuais importantes [naquela época], como grupo, os psicanalistas desvalorizavam a investigação experimental” (KANDEL, 1998, p. 458).

### 2.1.3 Fazer uso do método científico como resposta à crise de legitimação de um campo: o exemplo da medicina mental

O contexto de desvalorização da aplicação de critérios objetivos e métodos experimentais à medicina mental começou a mudar nos anos 1970. Esta transformação se deu por uma série de razões, em sua maioria ligadas à crise de legitimidade vivida neste período por esta disciplina, como indicam Mayes e Horwitz (2005). Por um lado, as idéias geradas pelo movimento da antipsiquiatria impregnaram a cultura de massa, através de intelectuais com grande penetração popular, como Thomas Szasz, e filmes premiados, como *O Estranho no Ninho*, de Milos Forman. Este movimento retratava a psiquiatria como um discurso pseudo-científico e perverso, criado com o objetivo de normalizar àqueles que escapavam aos padrões de comportamento dominantes na sociedade. Discursos deste tipo penetraram profundamente o imaginário cultural dos anos 1970, colocando em xeque o saber e as práticas perpetradas pela medicina mental que, de acordo com os seus críticos, não respondiam adequadamente aos critérios de cientificidade utilizados no restante da medicina. Neste sentido, aos olhos destes críticos, como não podia justificar de uma forma satisfatória as suas posições e práticas, a psiquiatria era reduzida a uma espécie de mandatária policialesca do poder estabelecido, que desejava excluir, ou controlar, os desvios de conduta dos cidadãos considerados como intoleravelmente diferentes.

Por outro lado, as práticas herdadas da psicanálise, calcadas em noções como sexualidade infantil, recalçamento e interpretação de sintomas, não possuíam qualquer fundamento que demandasse uma formação estritamente médica para o seu exercício. Qualquer pessoa, médico ou não, poderia (ao menos em teoria) ser formado para exercer a função de psicoterapeuta, sem que precisasse passar por uma faculdade de medicina<sup>79</sup>. Esta situação, aliada à explosão na cultura ocidental avançada de “terapias alternativas”, como a *bioenergética*, a *Gestalt terapia*, o *grito primal*, a *análise transacional...*, levava a um questionamento cada vez maior da especificidade da psiquiatria como especialidade médica legítima (EHRENBERG; LOVELL, 2001; CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982, p. 214-295).

Paralelamente, as companhias de seguro que moviam o sistema de saúde dos Estados Unidos passaram a não mais tolerar um modelo de patologia calcado na dinâmica entre

---

<sup>79</sup> Esta discussão data do início do século, tendo sido claramente abordada pelo próprio Freud em seu texto canônico sobre “a questão da análise leiga”, de 1926. No Brasil, ainda hoje, esta questão se faz presente através da discussão atual em torno do projeto de lei federal batizado de “Ato Médico”, que, entre outras medidas, visa regulamentar a prática da psicoterapia, submetendo a sua indicação ao crivo exclusivo de médicos formados.

supostos mecanismos simbólicos da mente. A fluidez dos discursos da psiquiatria psicodinâmica, o caráter hermenêutico das suas técnicas psicoterápicas e a incompatibilidade com o método científico, não combinavam com a lógica do reembolso médico, que exigia categorias diagnósticas discretas e bem definidas, para as quais um tratamento específico, padronizado e eficaz poderia ser aplicado (HORWITZ, 2002; YOUNG, 1995, p. 89-107). Este tratamento, por sua vez, deveria ser capaz de provar a sua eficácia de acordo com critérios claros para poder ser reembolsado por essas companhias, o que colocava inúmeras dificuldades metodológicas para o modelo em questão.

Como resposta à crise de legitimidade vivida pela medicina mental, começou a crescer o número de psiquiatras interessados em trazê-la para o *mainstream* da investigação científica, transformá-la em “uma medicina como as outras”, em seus métodos, em suas práticas, em suas teorizações. Acompanhado de uma crítica à não-cientificidade do modelo psicodinâmico, este movimento acentuou a necessidade de aumentar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, com demarcações mais precisas dos limites de cada categoria (MAYES; HORWITZ, 2005). Como é amplamente divulgado por historiadores da medicina, este movimento culminou com publicação pela *American Psychiatric Association*, em 1980, da terceira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM-III<sup>80</sup>. Este manual optou por uma lógica diagnóstica categorial, em oposição à lógica dimensional da psiquiatria psicodinâmica. Dito de outra forma, cada entidade nosológica seria definida com base em listas de sintomas específicos, sem referência a qualquer teoria etiológica, ou a suposição de mecanismos psicobiológicos compartilhados com outras categorias. Isto permitia a seleção de amostras baseadas em critérios simples, universais, acessíveis e objetivos.

A lógica categorial do DSM-III abriu o caminho para o desenvolvimento de todo tipo de escalas de avaliação clínica. Algumas se generalizaram e foram traduzidas para diversos idiomas, como a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), utilizada amplamente até hoje em protocolos de pesquisa clínica. Nesta escala, uma cotação numérica progressiva é atribuída a

---

<sup>80</sup> O primeiro grande passo na reorientação da psiquiatria norte-americana do pós-guerra viria em 1974, com a nomeação do psiquiatra e professor Robert Spitzer pela *American Psychiatric Association*, para o posto de coordenador da revisão da segunda versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM-II, que era inteiramente influenciado pela psiquiatria psicodinâmica de Adolf Meyer. No novo modelo nosográfico proposto por Spitzer e seus colaboradores, toda alusão a teorias etiológicas seria eliminada em proveito de um quadro nosológico baseado puramente em sintomas. Este sistema seria fundamental para o desenvolvimento de padrões de medida e comparação para as categorias clínicas, pois aumentaria o nível de “confiabilidade diagnóstica” [*reliability*], isto é, a capacidade para se diagnosticar corretamente um transtorno em um dado paciente, em diferentes momentos e por diferentes pessoas (YOUNG, 1995, p. 102-107). As pesquisas coordenadas por Spitzer culminaram em 1980, com a publicação do DSM-III, que representou uma ruptura radical com o modo de se fazer pesquisa até então na medicina mental. Para uma pesquisa histórica rica em detalhes sobre as questões e as pressões que moveram os bastidores da preparação do DSM-III, ver Kirk e Kutchins, 2008.

determinados sintomas, como a presença de alucinações, de preocupações somáticas, de sentimentos de grandeza, de culpa excessiva, de desconfiança em outrem, de hostilidade, etc., indo de 1 (inexistente) a 7 (extremamente grave)<sup>81</sup>. Como está explícito nas instruções que a acompanham, o tempo estimado da sua administração deve variar entre 20 e 30 minutos, o que atesta a sua relativa simplicidade e o caráter público dos seus critérios. Escalas deste tipo, inspiradas pelo modelo categorial do DSM-III, facilitaram a instalação de protocolos de pesquisa padronizados, abrindo caminho para a generalização dos ECRs. No caso da BPRS, para se avaliar a presença e a severidade de uma psicose, não é necessário se basear na própria experiência clínica, na autoridade de um médico mais experiente, ou no prontuário clínico de um paciente. Basta que se confie nos critérios públicos, “democráticos”, acessíveis a qualquer médico, expressos nesta escala.

Já que a tarefa da medicina mental não consistia em eliminar um agente etiológico preciso, mas provocar um *efeito* sobre os sujeitos (através de drogas, eletrochoques, escutas, aconselhamentos, etc.), a clareza e a simplicidade destes critérios era fundamental para a avaliação do resultado de ensaios clínicos. Como nos descreve Healy, se naquela época,

[...] o julgamento clínico estava se tornando suspeito, com psicofarmacologistas duvidando do julgamento de psicanalistas e com antipsiquiatras duvidando do julgamento de qualquer figura proeminente do campo, estas escalas de medida pareciam suplantar os aspectos “subjetivos” de uma avaliação. (HEALY, 2002, p. 285).

Apesar do seu caráter inequivocamente valorativo, a novidade destas escalas era tornar esses valores impessoais, acessíveis à qualquer médico, independentemente da sua orientação teórica, ou experiência clínica. Se, por um certo viés, os críticos as acusavam de simplificar fenômenos que exigiam julgamentos individualizados de alta complexidade, em outra perspectiva, estas escalas foram cruciais ao uso de métodos estatísticos nas pesquisas clínicas para se avaliar o efeito de agentes psicofarmacológicos e de outras práticas terapêuticas sobre populações relativamente homogêneas. Mais uma vez, a perspectiva individual cedia lugar ao juízo baseado em evidências impessoais.

Diversos interesses foram satisfeitos com o novo paradigma inaugurado com o DSM-III e a proliferação de escalas de avaliação clínica. Em primeiro lugar, a poderosa minoria dos psiquiatras orientados para a pesquisa científica podiam agora medir, reproduzir e comparar o efeito de tratamentos específicos sobre os sintomas clínicos, com base em

---

<sup>81</sup> Uma versão estendida em francês desta escala pode ser consultada no seguinte endereço: <[http://homepage.hispeed.ch/Jerome\\_Favrod/BPRS-E.pdf](http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/BPRS-E.pdf)>. Acesso em: dez. 2010).

critérios simples e objetivos. No que concerne a massa dos profissionais compostos de psiquiatras clínicos, esta lógica lhes forneceu clareza sobre o alvo de suas terapêuticas, que deveria ser a diminuição da intensidade dos sintomas listados pelos manuais e escalas de avaliação clínica. Isto lhes permitiu construir diagnósticos delimitados, baseados em categorias clínicas discretas, que servia a inúmeros interesses, como, por exemplo, justificar decisões clínicas e pedir reembolso diante das companhias de seguro-saúde. Isto também dava a todos a segurança de que as categorias psiquiátricas se referiam a entidades “reais”, e não ao julgamento subjetivo e não-consensual de indivíduos praticantes de uma pseudo-ciência sem rigor (MAYES; HORWITZ, 2005).

Em relação às companhias farmacêuticas, esta nova orientação permitiu ainda a vinculação de determinadas categorias clínicas a certos medicamentos, fator que contribuiu significativamente para a gigantesca expansão do mercado dos psicofármacos a partir dos anos 1980 (ROSE, 2007). Enfim, para cada nova categoria isolada por estes manuais, surgiam especialistas, serviços, tratamentos específicos, revistas especializadas, financiamentos, medicamentos, associações de pacientes, livros de auto-ajuda..., gerando um círculo estável e interdependente de interesses satisfeitos. Desta forma, o alinhamento da medicina mental com os métodos de pesquisa e avaliação em jogo no restante do campo médico foi uma alternativa bem sucedida para resolver as suas tensões internas, diminuindo significativamente a crise de legitimidade pela qual esta disciplina estava passando ao longo dos anos 1970.

#### 2.1.4 Validar tratamentos para a esquizofrenia: dos neurolépticos às abordagens psicossociais

A esquizofrenia, por sua vez, esteve no centro de toda esta querela para a padronização e instalação de métodos científicos no estudo das patologias mentais e de sua terapêutica. Se antropólogos, filósofos e partidários da antipsiquiatria afirmavam a relatividade e, em alguns casos, a ilegitimidade desta categoria<sup>82</sup>, a padronização dos métodos

---

<sup>82</sup> Os primeiros, apoiados sobretudo sobre o artigo pioneiro de Ruth Benedict, “A antropologia e o anormal”, publicado em 1934, ressaltavam que as noções de normalidade e de anormalidade não eram absolutas, porém inteiramente definidas por padrões culturais. Assim, comportamentos tidos como anormais pelas sociedades ocidentais industrializadas poderiam ser considerados como perfeitamente aceitáveis em um outro tipo de matriz sócio-cultural (BENEDICT, 1934). Isto serviu de argumento para uma crítica à categoria de esquizofrenia. Nesta perspectiva, seria inútil tentar estudá-la cientificamente, buscar a sua etiologia, ou tratamentos eficazes, pois não se estaria lidando com uma doença propriamente dita, mas com o valor que cada grupo humano atribui à variabilidade incontornável de modos de estar no mundo. Já os defensores da antipsiquiatria, apontavam ainda para o caráter coercitivo e normativo da medicina mental, cuja verdadeira função social não seria tratar, mas controlar aquilo que a parte dominante da sociedade considerava como indesejável. Para estes ideólogos e



diagnósticos ofereceu a possibilidade de realizar estudos transculturais que mostravam a distribuição uniforme da esquizofrenia em inúmeras partes do mundo<sup>83</sup>. Além disto, a difusão do DSM-III e das escalas clínicas padronizadas entre os profissionais da medicina mental contribuiu enormemente para suplantar a hegemonia dos pontos de vista psicodinâmicos e psicossociais acerca da gênese da esquizofrenia, e valorizar as abordagens centradas na biologia, inaugurando o que o historiador da medicina Edward Shorter apelidou de *a segunda psiquiatria biológica*<sup>84</sup> (SHORTER, 1997, p. 239-287). Uma das vantagens destas abordagens para os pesquisadores foi permitir a atribuição de medidas que podiam ser comparadas em lugares diferentes, e ao longo de vários momentos, independentemente de contextos locais, ou de biografias singulares, o que era imprescindível para a aplicação do método científico.

Na década de 1990, tendo os ECRs como instrumento metodológico de validação privilegiado, uma nova classe de medicamentos (os neurolépticos atípicos) foi lançada no mercado, apresentando-se como alternativa aos neurolépticos de primeira geração. Além de não trazerem consigo a mesma intensidade de alguns efeitos colaterais nefastos presentes na classe de medicamentos anterior, como a *discinesia tardia* e a *acatisia*<sup>85</sup>, mostrou-se através de ensaios clínicos que estes medicamentos de segunda geração agiam eficazmente em casos onde os anteriores falhavam. Entretanto, o alvo destes medicamentos continuava a ser o alívio dos sintomas psicóticos, por mais que alguns pesquisadores tentassem valorizar a sua ação sobre os ditos sintomas negativos da esquizofrenia (GELMAN, 1999, p. 178-196). A realidade é que a diminuição destes sintomas era insuficiente diante das demandas de inserção social feitas aos pacientes (e, em alguns casos, pelos pacientes), no mundo da psiquiatria pós-asilar<sup>86</sup>. O que se convencionou chamar de “funcionamento social” continuava extremamente

---

militantes, a esquizofrenia não passava de um mito pseudo-científico criado para excluir, silenciar e reprimir aqueles que ameaçavam uma determinada ordem racional constituída.

<sup>83</sup> Para uma história das controvérsias relacionadas aos estudos transculturais da esquizofrenia conduzidos pela OMS nos anos 1970, ver Garrabé, 1992, p. 265-299. Além de mostrar a universalidade da esquizofrenia, independentemente do tipo de sociedade observada, estes estudos seminais da OMS também apontaram para diferenças com relação ao curso desta patologia: notou-se, por exemplo, que em países industrializados, o prognóstico da esquizofrenia tendia a ser pior do que nos países em desenvolvimento.

<sup>84</sup> Embora tenha sido defendido em sua origem como um modelo a-teórico, o DSM-III contribuiu significativamente para o crescimento de uma visão das perturbações mentais apoiada sobre a biologia. Para uma crítica ao argumento de que o DSM-III seja um sistema a-teórico, como propõe os seus defensores, ver: Kirk e Kutchins, 2008 e Young, 1995, p. 89-118;

<sup>85</sup> A *discinesia tardia* se caracteriza por ações motoras involuntárias e incontroláveis, como tremedeiras, tiques, piscadas, etc. Já a *acatisia* é o nome técnico dado a uma sensação constante de desassossego e inquietação, acompanhada de ansiedade, dificuldade de ficar parado, vontade de morder os lábios, movimentar os membros, etc. Já a noção segundo a qual os neurolépticos de segunda geração são mais eficazes e trazem menos efeitos colaterais do que os da primeira geração corresponde à versão oficial da história da psicofarmacologia, como, por exemplo, nos descreve Gelman (2002). Entretanto, a questão dos efeitos colaterais dos neurolépticos de segunda geração tem sido amplamente discutida, sobretudo nos Estados Unidos, por cardiologistas, endocrinologistas e diabetólogos, que denunciam alguns malefícios à saúde causados por estes medicamentos, como o aumento de peso, pancreatite, problemas cardíacos e diabetes. Estima-se que 62 mil pessoas morram por ano em decorrência dos efeitos colaterais destes medicamentos. Ver: <<http://neuroleptique.sosblog.fr/victimes-b1/Zyprexa-tue-quelques-62000-personnes-par-an-dans-les-utilisations-non-approuvees-b1-p44.htm>>.

<sup>86</sup> A relação entre essas demandas de inserção social e o contexto pós-asilar será melhor desenvolvida na terceira e última parte da tese.

perturbado, malgrado a relativa eficácia desta classe de medicamentos sobre as produções delirantes e alucinatórias. A inserção no mundo do trabalho, a criação de laços de amizade, o casamento, a capacidade para ter uma vida independente, entre outras características socialmente valorizadas, continuavam a ser problemas difíceis para os pacientes, seus próximos e para os profissionais de saúde que lidavam com esta população. Outras medidas, portanto, se faziam necessárias, tendo como parâmetro, não os sintomas psicóticos, mas a habilidade destes indivíduos para viver em sociedade de um modo independente e autônomo. Estas medidas foram agrupadas sob a rubrica de *reabilitação psicossocial*, que incluía, não apenas o tratamento de sintomas, mas a estimulação dos sujeitos acometidos de um transtorno psiquiátrico grave a desenvolver aptidões vocacionais, a treinar habilidades sociais e a melhorar as suas capacidades relacionais.

Como se procurará mostrar ao longo da tese, as técnicas de remediação cognitiva emergem justamente neste contexto, pois são capazes de satisfazer inúmeros interesses: em primeiro lugar, são métodos revestidos com uma retórica de cientificidade<sup>87</sup>, uma vez que se fundamentam em pesquisas que articulam cérebro e cognição humana, dentro do modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia; em segundo lugar, a lógica que rege estes métodos encaixa-se perfeitamente no modelo de avaliação por escalas numéricas, que balizou a história dos ensaios clínicos desde a segunda metade do século XX; em terceiro lugar, estas técnicas incorporam facilmente o discurso da reabilitação psicossocial, cuja meta principal é tornar autônomos e independentes indivíduos que sofreram uma ruptura em suas vidas, em virtude do desenvolvimento de uma esquizofrenia. Neste sentido, os métodos de remediação cognitiva emergem em um contexto que conjuga duas exigências: 1) que problemas médicos complexos, como a esquizofrenia, sejam tratados tendo como base evidências produzidas em laboratórios de pesquisa, como manda a regra dos ensaios clínicos controlados; 2) que estas evidências sirvam para impulsionar estes sujeitos rumo a uma vida mais autônoma e independente.

Mas de que tipo de evidência estamos falando, como elas são produzidas, e como se articulam os bastidores de uma pesquisa deste gênero? Como se prova a existência e a relevância dos déficits neurocognitivos em pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia? Como convencer os outros de que um programa inovador de remediação cognitiva que se construiu é eficaz e válido para o tratamento de pacientes com esquizofrenia? Como

---

<sup>87</sup> O vocábulo “retórica” é aqui utilizado sem qualquer conotação pejorativa, mas como uma atividade de convencimento de outrem pela criação de argumentos, segundo certas regras; neste caso específico, as regras em jogo na *cultura epistêmica* que observei.

instrumentos de medida de funções desempenhadas pelo cérebro se agrupam com acordos institucionais e conceitos teóricos a respeito da esquizofrenia para formar um aliança sólida em torno de um método de tratamento inovador? Como uma ampla gama de interesses deve ser satisfeita para que um utensílio clínico derivado das pesquisas em neurociências, como a remediação cognitiva, possa se estabilizar e se tornar válido? Tais são algumas das múltiplas questões lançadas no capítulo que segue.

## **2.2 A criação de uma rede, tendo como eixo Paris-Lyon-Lausanne: a estabilização de interesses distintos em torno de uma prática inovadora**

### 2.2.1 A remediação cognitiva no mundo francófono: do RehaCom<sup>®</sup>, IPT e CRT ao programa THERECS

Em 1998, após terminar a sua tese em psicologia experimental sobre o desenvolvimento da estimação da distância em crianças de 6 a 12 anos (os ditos referenciais ego e exocentrados), o jovem psicólogo suíço Pascal (na época com 43 anos) passou a integrar uma equipe de pesquisa em Lausanne, especializada nos transtornos cognitivos encontrados em pacientes com esquizofrenia. Este foi o ponto inicial para o seu interesse nas abordagens neurocognitivas desta categoria psicopatológica. Um ano depois, o jornal especializado *Schizophrenia Bulletin* (v. 25, n. 4, 1999) publicou um número onde se encontrava vários artigos dedicados à questão do déficit cognitivo em pacientes com esquizofrenia, bem como ao estudo de abordagens devotadas à sua remediação<sup>88</sup>. Esta foi a primeira vez em que o psicólogo da Suíça Romana ouviu falar de remediação cognitiva. De acordo com o seu relato, o contato travado com os artigos daquela respeitada revista lhe abriu a perspectiva de passar de uma abordagem meramente descritiva da esquizofrenia para uma abordagem eminentemente clínica. Nos seus termos, seria a passagem de uma

[...] abordagem cognitiva para uma pró-cognitiva, uma vez que a pesquisa em neurociências cognitivas consistiu tradicionalmente na compreensão dos mecanismos deficitários, sem abordar os meios de remediá-los (...) Apesar de, na época, conhecer os artigos dedicados aos problemas cognitivos da esquizofrenia, eu me questionava freqüentemente sobre os meios de tratar

---

<sup>88</sup> Ver, por exemplo, os seguintes artigos deste volume: W.D. Spaulding et al., 1999; Hogarty e Flesher, 1999a; Hogarty; Flesher 1999b;

estes distúrbios. Este número [do *Schizophrenia Bulletin*] veio em boa hora para responder estas minhas indagações.

O seu grande interesse por estas técnicas vinha do fato delas o terem impulsionado em direção à questão da plasticidade cerebral fora de um quadro estritamente marcado por lesões:

Na esquizofrenia, como sabemos, há problemas na regulação de certas zonas do cérebro (sobretudo, a hipoativação frontal) e problemas da sua conectividade. Estas técnicas me permitiam entrever a possibilidade de agir sobre esta *desregulação*, trabalhando de maneira precisa sobre os déficits encontrados.

Na época, a utilização deste tipo de abordagem clínica era pouco praticada em Lausanne. Mesmo assim, os países de língua francesa dispunham de basicamente duas técnicas de remediação cognitiva: a RehaCom<sup>®</sup> e a IPT (*Integrated Psychological Treatment*). A mais antiga destas, a RehaCom<sup>®</sup>, havia sido lançada no mercado em 1986, por uma empresa alemã especializada no desenvolvimento de estratégias de reabilitação para pacientes acometidos de lesões cerebrais<sup>89</sup>. Tratava-se de um programa de computador, acompanhado de um teclado especial (semelhante a um grande *joystick* de *videogame*), onde exercícios de treinamento cognitivo eram propostos, direcionados para domínios da clínica neurológica tão diversos como a dificuldade de discriminação de objetos no campo visual, os problemas envolvendo vários tipos de atenção (atenção seletiva, atenção visuo-espacial, atenção dividida, alerta, vigilância), diversas facetas da memória (memória verbal, memória visuo-espacial, memória de trabalho), assim como as alterações das ditas funções executivas, isto é, das funções cognitivas supostamente responsáveis pela coordenação e a integração de comportamentos para atingir um objetivo preciso, o que envolveria a coordenação e o planejamento de uma seqüência de ações, a inibição de estímulos concorrentes, o monitoramento constante dos atos, etc.

A subdivisão da mente em uma série de funções precisas, que subjaz ao método RehaCom<sup>®</sup>, tinha como origem a psicologia das lesões, em que áreas cerebrais comprometidas por traumas, ou acidentes vasculares cerebrais, levavam a alterações em comportamentos cognitivos precisos. Muitas vezes, esses pacientes neurológicos eram perfeitamente capazes de recordar fatos ocorridos há 50 anos, mas inábeis para relatar o que haviam comido há apenas duas horas. Outras vezes, eles conseguiam reconhecer com toda clareza em seu campo visual objetos do seu uso cotidiano (como um maço de cigarros, por exemplo), mas se sentiam incapazes, em função de uma *agnosia*, de imaginar a seqüência

---

<sup>89</sup> Para maiores informações, ver o site <<http://www.rehacom.fr/>>. Acesso em: dez. 2010.

de ações coordenadas a ser empregada para fazer uso destes objetos (por exemplo, conseguir tirar o lacre, abrir a caixa, pegar um cigarro do maço e acendê-lo). Portanto, o programa RehaCom<sup>®</sup>, que seguia uma lógica “localizacionista”<sup>90</sup>, foi originalmente concebido para justamente treinar estes pacientes neurológicos a lembrar de fatos recentes, aplicar uma seqüência de ações na resolução de problemas, ou manter o foco da sua atenção diante de estímulos distratores. Entretanto, a partir das teorias neurodesenvolvimentais da esquizofrenia, que colocavam os déficits neurocognitivos no centro desta categoria, começou-se a empregá-lo em programas de reabilitação psicossocial voltados para sujeitos que portavam este diagnóstico.

Paralelamente ao método RehaCom<sup>®</sup>, existia uma outra técnica disponível no mercado francófono, traduzida para o francês em 1998. Esta, que se chamava IPT (*Integrated Psychological Treatment*), foi originalmente desenvolvida por uma equipe suíça de Bern, coordenada pelos psiquiatras Hans Brenner e Volker Roder, e se voltava especificamente para portadores do diagnóstico de esquizofrenia. No prefácio da edição francesa de seu manual, Brenner cita uma frase de um importante professor suíço, proferida na ocasião do “3º simpósio sobre a esquizofrenia de Weissenau”, em 1975, que dizia:

Até o presente, todos os programas de reabilitação para esquizofrênicos se fundam sobre um polipragmatismo pré-científico... Para ultrapassarmos este estado, uma contribuição científica digna de menção é necessária (BRENNER, 1998, p. 11).

Para o autor, as técnicas de remediação cognitiva seriam um meio de ultrapassar o período pré-científico e meramente pragmático dos programas de reabilitação psicossocial adaptados à esquizofrenia. Isto porque, técnicas como a IPT se beneficiariam da pesquisa fundamental e obedeceriam aos métodos de validação científica preconizados pela medicina baseada em evidências. Assim, aliando dados de pesquisas em neurociências e em ciências cognitivas sobre a esquizofrenia, técnicas inspiradas das terapias cognitivo-comportamentais, e métodos de reabilitação psicossocial oriundos da corrente norte-americana liderada por Robert Paul Liberman, Brenner e Roder desenvolveram um amplo programa intensivo de tratamento, que agregava desde as dimensões mais básicas da cognição humana, como a “memória de trabalho”, até o treinamento de habilidades complexas, como a gestão das

---

<sup>90</sup> O localizacionismo refere-se à doutrina que defende a hiperespecialização das funções cerebrais, correlacionando-as com a sua localização em áreas específicas e relativamente bem delimitadas do cérebro. Na era moderna, foi formalizada por Joseph Gall [1758-1828], pai da frenologia, como uma contraposição à teoria da equipotencialidade de Albrecht Von Haller [1708-1777], então dominante, que advogava uma visão holística e energética do funcionamento cerebral (CLARKE; JACYNA, 1987, p. 212).

emoções no espaço social. As sessões se davam em pequenos grupos (de 3 a 8 pacientes), animados por pelo menos um coordenador (psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, etc.), e contavam com exercícios que utilizavam suportes diversos, como: cartões contendo formas geométricas, palavras, figuras coloridas; *slides* a serem exibidos aos participantes com cenas e expressões faciais; propostas de pequenas encenações teatrais da vida quotidiana, etc.<sup>91</sup>

O seu programa baseava-se em uma concepção hierarquizada das funções mentais, em que anomalias das conexões cerebrais em sujeitos com esquizofrenia seriam causadoras de um processamento incorreto da informação recebida do mundo externo. De acordo com o modelo funcionalista seguido, a informação seria processada inicialmente por subsistemas cognitivos de base, responsáveis pela atenção, pela memória e por outras funções não-reflexivas, ou não-dependentes de redes de sentido. O mau funcionamento destes subsistemas de base estaria na causa de déficits em outros sistemas mais complexos, hierarquicamente superiores, “meta-representacionais”, segundo o jargão das ciências cognitivas, que incluiriam as habilidades sociais, a resolução de problemas, as emoções, as estratégias de autocontrole. Neste modelo, os últimos seriam “propriedades emergentes” dos primeiros, resultando na formação de uma cadeia patológica de eventos, cujo fim espelharia a dificuldade vivenciada pelos sujeitos com esquizofrenia para responder a certas expectativas sociais, como trabalhar, construir laços sociais, gerir os afazeres de uma casa, etc. A partir deste raciocínio, o programa de Brenner e Roder visava intervir em todas as etapas desta cadeia, de um modo progressivo e integrado: começava pela atuação sobre subsistemas menos complexos, como o processamento da atenção e da memória; passava, em seguida, ao treinamento de subsistemas mais elevados, como a percepção social e a comunicação verbal. Por fim, o programa agiria sobre a gestão das emoções, as competências sociais, e assim por diante, até o ideal de inserção social, ou restabelecimento [*recovery*]<sup>92</sup>.

Segundo Pascal, tanto o método Rehacom<sup>®</sup>, como o IPT, poderiam ser importantes na reabilitação de pacientes com esquizofrenia, mas apresentavam limitações. No primeiro caso, dois fatores negativos deveriam ser levados em conta: 1) o fato deste método não ter sido desenvolvido especificamente para tratar da categoria *esquizofrenia*. Neste sentido, por mais que a lógica subjacente a esta técnica fosse compatível com os problemas encontrados na esquizofrenia, seria necessário adaptar os exercícios ao que esta população possui de

---

<sup>91</sup> Paralelamente à minha estadia como antropólogo observador em Sainte Anne, pude realizar também observações participantes em um centro de reabilitação psicossocial parisiense, localizado em um hospital-dia, que se utilizava da técnica IPT para tratar dos seus pacientes.

<sup>92</sup> Para uma descrição completa deste método, ver o manual do terapeuta traduzido em francês: POMINI et al., 1998.

diferente em relação aos pacientes neurológicos; 2) se, por um lado, o Rehacom<sup>®</sup> utilizava um suporte informatizado, por outro, Pascal temia que isto diminuísse o papel do terapeuta no processo de reabilitação, que ele julgava essencial. Seu medo ligava-se ao fato deste método não enfatizar a função do terapeuta no treinamento cognitivo, deixando entender que o paciente poderia obter melhoras pela simples repetição solitária dos exercícios diante da tela do computador. Em relação à técnica IPT, a crítica de Pascal se dirigia igualmente a dois pontos: 1) ao fato deste método não tratar as funções cognitivas de base de um modo intensivo e específico. Aspectos como a memória, a atenção e as funções executivas eram alvo apenas dos módulos iniciais do programa IPT, que logo em seguida partia para o tratamento de funções cognitivas ditas superiores, como as emoções e a cognição social. Isto, segundo Pascal, não seria suficiente para provocar uma modificação durável do sistema de processamento de informações dos pacientes. Como consequência, agir-se-ia sobre os níveis superiores da cognição sem ter de fato remediado as estruturas de base, essenciais para todo o resto da cadeia; 2) como o IPT funcionava como uma técnica grupal, não era possível tratar as necessidades específicas próprias a cada indivíduo. Pois, o que se encontrava na literatura médica, é que nem todos os pacientes eram tocados pelos déficits cognitivos da mesma forma, nas mesmas funções e com a mesma intensidade. Um programa individualizado se fazia, então, necessário.

Após se familiarizar com os dois métodos disponíveis no mundo francófono, Pascal propôs ao coordenador da equipe em que ele trabalhava que se implementasse um programa de remediação cognitiva naquele serviço de Lausanne. Insatisfeito com as limitações dos métodos traduzidos para o francês, Pascal foi buscar no mundo anglo-saxônico uma abordagem considerada por ele como mais interessante e profícua. Desta forma, o jovem psicólogo suíço foi para Londres fazer um estágio no interior de uma equipe do *King's College London* dirigida pela pesquisadora inglesa Til Wykes, figura proeminente no campo da remediação cognitiva, especializada na utilização de um programa intitulado CRT (*Cognitive Remediation Therapy*)<sup>93</sup>. Esta técnica, tida como validada cientificamente por ensaios clínicos controlados, utilizava papel e caneta como suporte e se concentrava sobretudo sobre os problemas encontrados nas ditas funções executivas. De acordo com os seus proponentes, estas funções estariam ligadas ao lobo pré-frontal do cérebro, que seria responsável pela capacidade humana de planejar uma ação, incorporar regras para ações

---

<sup>93</sup> Embora tenha sido desenvolvido no início dos anos 1990 pelos pesquisadores australianos Ann Delahunty e Rodney Morice, foi a pesquisadora britânica Til Wykes quem publicou os artigos científicos mais importantes sobre a eficácia deste programa de remediação cognitiva. Para uma apresentação geral do programa CRT pelos seus idealizadores, ver: Delahunty; Morice, 1993.

futuras, pensar abstratamente, inibir iniciativas inapropriadas, ter flexibilidade mental para mudar o curso de uma ação quando necessário, etc<sup>94</sup>.

Ao chegar em Londres, Pascal entrou em contato com um universo dinâmico voltado para a pesquisa e a clínica da esquizofrenia, que tinha o método CRT como o seu *carro-chefe*. Ele se formou neste método durante 3 meses e voltou para Lausanne com a intenção de implementar algo parecido no serviço clínico do qual fazia parte. Empolgado com as perspectivas abertas pelo CRT no tratamento da esquizofrenia, Pascal quis contribuir ativamente com o aperfeiçoamento deste tipo de abordagem. Propôs então que, antes de iniciar um tratamento, cada paciente fosse submetido a uma série detalhada de testes neuropsicológicos, a fim de se avaliar a amplitude e a intensidade dos déficits cognitivos em cada sujeito, de uma forma inteiramente individualizada. Isto foi feito em colaboração com um serviço de neuropsicologia do mesmo hospital de Lausanne onde Pascal trabalhava<sup>95</sup>. A partir desta iniciativa, segundo o seu relato, ele e seus colaboradores constataram que nem todos os pacientes submetidos à avaliação neuropsicológica apresentavam déficits das funções executivas, que eram o alvo principal do método CRT. Alguns tinham estas funções inteiramente preservadas, mas sofriam de dificuldades de memorização importantes, ou deficiências para manter o foco da atenção diante de uma tarefa demandada. Esta constatação foi o passo inicial para a sua vontade de mesclar o tipo de exercício presente no CRT com outros métodos de treinamento cognitivo, para que cada paciente pudesse se beneficiar de uma remediação cognitiva inteiramente individualizada e adaptada às suas necessidades. De acordo com a nova óptica sugerida por Pascal, o tratamento deveria ser composto de exercícios *à la carte*, em que o paciente trabalharia de uma forma precisa [*ciblée*] em cima dos seus déficits. Esta idéia foi o germe para o desenvolvimento da sua própria técnica de remediação cognitiva.

Como a sua intenção neste período inicial era inteiramente clínica e pragmática, ele procurou se informar sobre as técnicas de treinamento cognitivo disponíveis no mercado, de onde ele poderia retirar exercícios úteis para cada dimensão deficitária específica. Assim, como em uma miscelânea quase artesanal, com exercícios escolhidos de *sites* da *internet* especializados em treinamento neurocognitivo, Pascal criou em 2001 um pequeno programa de remediação cognitiva balizado pelas suas propostas clínicas para a esquizofrenia. Em nenhum momento, de acordo com o seu relato, ele desejava difundir estas técnicas para além

---

<sup>94</sup> Ver, por exemplo: Miller; Cohen, 2001

<sup>95</sup> Ele relatou, certa vez, que a colaboração com o serviço de neuropsicologia foi muito difícil, visto que estes profissionais, acostumados a trabalhar com pacientes neurológicos, viam com reticência a tentativa de avaliar déficits inespecíficos e extremamente variados, como os que se encontrava na esquizofrenia.



do âmbito do seu serviço. Logo, nesta época, a sua ambição era unicamente clínica, isto é, de conseguir provocar um efeito benéfico sobre a vida daqueles pacientes pelos quais ele e o seu pequeno grupo eram responsáveis. Porém, o seu novo método “pessoal” começou a chamar a atenção de colegas, que passaram a querer implementar técnicas parecidas em outros serviços da pequena cidade suíça de Lausanne. Satisfeito com o interesse externo, o psicólogo suíço decidiu que era chegado o momento de se lançar em um projeto com maiores ambições: o de construir um programa próprio de remediação cognitiva, ao mesmo tempo autoral e padronizado o suficiente para que pudesse ser implementado em qualquer serviço de reabilitação psicossocial. Este foi o primeiro passo concreto para a construção do seu próprio método: o programa THERECS<sup>96</sup>.

Para desenvolver o protótipo do programa THERECS, Pascal teve que se associar a uma empresa especializada no ramo do treinamento neurocognitivo: a *Scientific Brain Training* (SBT)<sup>97</sup>. Com sede na cidade francesa de Lyon, o grupo SBT possui enraizamentos internacionais, com múltiplos projetos que vão desde o tratamento de doenças neurodegenerativas até as práticas para o grande público, que mesclam diversão e promessas de rejuvenescimento cerebral<sup>98</sup>. Ao procurar esta empresa para propor uma parceria, Pascal foi responsável pela criação de uma primeira aliança: de um lado, o psicólogo coordenaria o projeto na posição de clínico, selecionando e adaptando os exercícios pré-existentes na empresa para o nível de dificuldade da população-alvo; do outro lado, a SBT daria todo o suporte técnico dos seus engenheiros para ajudar no desenvolvimento do programa THERECS, que contaria com exercícios informatizados, bem como exercícios com papel e caneta.

Como toda empreitada de grande amplitude, a germinação deste programa foi lenta, tendo ele sofrido inúmeras modificações ao longo do tempo, na medida em que ia sendo testado em pacientes. Como relata Pascal,

[...] o que permitiu o enriquecimento do programa até aqui, foi precisamente os resultados obtidos e a avaliação da satisfação dos usuários. O programa não teria sido o que foi até agora se nós nos contentássemos em prepará-lo dentro de um “laboratório”.

<sup>96</sup> Para manter preservada a identidade dos personagens deste relato, o nome deste programa de remediação cognitiva também foi alterado.

<sup>97</sup> Ver o site da empresa. Disponível em: <<http://www.sbt.fr>>. Acesso em: nov. 2010.

<sup>98</sup> Nesta última modalidade, a SBT criou uma filial com sede nos Estados Unidos: a Happy Neuron. (Disponível em: <<http://happy-neuron.com/>>. Acesso em: nov. 2010). De acordo com um estudo da Sharp Brain, empresa dedicada à pesquisa de mercado na área do treinamento cognitivo, o mercado norte-americano para estes jogos atingiu a cifra de 725 milhões de dólares em 2008, com 82,5 milhões de usuários. Estes eram compostos, em sua maioria, por pessoas com mais de 40 anos, que desejavam investir na sua saúde cerebral, a fim de retardar o declínio cognitivo natural da idade. Disponível em: <<http://www.sbt.fr/fr/le-groupe-sbt/structure/happy-neuron-inc>>. Acesso em: dez. 2010.

Ao longo dos últimos anos, existiram várias versões do programa THERECS, com exercícios, interfaces e princípios de funcionamento diferentes. Em sua versão atual, o programa contava com cinco módulos destinados ao treinamento das seguintes funções: 1) memória verbal; 2) memória e atenção visuo-espaciais; 3) memória de trabalho; 4) atenção seletiva e; 5) raciocínio. Cada um destes módulos era composto por 5 tipos de exercícios diferentes, destinados a treinar cada função, bem como sugestões de exercícios a serem feitos em domicílio, no intervalo de tempo entre as sessões presenciais. Cada exercício contava com níveis progressivos de dificuldade e operavam de acordo com o princípio da “aprendizagem sem erro”, isto é, o paciente só poderia aceder a um nível superior de dificuldade quando tivesse acertado 100% dos exercícios propostos em seu nível atual. Isto se daria a partir da visualização de exemplos, da discussão de estratégias de resolução dos exercícios com o terapeuta, com o reforço positivo dos acertos e com a repetição. De acordo com Pascal, todos os exercícios foram concebidos na tentativa de imitar situações da vida cotidiana, de uma forma lúdica e estimulante, para que os pacientes vissem claramente como poderiam utilizar na prática as estratégias e os automatismos adquiridos na resolução de cada exercício.

Como Pascal sempre insistiu em nossas conversas, o seu objetivo inicial nunca foi o de criar um programa de remediação cognitiva para ser utilizado fora do âmbito do serviço clínico em que ele trabalhava. O seu interesse era tão somente terapêutico e pragmático. Entretanto, aos poucos o seu método artesanal despertou o interesse de um número cada vez maior de colegas, o que modificou os seus planos iniciais, abrindo perspectivas maiores em sua carreira. Neste caminho, para conseguir concretizar os seus desejos, Pascal se viu obrigado a se tornar o articulador de uma rede de parceiros. A partir deste instante, além do seu desejo individual de produzir um método próprio de remediação cognitiva, outros desejos entrariam na trama em vias de se criar. A primeira parceria se deu com o interesse a SBT. Foi necessário que Pascal conseguisse convencê-los de que seria interessante para a empresa investir no desenvolvimento de um programa deste tipo, adaptado para pacientes com esquizofrenia. A SBT, por sua vez, viu ali a oportunidade de aumentar a sua gama de produtos, bem como expandir a população-alvo de suas técnicas de treinamento neurocognitivo.

A segunda grande parceria estabelecida por Pascal se daria um pouco mais tarde, em 2003, quando ele fez um estágio em um importante centro de pesquisas em ciências cognitivas e psicopatologia, situado na cidade francesa de Lyon. Lá ele se aproximou de François, um jovem pesquisador francês (nascido em 1968) especializado na neuropsicologia da esquizofrenia, que se interessou em saber da existência do programa THERECS e da

parceria que Pascal havia firmado previamente com a empresa SBT. Coincidentemente, François começava nesta época a se engajar seriamente na aplicação de métodos de remediação cognitiva à esquizofrenia, tendo ele mesmo implantado o uso do método IPT em um serviço clínico da cidade de Lyon. Este psiquiatra, que trabalhava com modelos cognitivistas para a esquizofrenia, via nestas técnicas uma forma de dar credibilidade científica aos métodos de intervenção clínica em psiquiatria inspirados pelas correntes anglo-saxônicas de reabilitação psicossocial. Entretanto, François era um “pesquisador nato”; alguém que, apesar da pouca idade, já liderava uma equipe neste centro de ciências cognitivas de Lyon voltada para o estudo da esquizofrenia. Ao se aproximar de Pascal e do seu programa de remediação cognitiva em fase de elaboração, François acrescentou mais interesses e desejos a esta trama, que não se resumiam à mera aplicação terapêutica deste programa em formação. Dele partiu a idéia de que talvez fosse interessante criar um protocolo de validação para esta técnica, de acordo com os métodos disponíveis no seu meu intelectual e científico.

A partir deste encontro com François, o programa THERECS começou a entrar em uma nova fase, pois este pesquisador francês fazia parte de uma rede de contatos científicos suficientemente poderosa para capturar esta técnica e enquadrá-la em um projeto de validação. Para Pascal, isto seria excelente, pois concederia ao seu programa a credibilidade, a aceitação e a visibilidade de que mais cedo, ou mais tarde, ele precisaria para se estabilizar como prática terapêutica válida. Validar a THERECS seria sobretudo uma forma de justificar eticamente esta técnica, diferenciando-a das técnicas de treinamento cerebral populares, igualmente comercializadas pela SBT.

O ano de 2003, que promoveu o encontro entre Pascal, François, THERECS e SBT, foi apenas o ponto de partida para algo que viria posteriormente, quando algumas condições ideais fossem reunidas. Até lá, o projeto de validar este novo método de remediação cognitiva permaneceu na “gaveta” de François e nos sonhos de Pascal.

### 2.2.2 A captura de um utensílio clínico por uma rede científica

Certa vez, em uma conversa informal, perguntei a Maëlle, a responsável pelos estudos da atenção na esquizofrenia da unidade de Sainte Anne, como e porque ela se interessou por esta pesquisa para validação do programa THERECS. Ela relatou que havia alguns anos o tema “remediação cognitiva” começou a aparecer com alguma frequência nos

periódicos que a sua equipe acompanhava, especializados na neuropsicologia da esquizofrenia. Por um lado, os pesquisadores deste campo não mais se contentavam em apenas criar modelos para compreender esta patologia; eles passaram a querer intervir na vida dos sujeitos, com base nestes modelos. Era a “passagem de uma abordagem cognitiva para uma abordagem pró-cognitiva”, como definiu Pascal. A remediação cognitiva, neste sentido, seria uma neuropsicologia aplicada, ou uma neuropsicologia em ação, conjugando ao mesmo tempo dados empíricos e intervenções práticas. O projeto de desenvolver algo neste sentido permaneceu durante algum tempo nos planos de Maëlle, e em suas conversas com Marie-Christine, a coordenadora geral daquela unidade. Era imperativo, para estas pesquisadoras, que em uma instituição do tamanho e da importância de Sainte Anne se desenvolvesse um programa de remediação cognitiva; sobretudo em um serviço voltado especialmente para a neuropsicologia da esquizofrenia, com um viés teórico e clínico, como a unidade INSERM que eu acompanhava.

Maëlle narra que antes de ter em vista algo concreto, como um protocolo de pesquisa em remediação cognitiva, passou um ano inteiro a pesquisar sobre o tema. Neste período, leu tudo o que de relevante havia sido escrito a respeito destas técnicas, principalmente os artigos publicados em revistas de língua inglesa, e em revistas canadenses de língua francesa<sup>99</sup>. Como pesquisadora da neuropsicologia dos transtornos psiquiátricos, com um interesse particular na esquizofrenia, ela precisava se tornar uma especialista na remediação cognitiva, antes de se lançar em um projeto qualquer. Isto era necessário, pois o seu objetivo não era o de simplesmente aumentar seus conhecimentos gerais acerca do que se produzia de novidade no campo da neuropsicologia da esquizofrenia, nem implementar este tipo de técnica em um âmbito estritamente clínico. Em uma unidade de pesquisa como a de Sainte Anne, assim que se começa a se interessar por um assunto, imagina-se a possibilidade de iniciar um novo protocolo de pesquisa, de expandir a sua rede de colaboradores, o número de publicações em seu nome, e tudo o mais que acompanha um novo estudo. Na relação de Maëlle com a remediação cognitiva, faltava apenas um pontapé inicial, que seria dado algum tempo depois, na ocasião de um encontro com François em um congresso de psiquiatria.

François é um pesquisador francês, que na época do encontro com Maëlle dirigia uma equipe de pesquisa voltada para o estudo da esquizofrenia, situada na cidade de Lyon. A

---

<sup>99</sup> Apesar de ter como idioma oficial o francês, a província canadense do Québec está muito mais próxima das correntes anglo-saxônicas do que da tradição francesa, no que concerne ao desenvolvimento de suas linhas de pesquisa, orientações institucionais e teorias que guiam as políticas e práticas ligadas ao campo da saúde mental. Por esta razão, profissionais e pesquisadores franceses que buscam se aproximar dos referenciais anglo-saxônicos, como Maëlle, são frequentemente influenciados pelas correntes e publicações em curso no Québec.

sua equipe integrava um importante centro de ciências cognitivas, com uma ênfase no estudo de categorias psicopatológicas, de onde saíam grande parte das inovações teóricas e dos experimentos relevantes produzidos em território francês nesta área. Pesquisador dinâmico, com mais de 130 artigos publicados em seu nome, ele se interessava pelas técnicas de remediação cognitiva desde o início dos anos 2000, quando um dos serviços que ele coordenava passou a fazer uso do método IPT para tratar de sujeitos com esquizofrenia. Rapidamente, ele se tornou o principal promotor destes métodos na França, escrevendo artigos científicos e matérias de divulgação, preparando seminários e dando conferências sobre o tema. Em 2005, este pesquisador obteve financiamento para fundar em Lyon um Centro de Remediação Cognitiva voltado para a esquizofrenia e transtornos aparentados. Naquele mesmo ano, após uma conferência de François sobre a importância da remediação cognitiva no âmbito de um programa de reabilitação psicossocial adaptada a pacientes esquizofrênicos, Maëlle lhe procurou e manifestou o seu interesse pelo desenvolvimento de um protocolo de pesquisa sobre estes novos métodos, que eram então apresentados como uma novidade importante que precisava ser melhor estudada, aprofundada e difundida na França. François, por sua vez, lhe contou que uma equipe suíça de Lausanne havia desenvolvido recentemente uma técnica que não tinha sido ainda validada. Tratava-se do programa THERECS, criado por Pascal, que François havia conhecido na época em que o psicólogo suíço estagiou no centro de ciências cognitivas de Lyon.

Se a atração de François pelo programa THERECS permanecia até então em um estado virtual, a espera de uma ação concreta, o contato com Maëlle representou a possibilidade de reunir condições ideais para levar um projeto de validação à frente. Assim como François, a pesquisadora parisiense estava acostumada a coordenar projetos dinâmicos, que envolviam a colaboração entre múltiplos centros de testagem, redes de financiamento, especialistas diversos e estratégias de divulgação de resultados. Foi desta forma que ambos os pesquisadores chegaram à conclusão de que talvez fosse *interessante* construir algo de palpável em torno desta nova ferramenta, que já estava pronta, funcionando em um quadro estritamente clínico, mas sem o “selo” necessário para ser considerada como um “método cientificamente válido”. Esta conversa foi o início de uma nova colaboração, em que “cartas de poder” foram trocadas com a finalidade de aumentar as “garantias de qualidade” das duas unidades e trazer para a França uma inovação em matéria de terapêutica para a esquizofrenia, materializada pelo método THERECS.

Nesta nova empreitada científica, François, pela sua posição de destaque no cenário francês da aplicação das neurociências cognitivas à medicina mental, assumiu o cargo de coordenador do projeto. O primeiro passo na articulação desta nova rede em vias de se formar era propor esta idéia à Pascal, o criador da THERECS. Este, logicamente, aceitou de imediato. De acordo com o psicólogo suíço, submeter o seu método a um protocolo de pesquisa traria inúmeros benefícios: em primeiro lugar,

A vantagem principal de validá-la é fornecer mais credibilidade à técnica e poder publicar resultados sólidos em revistas científicas com um “fator de impacto” elevado. (...) Faz muitos anos que apresento a THERECS em diferentes centros na Suíça e na França, mas nunca me foi possível mostrar a sua eficácia de um modo convincente e em dados numéricos. Sempre que eu apresento o programa, a eficácia da ferramenta é freqüentemente questionada. A única forma de responder a isto de uma forma convincente é fornecendo dados e resultados sobre o progresso clínico e cognitivo dos participantes. Isto será feito ao fim desta pesquisa.

Como podemos inferir a partir das declarações de Pascal, o principal objetivo desta empreitada seria de ordem protetora, ou seja, munir a THERECS com o símbolo de credibilidade que apenas os resultados de um ensaio clínico controlado poderiam oferecer. Isto, por sua vez, teria duas funções: 1) convencer os profissionais da medicina mental da relevância da aplicação da THERECS em um serviço clínico; 2) distingui-la das dezenas de métodos de treinamento cognitivo populares, ou das técnicas de auto-ajuda cerebral, que se difundiram nos últimos anos com o sucesso e a penetração das disciplinas neurocientíficas na cultura de massa<sup>100</sup>. Nos termos de Pascal, estes métodos populares consistiriam em “neuromitos” da atualidade, dos quais era necessário resguardar o programa THERECS. Quando indagado sobre o financiamento do projeto pela SBT, que possui igualmente uma linha popular de “*fitness cerebral*” (a *Happy Neuron*), Pascal foi enfático:

[...] o financiamento e a comercialização constituem um efeito colateral do nosso trabalho, mas necessário para que possamos atingir os nossos objetivos. Porém, mesmo que a comercialização reverta em benefícios pecuniários para nós, em nenhum momento pensamos nestes termos. Sempre pensamos nos benefícios que os pacientes poderiam obter com este programa. Contudo, temos que fornecer resultados da sua eficácia.

Neste sentido, assim como nos primórdios dos ensaios clínicos controlados, validar o programa THERECS significaria dar um selo de qualidade e, ao mesmo tempo, diferenciar

---

<sup>100</sup> Para um quadro geral destas técnicas, e uma interpretação para a sua popularização na cultura contemporânea, ver: Ortega, 2009b, 2009c.

daquilo que era associado à simples diversão, ou ao charlatanismo<sup>101</sup>. Isto ia ao encontro do que dizia François a respeito do projeto de validação desta técnica, que “permitiria que se a utilizasse eticamente”, isto é, que se a empregasse com o aval da comunidade científica, caucionado pelo modelo democrático dos ensaios clínicos randomizados.

Além desta função protetora primordial, a validação da THERECS, com a subsequente publicação dos resultados em revistas com *fator de impacto* elevado, daria a este método a visibilidade necessária para que ele fosse adotado em uma ampla gama de serviços. Se na época em que eu acompanhava este protocolo de pesquisa, não mais do que uma dúzia de serviços espalhados pela Suíça e pela França adotavam a THERECS como ferramenta terapêutica<sup>102</sup>, as perspectivas de difusão abertas pela divulgação dos resultados deste protocolo de pesquisa em revistas internacionais bem classificadas era promissora. Aliás, foi justamente através de publicações em revistas influentes que Pascal, Maëlle e François tomaram conhecimento da existência dos programas de remediação cognitiva adaptados à categoria de esquizofrenia. Isto mostrava que, neste mundo da pesquisa médica, a melhor estratégia global de *publicidade* de um produto, idéia, ou serviço, chama-se *publicação*, ambos com a mesma etimologia de *público*, isto é, pertencente ao povo. Assim, sobretudo com a divulgação dos seus resultados em revistas de língua inglesa, a THERECS poderia se expandir para além dos limites do mundo francófono e ganhar o mundo. A isto se somariam estratégias locais, como conferências, seminários, cursos de formação e colóquios dedicados à apresentação do programa, bem como das suas taxas de eficácia.

Nesta nova aliança, que estava em vias de se formar, Maëlle contribuiria com os seus contatos institucionais, as “garantias de qualidade” que os selos “Sainte Anne” e INSERM eram capazes de fornecer, e a *expertise* relativa aos métodos de validação disponíveis no campo da neuropsicologia. François assumiria a tarefa de coordenar e centralizar este estudo, bem como difundi-lo através da sua personalidade dinâmica, com a organização de colóquios, de conferências e publicações em revistas especializadas e em “veículos de massa”. Juntos, esses dois pesquisadores dariam o suporte e a força necessária para o sucesso desta

---

<sup>101</sup> Como exemplo da associação entre treinamento cerebral e charlatanismo, cito o caso da Nintendo<sup>®</sup>, gigante japonesa do setor dos *videogames*, que lançou em 2005 um jogo que conjugava diversão, *brain fitness* e promessas de rejuvenescimento cognitivo. O “Programa de Treinamento Cerebral do Dr. Kawashima”, como foi chamado, garantia melhorar a performance cognitiva dos seus usuários a partir de alguns minutos de exercícios diários. Em 2008, o jogo da Nintendo<sup>®</sup> foi duramente criticado por um grupo de neurocientistas franceses (LORANT-ROYER et al., 2008), que denunciaram em um artigo científico as promessas abusivas deste jogo veiculadas em uma grande campanha publicitária estrelada pela atriz Nicole Kidman. No protocolo de pesquisa montado pela equipe, não foi constatada uma transformação cognitiva substancial no grupo treinado em relação ao grupo controle, ao fim de sete semanas de exercícios regulares. Como conclusão, os autores indicam que o jogo deveria ser encarado como uma simples diversão, e não como um treinamento neurocognitivo eficaz, com base científica, como alardeava a sua estratégia de *marketing*, uma vez que este não correspondia às exigências de validação impostas pelo método padrão utilizado nos ensaios clínicos.

<sup>102</sup> Este dado me foi fornecido diretamente por Pascal.

empreitada de validação científica que Pascal nunca conseguiria realizar sem ajuda externa. Deste modo, a rede começava a ganhar forma, incorporando atores humanos e não-humanos diversos, como pesquisadores de Sainte Anne, Lyon e Lausanne, engenheiros da SBT, artigos científicos sobre a esquizofrenia, metodologias de pesquisa canônicas, etc. Em função do seu eixo geográfico, esta rede em formação, que havia capturado um utensílio clínico já existente, porém não ainda legitimado, será chamada aqui de Paris-Lyon-Lausanne.

Uma vez manifestado o interesse de todos os membros na criação desta rede, o próximo passo seria a definição do *design* do protocolo de validação, isto é, da elaboração da forma mais eficaz de minimizar as controvérsias e produzir dados convincentes, de modo a tornar estável um instrumento clínico novo, incerto, frágil, a saber, a THERECS. Para tanto, era necessário a esta rede encontrar modos de criar ordem em torno do seu utensílio clínico, isto é, fazê-lo gerar regularidades reprodutíveis para além dos limites espaciais e temporais daquela pesquisa em fase de elaboração. Esta etapa era fundamental, na medida em que, nesta *cultura epistêmica*, o modo de se produzir, selecionar e apresentar estes dados equivaleria à construção de um edifício argumentativo. Tal como em qualquer atividade retórica, isto implicaria na tomada de decisões quanto aos dispositivos de produção de dados, às teorias subjacentes, ao tipo de linguagem adotada, o tipo de artigo citado etc. A qualidade destas escolhas iniciais determinaria, ao final do protocolo, o poder de persuasão dos dados-argumentos construídos.

### **2.3 Qual *design*, para que tipo de estudo?: Maneiras de estabilizar um fato científico em um ambiente regrado, a partir da reunião de caixas-pretas e recursos**

Em seu pequeno livro sobre Louis Pasteur, Bruno Latour (2001a) mostra como a descoberta/produção/invenção<sup>103</sup> dos micróbios esteve intimamente ligada à resolução de um problema prático – o carbúnculo [*maladie du charbon*] –, que na França do século XIX estava

---

<sup>103</sup> É difícil escolher o termo correto para definir o que Latour entende por estabilização de um fato científico. Tratar-se-ia de uma construção, de uma descoberta, de uma produção? Seus críticos muitas vezes o acusam de defender um construtivismo social radical e irracionalista, já que Latour tenta mostrar em várias de suas obras como os fatos aparentemente mais inquestionáveis da ciência são produzidos ativamente por uma série de procedimentos de laboratório inseridos em redes sociotécnicas, e não encontrados tranquilamente em um mundo dado, a espera de serem descobertos. Latour responde aos seus críticos, dizendo que este tipo de argumento contrário aos seus trabalhos só faz sentido em uma concepção de mundo forjada na era moderna, marcada pela cisão ontológica entre sujeito e objeto, indivíduo e sociedade, natureza e cultura, etc. que ele gostaria justamente de ultrapassar. Para uma discussão sintética da sua posição filosófica e metodológica, que ele julga contrária, tanto ao realismo metafísico, quanto ao construtivismo social, ver: Latour 1999, p. 13-38.



dizimando a população de caprinos e, com isto, trazendo um grande prejuízo à nascente indústria agropecuária daquele país. Até os experimentos de Pasteur, veterinários e estatísticos lidavam com o problema do carbúnculo através do controle de possíveis variáveis externas, como o solo, os ventos, o clima, o modo de se criar os animais, etc. Não se tinha a noção de que esta patologia era, na verdade, provocada por um microorganismo parasita, invisível a olho nu. Desta forma, a doença permanecia um enigma ligado ao controle de idiosincrasias locais, sem a regularidade e a universalidade necessárias para se adotar medidas de cura e prevenção eficazes. Como resultado, o carbúnculo constituía um problema político e econômico para aquele país fortemente dependente da produção agropecuária.

A grande “invenção” de Pasteur para solucionar o problema do carbúnculo foi trazê-lo para dentro do seu laboratório, na *École Normale Supérieure*, cujas características eram o exato oposto da sujeira, do fedor, do barulho e da desordem que reinavam nas fazendas européias do século XIX. Se o ambiente destas fazendas tornava impossível a observação de qualquer regularidade, a limpeza e as regras rígidas de conduta inerentes a um laboratório constituíram as condições ideais para a produção de ordem. Ao transportar o sangue contaminado de caprinos para aquele ambiente artificial, que representava um mundo ideal em miniatura, onde variáveis eram afastadas e reagentes externos eram incluídos, Pasteur pôde intervir ativamente sobre a “natureza”. Em primeiro lugar, o cientista francês conseguiu produzir regularidades: ele foi capaz de isolar *algo* que se comportava do mesmo modo sempre que colocado junto a infusões de leveduras – ele as perturbava. Portanto, existia de fato *algo* naquele sangue contaminado, que seria regido por leis e, portanto, merecia atenção. Em segundo lugar, Pasteur foi capaz de manipular culturas de bacilos, de modo a multiplicá-las, e permitir finalmente a sua visualização pelos microscópios ópticos disponíveis na época.

A pequena história contada por Latour é uma saga que narra, em primeiro lugar, a relação entre laboratórios e a produção dinâmica de ordem, previsibilidade e visibilidade. O isolamento e a manipulação do sangue contaminado de caprinos por um sistema experimental controlado foi a condição primordial para que os micróbios, até então invisíveis, ganhassem um lugar na ordem das coisas existentes. O segundo passo importante dado por Pasteur, foi levar estas novas entidades para o resto do mundo, isto é, demonstrar publicamente que esses micróbios existiam, que eles faziam parte da nossa vida quotidiana e eram, de fato, o agente etiológico responsável pela transmissão do carbúnculo. Assim, utilizando o laboratório como uma máquina de produzir bacilos, Pasteur passa a inocular sistematicamente e repetidamente esses micróbios em animais. Esta repetição controlada, que fazia o caminho do laboratório à fazenda, e vice-versa, permitiu que o pesquisador elaborasse uma vacina eficaz contra essa

doença. Nesta etapa da história, Pasteur incluiu argutamente outros atores na trama sociotécnica que se alargava, como políticos, médicos, economistas, fazendeiros, camponeses, sanitaristas, veterinários etc. Este movimento de inclusão foi fundamental para que o enunciado “o carbúnculo é causado por micro-organismos específicos” pudesse se impor socialmente como um fato científico, com conseqüências tão amplas em práticas e disciplinas variadas, que se tornou parte de uma realidade inquestionável, banal, sem densidade histórica ou sociológica aparente.

O protocolo de pesquisa que observei foi organizado justamente para tentar conceder o máximo de estabilidade possível ao enunciado “o programa THERECS age eficazmente sobre os problemas no processamento de informações que encontramos na esquizofrenia”. Para tanto, assim como Pasteur fez com o carbúnculo, era necessário isolar esta categoria clínica da confusão e da variabilidade de formas com que ela se apresenta no mundo exterior, isto é, na vida quotidiana de cada paciente a ser incluído no protocolo. Era preciso, logo, gerar uma espécie de “esquizofrenia de laboratório”, simples, controlada, manipulável e reproduzível. Mas como manipular e replicar algo como os efeitos de uma prática clínica sobre uma categoria clínica complexa como a esquizofrenia? Ainda mais em se tratando de uma categoria que incide sobre seres humanos, ou, na linguagem de Ian Hacking, sobre “tipos interativos” [*interactive kinds*]. Dito de outra forma, como transpor esta categoria para o interior do laboratório, onde regularidades e padrões seriam mais facilmente produzidos? Tudo isto deveria ser arquitetado previamente, com muito cuidado.

Dentre as etapas de uma pesquisa empírica que se inicia, a fase de elaboração do *design* e de escolha da metodologia a ser empregada no protocolo talvez seja uma das mais importantes. Neste momento, são tomadas as principais decisões que unificarão e guiarão as ações futuras de todas as equipes engajadas na pesquisa em questão. Do mesmo modo, o nível de convencimento que os seus resultados podem atingir dependerá em larga medida dos métodos e das estratégias de justificação empregados. Desta forma, algumas questões básicas devem ser respondidas antes de qualquer iniciativa, como saber qual metodologia é a mais adaptada ao tipo de estudo empreendido, e de quais ferramentas se dispõe para gerar dados e testar uma hipótese de um modo convincente. Estas escolhas não são de modo algum aleatórias, mas são a decorrência de uma interpretação local das regras em jogo na *cultura epistêmica* em que aqueles pesquisadores foram formados. Esta cultura, endossada por outros especialistas, também lançará os critérios de aprovação, ou desaprovação, dos resultados de uma pesquisa, assim como dos meios que se empregou para obtê-los. Neste sentido, tanto a metodologia, como as ferramentas de trabalho empregadas, atuariam como utensílios de

justificação, ou de persuasão, na sustentação de um determinado enunciado, segundo certas regras de conduta. Isto é feito em etapas sucessivas, como um edifício em construção.

### 2.3.1 Primeira etapa do *design* metodológico: a seleção de um sólido ponto de comparação

Para definir o *design* do protocolo que tentaria validar a THERECS, os colaboradores do triângulo Paris-Lyon-Lausanne se reuniram sucessivamente ao longo de seis meses. No curso destes encontros, a rede em formação chegou a um primeiro consenso: a forma mais fácil, segura, e menos custosa de se validar o programa THERECS seria comparando os seus resultados com os de uma técnica de remediação cognitiva que já tivesse passado anteriormente por um processo de validação semelhante. Esta deveria ser suficientemente difundida e respeitada no meio, para que servisse como ponto de apoio e comparação para os dados a serem produzidos pela rede Paris-Lyon-Lausanne<sup>104</sup>.

Em uma análise acerca da construção de fatos científicos, Latour (1998, p. 12-36) estabelece uma distinção entre a *ciência pronta* e a *ciência em construção*. A primeira seria caracterizada pela certeza, pelo fechamento e pelo caráter indubitável dos seus enunciados, ao passo que a outra portaria um caráter de precariedade, concorrência, controvérsia, desconfiança e, conseqüentemente, de instabilidade. Se a *ciência em construção* implicaria fundamentalmente em abertura, ou exposição dos seus mecanismos interiores de funcionamento, a *ciência pronta* poderia ser comparada a uma *caixa-preta*, ou seja, a uma

[...] expressão usada em cibernética sempre que uma máquina ou um conjunto de comandos se revela complexo demais. Em seu lugar, é desenhada uma caixinha preta, a respeito da qual não é preciso saber nada, senão o que nela entra e o que dela sai... Por mais controvertida que seja a sua história, por mais complexo que seja o seu funcionamento interno, por maior que seja a rede comercial ou acadêmica para a sua implementação, a única coisa que conta é o que se põe nela e o que dela se tira (LATOUR, 1998, p. 14).

Uma das funções das *caixas-pretas* na atividade científica é ser passível de utilização, ou aplicação, sem que se precise abri-las. Neste sentido, uma *caixa-preta*, para que seja aproveitada por uma *ciência em construção*, deve permanecer como um objeto opaco, não-questionado em seus fundamentos, ou em suas condições de produção. Esta análise de

<sup>104</sup> Não tive acesso a essas reuniões como observador, pois elas ocorreram no ano de 2007, em um período anterior ao início deste trabalho de campo. Assim, todas as informações que obtive a respeito desta etapa da pesquisa me foram passadas por Maëlle, François e Pascal através de entrevistas e conversas informais.

Latour pode ser perfeitamente aplicada à pesquisa para a validação da THERECS. Em primeiro lugar, as primeiras *caixas-pretas* eram os enunciados gerados pelas neurociências cognitivas que afirmavam a relevância do problema dos déficits cognitivos em 85% de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Em seguida, era necessário encontrar *caixas-pretas* mais específicas, ou instrumentos que servissem como alicerce, ou ponto estável de comparação, para a THERECS. Pouco importava o modo pelo qual a técnica-controle que cumpriria este papel havia sido ela mesma validada. Na posição de fato científico estabelecido, ela seria tão somente uma *caixa-preta* nesta nova pesquisa, onde importava apenas o que nela entraria e o que dela sairia. A única condição imposta por aquela rede em formação é que ela fosse sólida o bastante, isto é, que tivesse o aval de especialistas do meio das técnicas de remediação cognitiva e fosse adaptada aos fins deste protocolo de pesquisa em fase de elaboração.

Na época das primeiras reuniões desta rede em formação, existiam duas técnicas já traduzidas para o francês: a IPT, inventada pela equipe suíça de Bern, e a RehaCom<sup>®</sup>. Esta última claramente não era um bom ponto de comparação. Mesmo que se a utilizasse freqüentemente para tratar pacientes com esquizofrenia, ela havia sido desenvolvida originalmente para o tratamento de pacientes com lesão cerebral. Neste sentido, a sua validação científica através de ensaios clínicos controlados permanecia restrita ao campo da neurologia. Portanto, se parecia legítimo aplicá-la à esquizofrenia no âmbito de um certo pragmatismo terapêutico, como se fazia correntemente em alguns serviços franceses orientados por abordagens neuropsicológicas, a sua legitimidade diminuía à medida em que o que estava em jogo era a produção de enunciados científicos válidos para esta categoria psiquiátrica. Logo, uma caixa-preta mais sólida se fazia necessário.

Restava o programa IPT, como a única técnica disponível em língua francesa concebida especificamente para o tratamento da esquizofrenia. Este programa tinha a vantagem de ter passado anteriormente por uma série de estudos com amplas amostras de pacientes com esquizofrenia que atestavam a sua eficácia e validade diante da comunidade de especialistas<sup>105</sup>. Entretanto, ele parecia ainda muito imperfeito aos olhos daqueles dos pesquisadores da rede Paris-Lyon-Lausanne, no que concernia os propósitos de validação do seu novo utensílio. A sua arquitetura era bem diferente dos princípios utilizados pelo programa THERECS, sobretudo em dois pontos fundamentais: 1) as sessões eram feitas em grupos, por oposição às sessões individuais previstas no THERECS; 2) o seu programa

---

<sup>105</sup> Ver, por exemplo: Brenner, 2000; Roder; Brenner, 2004; Roder, et al 2006; Briand et al. 2006.

integrava sistemas cognitivos mais complexos, como a comunicação verbal, as emoções e a cognição social, o que a diferenciava do tratamento exclusivo de funções cognitivas de base (memória, atenção, etc.) da técnica por validar. Estas duas diferenças poderiam colocar problemas metodológicos importantes, enfraquecendo o poder de persuasão dos dados finais a serem produzidos pelo protocolo.

Como as duas técnicas disponíveis até então no mercado francês não pareciam boas caixas-pretas para validar a THERECS, ocorreu àquela rede de pesquisadores uma idéia bastante oportuna: a tradução, a adaptação e a introdução no mundo francófono de um método estrangeiro. Isto implicaria na expansão de sua rede internacional de parceiros, assim como a ligação do nome de cada coordenador da rede Paris-Lyon-Lausanne a uma técnica inovadora. O *design* deste projeto daria um pouco mais de trabalho, gastaria mais dinheiro, mas também abriria possibilidades de mais publicações, da realização de novos estudos futuros, de conferências, entre outros benefícios semelhantes. Afora o IPT e o RehaCom<sup>®</sup>, outros programas de remediação cognitiva desenvolvidos no mundo anglo-saxônico apresentavam-se como candidatos em potencial: o NEAR (*Neuropsychological Education Approach to Rehabilitation*), o CET (*Cognitive Enhancement Therapy*), o CRT (*Cognitive Remediation Therapy*), o NET (*Neurocognitive Enhancement Therapy*), o CAT (*Cognitive Adaptation Training*), etc<sup>106</sup>.

Dentre os métodos de remediação cognitiva existentes, o programa australiano CRT (*Cognitive Remediation Therapy*) parecia ser o que melhor se encaixava nos propósitos daquele grupo. Como a inserção de Pascal no mundo da remediação cognitiva havia se dado em Londres, em uma equipe especializada no método CRT, este havia exercido uma influência direta sobre muitos dos exercícios existentes na nova técnica. Ele reunia diversos pontos a seu favor: 1) assim como o programa THERECS, o CRT se fazia em sessões individuais, duas vezes por semana; 2) da mesma forma, ambos previam exercícios a serem feitos em domicílio entre as sessões presenciais; 3) Pascal conhecia com profundidade a lógica que regia o CRT, e tinha contatos institucionais já estabelecidos com figuras proeminentes que utilizavam este método; 4) o CRT contava com uma série de estudos publicados em revistas respeitadas que demonstravam a sua eficácia no tratamento dos déficits do processamento de informação em pacientes com esquizofrenia<sup>107</sup>, fato que lhe

---

<sup>106</sup> Para uma apresentação sumária destes e de outros programas de remediação cognitiva disponíveis, ver: Demily e Franck, 2008.

<sup>107</sup> Em sua maioria, estes estudos foram coordenados pela pesquisadora britânica Til Wykes e publicados em periódicos especializados com alto “fator de impacto”, como o *Schizophrenia Bulletin*, o *Schizophrenia Research* e o *British Journal of Psychiatry*. Ver, por exemplo: Wykes, 1998; Wykes et al., 1999; Wykes et al., 2002; Reeder et al., 2004; Wexler; Morris, 2005; Wykes et al., 2007; Wykes et al., 2007.

trazia credibilidade e respeito científico. Desta forma, uma vez encontrada a *caixa-preta* ideal, decidiu-se que a primeira medida concreta a ser tomada seria encontrar fontes de financiamento para a tradução e a edição do programa CRT em língua francesa. Isto demandaria a procura por outras parcerias, como editoras especializadas e institutos de financiamento, e, conseqüentemente, a expansão desta rede em formação.

Apesar das vantagens de se ter o CRT como *caixa-preta* neste estudo, alguns problemas deveriam ser solucionados, ou minimizados, para não se comprometer a qualidade e a confiabilidade dos resultados finais. Isto porque esta técnica-controle apresentava duas incompatibilidades com o programa THERECS: em primeiro lugar, o seu plano de tratamento estava previsto para 14 semanas, enquanto que a duração da aplicação da nova técnica somava um total de 25 semanas. Esta decalagem temporal deveria ser eliminada, para que houvesse uma calibragem exata do efeito de cada método sobre os grupos de pacientes. Em segundo lugar, enquanto os alvos do tratamento proposto pelo programa THERECS eram compostos de funções cognitivas de base, distribuídas em cinco módulos (memória verbal; memória e atenção visuo-espaciais; memória de trabalho; atenção seletiva e; raciocínio), o CRT possuía apenas 3 módulos de treinamento (flexibilidade cognitiva; memória de trabalho; e planejamento de ações), direcionados sobretudo para o tratamento de dimensões ligadas às ditas funções executivas.

Como então tornar as duas técnicas compatíveis, e, ao mesmo tempo, manter as suas diferenças? Como solução, o grupo de trabalho decidiu modificar o programa THERECS, de modo a adaptá-lo ao método-controle. No lugar de 25 semanas previstas originalmente, o tratamento experimental com o THERECS duraria apenas 14 semanas, tempo sugerido para a duração normal do programa CRT. Para reduzir este tempo, pequenas transformações foram feitas: em vez de os pacientes do grupo experimental serem submetidos a todos os 5 módulos que integravam o programa THERECS, apenas 1 módulo seria comparado, a saber, aquele correspondente à função cognitiva mais deficitária em cada sujeito testado. Acreditava-se que esta medida, por si só, tornaria os dois programas suficientemente compatíveis para uma comparação no âmbito de uma pesquisa clínica, minimizando problemas de ordem metodológica.

Estas modificações empreendidas pelo grupo mostravam que os objetivos de um protocolo de pesquisa nem sempre coincidem com os objetivos de “clínicos-puros”, em que posturas pertencentes a uma certa *cultura epistêmica*, como o desejo de objetividade e a eliminação de variáveis perturbadoras, podem ser deixadas de lado em prol de uma conduta estritamente terapêutica. Uma vez que o THERECS foi capturado por uma rede científica,

outros fatores ligados às normas que regem um laboratório estavam em jogo que não exclusivamente a melhora de cada paciente que participaria do estudo. Estas adaptações também expressavam o quanto em uma pesquisa é necessário manter algum tipo de flexibilidade para construir dados-argumentos sólidos, inflexíveis.

Estas informações coletadas nos bastidores de um protocolo raramente são expostas na exibição final dos enunciados de uma pesquisa, em artigos ou conferências, que se limitam tão somente a afirmar, ou negar, a veracidade das hipóteses iniciais sustentadas por um grupo. Porém, a THERECS ainda não tinha obtido o estatuto de *caixa-preta*, em que os enunciados que dela decorrem ganham vida própria, independente das suas condições de produção. A observação desta *ciência em construção*, como diria Latour, mostrava o quanto validar este programa implicava não somente em mostrar a sua eficácia, mas sobretudo protegê-lo de ataques. Assim, pela sua condição de fragilidade e abertura, era possível ver como era erguida, pouco a pouco, uma trincheira metodológica, que em muito se assemelhava a um *front* de batalha, ou a uma fortaleza que abrigaria hipóteses e enunciados que se procurava sustentar.

### 2.3.2 Segunda etapa do design metodológico: escolher os dispositivos de inscrição corretos.

Uma vez calibradas por meio de adaptações, as técnicas estavam prontas para a comparação. Mas, como comparar a eventual evolução dos pacientes de cada grupo, ainda mais em se tratando de uma categoria psicopatológica complexa como a esquizofrenia, que envolve múltiplas dimensões? E como fazer isto de um modo objetivo, que permitisse a eliminação do julgamento pessoal dos pesquisadores de cada centro de testagem e, desta forma, a obtenção da precisão demandada pela normas metodológicas em jogo no mundo da pesquisa biomédica? Dito de outra forma, como transpor a categoria de esquizofrenia, bem como os resultados do tratamento com a THERECS, para um formato objetivo, que pudesse ser comunicado para outros pesquisadores, viajar no tempo e no espaço de uma maneira eficaz?

A escolha de métodos de avaliação dos pacientes deste protocolo equivaleria à escolha de modos de representação da categoria de esquizofrenia, susceptíveis de serem transformados em texto científico ao final do estudo. Esta atividade representativa mostrava que a esquizofrenia transposta para dentro de um ensaio clínico controlado não se referia a

uma entidade encontrada em “estado bruto”, na “natureza”, mas a algo capturado por esquemas conceituais prévios, que se manifestavam através de instrumentos de avaliação precisos. Neste sentido, uma certa imagem da categoria de esquizofrenia deveria ser produzida por aqueles pesquisadores, de forma a adaptar esta entidade nosográfica aos seus objetivos de validação, em função das normas metodológicas e dos instrumentos de avaliação disponíveis naquele contexto.

Mais uma vez, Bruno Latour, em seu *Ciência em Ação* (1998, p. 105-166), ajuda a esclarecer o papel que determinadas ferramentas de representação e avaliação desempenham no âmbito de uma atividade científica. Para o autor, toda atividade desta natureza tem como objetivo (entre outros, é claro) transformar-se em texto, isto é, em representações finais de todo um percurso de procedimentos encadeados racionalmente segundo determinadas intenções. Para atingir este fim, se utiliza com freqüência o que Latour denomina de *instrumentos*, ou *dispositivos de inscrição*, ou seja, “qualquer estrutura (seja quais forem seu tamanho, sua natureza e seu custo) que possibilite uma exposição visual de qualquer tipo num texto científico” (LATOURE, 1998, p. 112). Estes instrumentos podem ser geradores de gráficos, de imagens, de curvas de evolução, etc. São eles que operarão a transposição dos fenômenos em “estado bruto” (mesmo que preparados e, por vezes, “corrigidos” pelos cientistas), como poças de sangue e vísceras dissecadas por um pesquisador, para a forma de dados transmissíveis e comunicáveis, no feitiço sóbrio de textos, gráficos, números, tabelas, imagens, etc.

No caso do protocolo em construção da rede Paris-Lyon-Lausanne, era imprescindível que se encontrasse os *dispositivos de inscrição* corretos. Estes deveriam ser capazes de colocar em relação as noções de esquizofrenia, de déficit cognitivo e de remediação cognitiva, gerando resultados finais objetivos e transmissíveis em um formato de “dados de pesquisa”. Para atingir esta finalidade, outras *caixas-pretas* deveriam ser mobilizadas. Posto que a lógica que rege os programas de remediação cognitiva aplicados à esquizofrenia tinha origem no campo da clínica neurológica, nada mais natural do que recorrer a instrumentos de avaliação provenientes deste mesmo campo para se medir e comparar a eventual melhora dos pacientes do estudo. Desta forma, foi proposto que as noções de déficit cognitivo em pacientes com esquizofrenia e do efeito de métodos de remediação cognitiva sobre estes sujeitos fossem transformados em dados de pesquisa através da utilização de baterias de testes neuropsicológicos, originalmente concebidas para se avaliar o impacto de lesões cerebrais sobre o funcionamento cognitivo de pacientes neurológicos. A rede Paris-Lyon-Lausanne decidiu que estas baterias, ou *dispositivos de inscrição*, incidiriam



em três fases do protocolo: 1) na fase de inclusão dos pacientes, para se aferir o estado cognitivo de cada sujeito antes da entrada no estudo; 2) imediatamente após o fim do tratamento experimental por remediação cognitiva, para se estimar o impacto dos programas em questão sobre a população estudada; 3) seis meses após o fim deste tratamento, para se avaliar a persistência dos resultados obtidos ao longo do tempo.

As grandes vantagens de se utilizar estes testes eram a sua simplicidade (qualquer neuropsicólogo minimamente treinado poderia administrá-los), o seu baixo custo e, sobretudo, o caráter objetivo dos dados que estas ferramentas eram capazes de produzir. Este último aspecto era fundamental na construção de argumentos convincentes, visto que aqueles dados seriam extraídos por *dispositivos de inscrição* que, ao menos em tese, apagariam o julgamento clínico pessoal dos pesquisadores de cada centro de testagem. Como uma *caixa-preta*, o interior destes dispositivos não estava em jogo, mas apenas o que neles entrava e o que deles saía. Isto seria particularmente importante em um estudo multicêntrico, envolvendo cooperação internacional que, por este motivo mesmo, demandaria critérios absolutamente claros e simples de inclusão, avaliação e comparação, passíveis de serem manejados por cada integrante da pesquisa, independentemente do seu *background* científico, cultural e pessoal. A simplicidade deste manejo dava a pensar que os resultados, ou as inscrições, que saíam destas *caixas-pretas* eram dados sem sujeito, que tratavam a questão dos déficits cognitivos na esquizofrenia como eles *verdadeiramente* são, sem ambigüidades, controvérsias, ou a interferência das “confusões de línguas” produzidas pelo falho julgamento humano, sempre submetido a perspectivas individuais e avaliações idiossincráticas. Afinal de contas, cada teste neuropsicológico havia já passado anteriormente por um processo de validação, o que lhes concedia confiabilidade e crença na sua eficácia para aferir com precisão a performance das funções cognitivas de grupos ou populações.

Esta objetividade transmitida pelos testes neuropsicológicos oferecia um estilo imprescindível para os pesquisadores pertencentes àquela *cultura epistêmica*. Em primeiro lugar, estes testes se prestavam facilmente à comparação entre o método-controle e o método-experimental. Bastava aplicá-los em cada grupo, antes e depois do tratamento, para que uma comparação fosse estabelecida de acordo com uma mesma linguagem. Em segundo lugar, eles permitiam a replicação deste estudo por outras equipes de pesquisa, deixando assim que os resultados obtidos fossem postos a prova. Por fim, os dados derivados destes testes se prestavam à análise estatística e poderiam ser representados na forma de números, gráficos, curvas de evolução, etc. Este último fator, além de contribuir para estratégias retóricas de exibição e tratamento de dados em artigos e apresentações (como sugere Latour, através da

sua noção de *inscrição*), era especialmente importante em estudos clínicos randomizados, cujos resultados finais deveriam ser quantificados para se mostrar a sua relevância estatística.

Em suma, a forma como estas baterias de testes neuropsicológicos eram concebidas e aplicadas obedeceria àquilo que Theodore Porter apelidou de *objetividade numérica* (PORTER T., 1992). De acordo com este historiador da ciência norte-americano, o hábito adquirido de quantificar os resultados de uma pesquisa tem sido crucial para a integração e conciliação dos trabalhos de diversos laboratórios, por permitir a criação de uma linguagem comum, sem ambigüidades, de fácil manipulação, aparentemente independente de um “sujeito da enunciação”. Em suas palavras,

[...] a quantificação é uma forma de retórica especialmente efetiva na difusão de achados de pesquisas para outros laboratórios, linguagens, países e continentes (...) Mas por que é assim? Por que números e cálculos se espalham por continentes, atravessam oceanos, unem laboratórios, fábricas, governos? Parte desta resposta vem do fato de a matemática ser uma linguagem altamente estruturada. É uma linguagem de regras, o tipo de linguagem que até mesmo uma coisa estúpida, como um computador, é capaz de utilizar. Sempre que um processo de raciocínio puder ser computado, podemos confiar que estamos lidando com algo que foi universalizado, com conhecimento efetivamente destacado da individualidade dos seus produtores (PORTER, 1992, p. 403).

Estas características, que podem ser atribuídas aos testes neuropsicológicos, são especialmente importantes no caso da aplicação das normas dos ensaios clínicos controlados à medicina mental, que padeceu historicamente de uma falta de consenso quanto à linguagem a ser empregada para se qualificar e avaliar suas categorias clínicas. Além de gerar uma linguagem comum de fácil manipulação, este tipo de teste também favorecia a eliminação da perspectiva individual de cada profissional, ou grupo, implicado na pesquisa, transformando aquelas pessoas em meros *porta-vozes*, que nada dizem, senão o que está *inscrito* pelos dispositivos de aferição escolhidos (LATOURE, 1998, p. 119).

Se a utilização de testes neuropsicológicos oriundos da clínica neurológica oferecia diversas vantagens metodológicas e retóricas para o projeto de validação da THERECS, ela também apresentava problemas. O primeiro deles era o fato destas baterias não serem adaptadas para os déficits cognitivos encontrados em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Como declarou Pascal, certa vez:

um obstáculo difícil de ultrapassar [na época da montagem metodológica deste protocolo,] foi talvez o de reunir e harmonizar instrumentos próprios à psiquiatria e aqueles formatados pela neuropsicologia. É impressionante constatar como os testes neuropsicológicos são pouco adaptados aos pacientes que sofrem de transtornos psíquicos. Testes cognitivos mais sensíveis às patologias psiquiátricas ainda fazem muita falta hoje em dia.

O que Pascal queria dizer é que os déficits neurocognitivos encontrados em patologias psiquiátricas, como a esquizofrenia, talvez não fossem exatamente da mesma ordem do que aqueles encontrados em pacientes com lesões cerebrais. Uma das maiores diferenças seria o caráter preciso e específico das repercussões cognitivas derivadas de lesões cerebrais, contra o caráter inespecífico e difuso dos déficits neurocognitivos encontrados em pacientes psiquiátricos. Ao passo que uma lesão em uma área cerebral especializada comprometeria funções cognitivas bem delimitadas e precisas, em um modelo não-lesional, que balizava categorias como a esquizofrenia, esta delimitação de funções específicas era de difícil obtenção. Logo, seria idealmente necessário que se desenvolvesse testes neuropsicológicos adaptados exclusivamente para categorias psiquiátricas como esta, inexistentes até o presente.

Mesmo que imperfeitos, estes testes neuropsicológicos eram capazes de produzir “dados-argumentos”, independentemente das fronteiras disciplinares que dividiam a neurologia da psiquiatria, ou mesmo dos limites que separam a normalidade da patologia. Qualquer pessoa que a eles fosse submetida teria a sua performance cognitiva aferida, para além das infundáveis variáveis que podem diferenciar os seres humanos, como idade, sexo, nacionalidade, estrato social, crenças pessoais, tipo de educação, pertencimento grupal, presença de sintomas psiquiátricos, etc. Em um contingente populacional com diagnóstico de esquizofrenia não seria diferente: bastava dividir grupos e aplicar os testes para que dados numéricos comparáveis fossem produzidos por estas *caixas-pretas*. Porém, uma questão incomodava ainda os pesquisadores deste campo: qual seria então a especificidade da categoria de esquizofrenia, se estes déficits primários poderiam ser encontrados em diversos grupos humanos, classificados segundo outros critérios nosológicos? Sabe-se, por exemplo, que, além da esquizofrenia, outras categorias psiquiátricas podem estar associadas à presença de déficits neurocognitivos, como o transtorno bipolar e a anorexia. O que diferenciaria então estas categorias, do ponto de vista de uma “neuropsicologia em ação”? Este tipo de questão dava a pensar que a utilização em um protocolo de pesquisas destes *dispositivos de inscrição* servia para produzir uma “esquizofrenia de laboratório”, comparável, mensurável, manipulável, compreensível, unívoca. Contudo, isto era feito sob a pena de reduzir a complexidade desta categoria a déficits globais inespecíficos, que não caracterizariam senão uma pequena parte do conjunto de descrições clínicas agrupadas sob a rubrica de esquizofrenia. Talvez esse fosse o preço a pagar pela obediência a uma certa *cultura epistêmica*, que previa normas metodológicas precisas, onde a avaliação dos resultados

deveria se dar mediante o emprego de critérios claros, objetivos, públicos e precisos, que pudessem ser utilizados por qualquer pesquisador minimamente treinado.

Em um plano pragmático, a seleção destas baterias de testes neuropsicológicos se deu a partir de reuniões sucessivas entre os membros da rede Paris-Lyon-Lausanne. De acordo com François, o principal critério de seleção foi a frequência com que cada teste psicométrico aparecia nos artigos dedicados à questão do déficit cognitivo em pacientes com esquizofrenia. Desta forma, estas baterias contariam com um respaldo prévio de outros estudos e especialistas, o que aumentaria o seu grau de confiabilidade e persuasão. Além dos testes neuropsicológicos, outras escalas completariam de uma forma secundária a avaliação dos grupos. Estas afeririam, através de entrevistas estruturadas, o nível de autonomia social, o grau de auto-estima, o funcionamento global de cada paciente, além da sua estabilização sintomática.

### 2.3.3 Terceira etapa do *design* metodológico: definição dos critérios de inclusão e a divisão de pacientes entre grupos de comparação

Depois de ter escolhido e adaptado todas as caixas-pretas necessárias à comparação dos resultados, a etapa seguinte se voltou para a questão do recrutamento de pacientes para o estudo. Quantos pacientes deveriam ser recrutados? Qual seria o perfil desta população? Que critérios utilizar para selecioná-los? De onde eles viriam? Como dividi-los entre as os dois programas de remediação cognitiva?

Mais uma vez, os critérios em jogo neste tipo de seleção deveriam ser objetivos e padronizados, relativamente livres de valores locais, para afastarem variáveis impuras, que sujariam a reputação dos dados obtidos. A primeira decisão concernia ao perfil da população a ser testada. Um perfil suficientemente homogêneo garantiria o afastamento de variáveis impróprias à produção de uma “esquizofrenia de laboratório”, idealmente manipulável e controlável. Quatro critérios de inclusão foram estabelecidos pelos coordenadores do estudo: 1) os sujeitos da pesquisa deveriam ter necessariamente entre 18 e 45 anos. Isto evitaria a presença de variáveis como a suposta imaturidade dos sistemas neuronais responsáveis pelo processamento de informação, em sujeitos muito jovens, bem como o declínio cognitivo natural que acompanharia o avanço da idade; 2) como nem todo paciente com diagnóstico de esquizofrenia padece de déficits cognitivos, os participantes da pesquisa deveriam obter uma

performance suficientemente baixa nas baterias de testes neuropsicológicos para serem incluídos no protocolo. Este quociente seria estabelecido com base na curva de normalidade da população em geral, padronizada pela validação dos testes em questão; 3) uma vez que os déficits cognitivos seriam dissociados dos delírios psicóticos, o estudo poderia incluir tanto pacientes “tipicamente esquizofrênicos” (portadores de toda a sintomatologia positiva e negativa desta patologia), como pacientes com diagnósticos próximos à categoria de esquizofrenia, como o chamado *transtorno esquizo-afetivo*, além do *transtorno esquizóide* e da *personalidade esquizotípica*. Neste sentido, o que unificaria de fato todo este espectro em torno de um denominador comum seria muito menos a feição sintomática de cada participante do que a sua performance nas baterias de testes neuropsicológicos; 4) por fim, determinou-se como condição para a participação no estudo que os pacientes estivessem *estabilizados*, isto é, com a sua sintomatologia positiva e negativa relativamente controlada. Isto seria essencial para não colocar em risco o andamento da pesquisa, pois um paciente instável teria mais chances de abandonar precocemente o protocolo. Estes quatro critérios garantiriam a produção de uma “esquizofrenia de laboratório”, ideal, padronizada, formada por uma população suficientemente homogênea e em condições de participar de um estudo deste tipo. Este estabelecimento de critérios facilitaria a manipulação dos dados e aumentaria a credibilidade do estudo.

O próximo passo seria composto pela definição do modelo de divisão dos pacientes entre o grupo experimental e o grupo-controle. Decidiu-se que cada paciente seria atribuído a estes grupos de uma forma aleatória, conforme preconiza a regra de ouro dos ensaios clínicos randomizados. Portanto, nenhum critério, a não ser o acaso, estaria em jogo para dividir os pacientes entre os grupos.

O ideal em estudos clínicos é que se possa utilizar o método do duplo-cego, onde nem o terapeuta, nem o paciente, sabem quem foi submetido a que tratamento. Porém, em estudos controlados como este, era impossível aplicá-lo. Mesmo que a teoria por detrás das técnicas de remediação cognitiva preconizassem a ação sobre sistemas infra-conscientes de processamento de informação, a via para se alcançar este objetivo era a relação estabelecida entre o terapeuta e o paciente. Neste sentido, era impossível alcançar na prática uma separação entre estes mecanismos e o sujeito como um todo, assim como afastar a variável “efeitos decorrentes da interação com um terapeuta”. Portanto, se decidiu que apenas o paciente seria “cegado”, ou seja, não saberia se a técnica a qual seria submetido era a de controle, ou a experimental. O terapeuta, naturalmente, estaria a par de todos os detalhes da pesquisa. A única regra suplementar a ser respeitada era a de que a bateria de testes

neuropsicológicos fosse necessariamente administrada por uma outra pessoa que não o terapeuta de remediação cognitiva do paciente avaliado. Isto impediria que houvesse qualquer tipo de “ajuda”, ou “incentivo”, inconscientes por parte do terapeuta na avaliação da performance cognitiva de um paciente.

Em seguida, era preciso escolher a quantidade de pacientes a se incluir no protocolo. Como saber quantos pacientes seria necessário incluir para se ter uma amostra relevante e convincente? Como julgar este fator? A partir de que critérios? Nesta etapa, os coordenadores do estudo saíram de cena, pois qualquer decisão tomada por eles neste domínio pertenceria ao campo da mera opinião infundada. Um outro gênero de especialista, sempre presente em um ensaio clínico randomizado, entrou então em ação para incrementar àquela rede de parceiros: o estatístico. A partir da terceirização desta etapa do *design* metodológico da pesquisa, um especialista do campo da estatística determinou a quantidade de pacientes a serem incluídos no protocolo, calculada em função das *caixas-pretas* adotadas e do desvio-padrão encontrado na literatura para cada teste neuropsicológico proposto no estudo. Na fase final do protocolo, estes profissionais teriam também a função de integrar todos os dados recolhidos e transformá-los em resultados numéricos estatisticamente válidos, que poderiam ser transpostos para a forma de gráficos, curvas, tabelas, etc.

A presença no protocolo de um profissional oriundo da estatística apontava como o interesse daqueles pesquisadores não estava voltado para a eventual melhora cognitiva de pacientes isolados, mas para a evolução de um grupo experimental. O que importava era o estabelecimento de um padrão coletivo, e não a seleção de casos individuais exemplares. Era deste padrão coletivo, extraído por testes neuropsicológicos e análises estatísticas, que sairiam (ou não) a prova da validade da THERECS. Isto seria uma forma extremamente eficaz de eliminar idiosincrasias locais e traços singulares, tanto dos sujeitos da pesquisa, como dos profissionais envolvidos no protocolo.

Após o parecer do estatístico contratado, o triângulo Paris-Lyon-Lausanne soube que seriam necessários 140 pacientes para cada programa de remediação cognitiva a comparar, o que totalizava 280 sujeitos a serem incluídos no protocolo. Dado que cada paciente passaria pelo menos um mês dentro da chamada fase de inclusão, três meses e meio em acompanhamento individual (com a frequência de duas sessões de remediação cognitiva por semana), além de ser submetido a avaliações neuropsicológicas antes e depois do tratamento, chegou-se à conclusão que era impossível aos serviços da rede Paris-Lyon-Lausanne realizar a pesquisa nestes moldes. Em primeiro lugar, seria muito difícil conseguir recursos humanos e financeiros para levar à frente um projeto desta envergadura em pequeno ou médio prazo. Em

segundo lugar, seria também difícil para estes três serviços encontrar tantos pacientes disponíveis a entrar de bom grado neste estudo.

Logo, um problema prático se colocava, exigindo desta rede uma solução concreta. O que fazer? Contrariar a recomendação estatística e incluir menos participantes? Pensar em um outro *design* metodológico que demandasse menos sujeitos? Qualquer destas opções poderia comprometer a confiabilidade dos resultados e, conseqüentemente, a estabilização do programa THERECS. Como resposta a este problema técnico, pensou-se em uma alternativa mais interessante, não tão difícil de se executar, se levássemos em conta a posição ocupada no território francês pelas equipes de Paris e de Lyon. Bastaria lançar mão de um recurso relativamente comum em estudos multicêntricos com grandes amostras: estender a rede de colaboradores em troca da partilha dos méritos, ou seja, propor uma parceria com outras equipes de pesquisa, menos poderosas e influentes, que certamente ficariam contentes em participar de um estudo como este, afiliado a grandes centros de pesquisa, com ramificações internacionais.

#### 2.3.4 Quarta etapa do *design* metodológico: a viabilização de recursos humanos e financeiros.

Certa vez, perguntei a François o que, segundo ele, as outras equipes de pesquisa recrutadas para este estudo ganhariam de concreto, ao colocar à disposição deste protocolo recursos humanos e financeiros. A sua resposta foi direta e sucinta: “*cada equipe que aceitou fazer parte deste estudo ganhará legitimidade local forte*”. Este dito ganho de legitimidade local se daria fundamentalmente de três maneiras: em primeiro lugar, estas equipes poderiam se exhibir publicamente como parceiros diretos de unidades de pesquisa importantes naquele contexto, como as representadas por Sainte Anne e pelo Centro de Ciências Cognitivas de Lyon. Em segundo lugar, cada um dos representantes destas equipes poderiam ter o seu nome ligado a métodos inovadores de tratamento para a esquizofrenia, relativamente pouco difundidos na França, como o programa CRT e o programa THERECS. Por último, esta parceria levaria a uma “partilha dos méritos”, ou seja, à publicação coletiva de artigos científicos em revistas especializadas de renome internacional. Esta colaboração seria, portanto, uma boa ocasião para estas pequenas equipes de aumentar as suas próprias “garantia de qualidade”, com o apoio, a força e a influência exercida pelas equipes maiores que coordenariam o estudo. Foi desta forma que o triângulo Paris-Lyon-Lausanne (sobretudo

François e Maëlle) mobilizou os seus contatos para federar em torno de si cinco outras equipes de trabalho distribuídas em território francês, além de associar mais uma equipe de pesquisa de Sainte Anne. Esta expansão da rede de parcerias seria a primeira condição para viabilizar os recursos necessários ao recrutamento, à avaliação e ao tratamento dos 280 pacientes a serem incluídos na pesquisa. Neste acordo, vários interesses foram satisfeitos e “cartas de poder” trocadas: Pascal tinha criado uma técnica de remediação cognitiva, mas não possuía o *savoir-faire* que um protocolo de pesquisa deste tipo exigia, nem poder suficiente para mobilizar os recursos necessários para executá-lo. François tinha esse *savoir-faire*, mas não possuía um método próprio de remediação cognitiva, nem poderia tocar sozinho um projeto desta amplitude. Maëlle, por sua vez, representava um parceiro ideal, dado o respeito científico conferido por Sainte Anne, a sua experiência no campo da neuropsicologia da esquizofrenia e a sua capacidade para atrair redes de trabalho e de financiamento. Por fim, as outras equipes menores convidadas aumentariam a sua “legitimidade local” e os seus pontos científicos ao se apoiarem sobre essa grande colaboração, em troca da sua mão-de-obra qualificada e do seu poder de recrutar pacientes em seus domínios de influência. Desta forma, em função de necessidades práticas, a rede Paris-Lyon-Lausanne se expandiu consideravelmente. À sua nova configuração expandida, darei o nome de *rede Paris-Lyon-Lausanne-Etc.*

Uma vez escolhidas as ferramentas de trabalho, a arquitetura do protocolo e a rede de parceiros, restava encontrar os meios financeiros para viabilizar a realização da pesquisa. Nesta etapa, dois tipos de ação foram executadas: a procura de financiamentos para cobrir os custos globais da pesquisa, que seriam compartilhados entre todas as equipes integrantes do estudo; a procura por financiamentos locais, dependentes do esforço e da competência de cada equipe em particular, sem a partilha dos recursos. No caso das subvenções globais, a procura por recursos se deu pela redação de projetos de pesquisa a serem submetidos a editais lançados em território francês por agências públicas de financiamento.

Assim sendo, no final de 2007, os integrantes desta grande rede de parceiros submeteram um projeto para concorrer às subvenções concedidas regularmente pelo Ministério da Saúde da França para as pesquisas clínicas em medicina, o chamado PHRC – *Programa Hospitalier de Recherches Cliniques*. Como esta subvenção era renovável por no máximo 3 anos, este foi o prazo fixado pela rede Paris-Lyon-Lausanne-Etc. para a execução completa do estudo; nem mais, nem menos. Alguns critérios estavam em jogo nesta seleção, como: a qualidade técnica do projeto, o caráter multicentrado do estudo, as “garantias de



qualidade” das instituições implicadas, o custo-benefício da pesquisa, a sua contrapartida social, a infra-estrutura dos centros de testagem, etc.

Para ressaltar a importância do projeto, os seus redatores procuraram enfatizar, para além das questões técnicas, dois aspectos: 1) em primeiro lugar, a correlação estreita entre a presença de déficits cognitivos no espectro da esquizofrenia e o prejuízo significativo no funcionamento social global dos pacientes portadores deste diagnóstico. A partir da utilização de dados de pesquisa produzidos por outros centros (sobretudo o norte-americano MATRICS, comandado por Michael Green), insistiu-se sobre a importância desta dimensão neurocognitiva, até pouco tempo ignorada, em aspectos do quotidiano, como a capacidade para se viver autonomamente, trabalhar e construir relações sociais duradouras. Mesmo que as escalas de funcionamento social incidissem sobre este protocolo de uma forma secundária (em última instância, era a performance comparada nos testes neuropsicológicos que garantiria, ou não, a validade da THERECS), acreditava-se que a remediação cognitiva poderia ter um impacto indireto sobre os vários domínios do funcionamento social quotidiano. Isto, por si só, já seria um bom argumento para convencer as agências de fomento a colocar dinheiro neste projeto; 2) em segundo lugar, procurou-se sublinhar o custo-benefício destas técnicas. Diferentemente de outras abordagens terapêuticas, em que a formação de um clínico seria complexa, custosa e longa (vide, por exemplo, a formação “impossível” de um psicanalista<sup>108</sup>), técnicas como a THERECS e a CRT não exigiam senão de poucos dias a algumas semanas de formação<sup>109</sup>. Além disto, além de psiquiatras e psicólogos formados, outros profissionais, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, estariam habilitados a aplicá-las, desde que passassem pelo mesmo período de formação. Dado que o salário pago a estes profissionais em instituições públicas era inferior àquele pago para médicos e psicólogos, isto diminuiria o custo com mão-de-obra cara, o que permitiria tratar um número muito maior de pacientes em um serviço clínico, como um hospital-dia.

O projeto foi aprovado pelo PHRC e, conseqüentemente, foi possível iniciar algumas atividades concretas de pesquisa, como: a tradução e a adaptação do programa australiano CRT para o francês; o financiamento da formação dos coordenadores de cada centro nos métodos CRT e THERECS, em Londres e em Lausanne, respectivamente; a compra de

---

<sup>108</sup> Refiro-me aqui à célebre proposição de Freud que considerava a prática da psicanálise, assim como da educação e do governo, como fazendo parte das *profissões impossíveis*.

<sup>109</sup> Maëlle, por exemplo, me contou que a sua formação no método CRT, em Londres durou apenas 3 dias. Durante este período, ela assistiu a aulas teóricas e práticas, habilitando-se a passar os conhecimentos desta técnica para outras pessoas que comporiam futuramente a sua equipe. Já o programa THERECS possui uma formação prevista para cinco dias, dos quais três são dedicados à teoria e dois à prática. O custo desta formação estava fixado em 900 euros, em Dezembro de 2010. Ao final do curso, cada aluno deveria escrever uma pequena monografia para receber o diploma.

equipamentos, como computadores, monitores e baterias de testes neuropsicológicos; a contratação de alguns psicólogos por um contrato de trabalho com duração determinada etc. Tudo isto se deu ao longo de 2008, antes da minha chegada, que estava programada para o final daquele ano.

Além da subvenção obtida pela aprovação do projeto pelo PHRC, cada equipe deveria colocar à disposição da pesquisa um certo contingente do seu pessoal, para que fosse possível realizar a comparação clínica com amostra total de 280 pacientes. Neste quesito, caberia a cada equipe se responsabilizar pela mobilização dos seus próprios recursos humanos, ou pela contratação pessoal. No que tange à equipe de Sainte Anne, coordenada por Maëlle, não era possível remanejar o pessoal do *staff* fixo daquela unidade de pesquisa para as atribuições ligadas a este projeto. Isto sobrecarregaria a equipe, visto que era comum a participação daqueles profissionais em outros projetos paralelos, e o protocolo para a validação da THERECS exigiria uma dedicação quase que exclusiva, dada a qualidade intensiva do acompanhamento (duas sessões semanais, ao longo de mais de 3 meses), o tamanho da amostra em jogo entre outras atribuições previstas, como reuniões semanais de pesquisa, redação de artigos, preparação de conferências... Seria, então, necessário contratar pessoal para avaliar e acompanhar os pacientes no curso deste projeto. Isto implicava em mais financiamento, afora a subvenção concedida pelo PHRC.

De acordo com Maëlle, ter por detrás de si o selo “Sainte Anne”, um projeto multicêntrico inovador envolvendo oito instituições, cooperação internacional e um financiamento prévio concedido pelo Ministério da Saúde da França – o PHRC –, facilitou enormemente a captação de novos recursos para a sua equipe. Deste modo, dois outros parceiros foram incluídos nesta rede: a *Fondation Pierre Deniker* e o laboratório farmacêutico Lilly<sup>®110</sup>. No caso do primeiro colaborador, o financiamento de pesquisas clínicas em psiquiatria era a sua razão de existir. Portanto, nada mais natural para esta fundação do que aceitar subvencionar uma pesquisa ligada a uma rede importante de parceiros, com eventuais benefícios diretos para os sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia. Já o caso do laboratório Lilly<sup>®</sup> era mais intrigante: por que uma companhia farmacêutica aceitaria colocar dinheiro em uma pesquisa para o desenvolvimento de programas de tratamento não-

---

<sup>110</sup> A *Fondation Pierre Deniker* é uma instituição filantrópica que tem por objetivo financiar pesquisas clínicas em psiquiatria. Seus meios de financiamento provêm de doações concedidas por laboratórios farmacêuticos, empresas privadas e doadores particulares. Para mais informações, ver o site da instituição. Disponível em: <[www.fondationpierredeniker.net](http://www.fondationpierredeniker.net)>. Acesso em: nov. 2010. O laboratório farmacêutico Lilly<sup>®</sup> é um gigante multinacional, detentor dos direitos de comercialização da marca Zyprexa<sup>®</sup> (um dos neurolépticos atípicos mais utilizados no tratamento de psicoses e de transtornos aparentados) e da marca Prozac<sup>®</sup> (talvez, o mais conhecido e mais utilizado medicamento psicotrópico do mundo). Para maiores informações, ver o site francês da empresa. Disponível em <[www.lilly.fr](http://www.lilly.fr)>. Acesso em: nov. 2010.

medicamentosos? Se não haveria qualquer ganho direto aparente (como, por exemplo, a comercialização futura de um agente psicofarmacológico com efeitos validados cientificamente), o que os executivos desta companhia viam de vantajoso em participar deste projeto? Quando fiz estas perguntas a Maëlle, ela me respondeu que a Lilly® não estava interessada em retornos financeiros imediatos, ao investir nesta pesquisa. Seu interesse operava muito mais no nível da propaganda do nome do laboratório em congressos de psiquiatria, colóquios, artigos, entre outras formas de publicidade semelhantes. “*Nada além do que ter o seu nome ligado à Sainte Anne já é suficiente para que a Lilly tenha aceitado participar do nosso projeto*”. Além disto, continuou Maëlle, participar deste projeto era parte de uma “política de boa vizinhança” que o laboratório fazia questão de preservar com os pesquisadores de Sainte Anne, visto que este tipo de colaboração vinha se dando há anos, satisfazendo interesses de ambas as partes. De um lado, a Lilly® financiava projetos de pesquisa daquele grupo; de outro, tinha o seu nome ligado a uma das instituições de pesquisa, ensino e tratamento mais conhecidas e prestigiosas do mundo em matéria de produção científica voltada para as patologias mentais.

As subvenções concedidas pela *Fondation Pierre Deniker* e pelo Laboratório Lilly® permitiram que Maëlle contratasse dois outros psicólogos, que seriam responsáveis pela execução de avaliações neuropsicológicas, pelo acompanhamento semanal de pacientes, entre outras atribuições ligadas exclusivamente a este protocolo de pesquisa. Afora estes dois psicólogos contratados por uma duração determinada, esta equipe de Sainte Anne contaria ainda com dois outros profissionais do seu *staff* (uma neuropsicóloga, que trabalharia no projeto em tempo parcial, e uma enfermeira, vinda de uma estrutura extra-hospitalar ligada a esta unidade de pesquisa), além da própria Maëlle, para a execução das tarefas quotidianas exigidas pelo protocolo. Além da avaliação e tratamento dos pacientes do estudo, este contingente permitiria ainda a criação de um projeto paralelo, na época sem objetivos muito claros, que envolveria pacientes não enquadrados nos critérios de inclusão do estudo original, sobretudo pela sua faixa etária. Esta pesquisa paralela, menos ambiciosa e menos ampla, obedeceria as mesmas etapas previstas pelo o outro estudo, porém permitiria que Maëlle e sua equipe publicassem de forma independente os seus próprios artigos, sem estarem acorrentados às eventuais publicações coletivas do projeto original e às suas regras de *copyright*.

Estes financiamentos suplementares obtidos pela equipe de Sainte Anne viabilizaram ainda a criação de um projeto de edição do manual do terapeuta do programa CRT no mercado francófono. Esta edição teria como parceiros uma editora francesa especializada em publicações médicas, o laboratório Lilly® e a própria unidade de pesquisa INSERM de Sainte

Anne. Neste sentido, a obtenção de novos recursos seria extremamente benéfica àquela equipe, pois aumentaria os seus índices de produtividade e a sua capacidade de recrutamento de pacientes, sem que fosse necessário deslocar um contingente expressivo de profissionais que já estivessem ligados em outros projetos do serviço.

Uma vez construído o projeto, articulada a rede de colaboradores e encontrado as subvenções necessárias à sua execução, esta pesquisa clínica estava pronta para começar os trabalhos. Foi justamente nesta fase que eu entrei em cena. Depois de apurar o contexto em que este protocolo havia sido montado, uma das perguntas fundamentais que me ocupavam era: será que o plano das justificações racionais e das estratégias retóricas que figuravam nos projetos e artigos sobre as técnicas de remediação cognitiva coincidiam com a prática quotidiana destes métodos? Em que sentido, a pesquisa fundamental incidia sobre estas técnicas? Como isto se dava no quotidiano de uma instituição de tratamento, e quais eram as reações dos pacientes a tudo isto que se passaria?

#### **2.4 Considerações finais da segunda parte**

O protocolo de pesquisa que acompanhei se insere na história dos ensaios clínicos controlados. Nesta parte, procurou-se primeiramente colocar em contexto os sentidos atribuídos à noção de *validação*. Historicamente, esta noção não possuiu um sentido unívoco, mas polissêmico; ora significando a proteção de práticas e substâncias terapêuticas contra a má-fé, o charlatanismo e a pura aspiração ao lucro, ora significando a distinção de práticas legítimas de práticas derivadas de crenças fantasiosas perpetuadas pelo “populacho”, ora significando a eliminação de perspectivas individuais em prol da emergência de um saber objetivo, factual, universal, livre de valores locais.

O segundo passo que se procurou dar nesta segunda parte foi inserir o protocolo de pesquisa que acompanhei dentro deste contexto, descrevendo como todos estes sentidos para a noção de validação poderiam ser encontrados, de alguma forma, neste projeto. Isto foi depreendido a partir do discurso dos pesquisadores da rede Paris-Lyon-Lausanne, quando eles almejaram criar um *design* metodológico para validar o programa THERECS, que fosse capaz de: 1) diferenciá-lo das técnicas de treinamento neurocognitivo vendidas por empresas privadas, como a SBT, que não tinham necessariamente uma base científica assegurada e, desta forma, poderiam ser acusadas de charlatanismo e má-fé; 2) separá-lo do que Pascal

chamava de “neuromitos” da atualidade, perpetrados por técnicas populares que prometiam o rejuvenescimento e/ou o aprimoramento cerebral, como os métodos encontrados à venda em bancas de revista, em *sites* da *internet* (como o HappyNeuron.com, por exemplo) e em jogos de computador (como “Programa de Treinamento Cerebral do Dr. Kawashima”, da Nintendo®); 3) eliminar valores locais e perspectivas individuais, que poderiam sujar a qualidade dos resultados e comprometer a validade científica do protocolo. Para tanto, se propôs utilizar o método da randomização e a análise estatística dos resultados, bem como uma técnica-controle relativamente sólida (o programa CRT) e instrumentos objetivos de avaliação de funções cognitivas, compostos principalmente por baterias de testes neuropsicológicos oriundos da clínica neurológica.

Paralelamente, se procurou descrever o modo como uma *rede sociotécnica* deveria ser articulada para que um utensílio clínico, como a THERECS, pudesse ultrapassar a fase de ceticismo e inconstância que cerca uma *ciência em construção* e, então, alcançar o estatuto de fato científico válido, ou de *caixa-preta* estável. Esta descrição procurou mostrar como o caminho em direção à estabilização da THERECS não era apenas uma questão de obediência a regras metodológicas preconizadas por uma certa *cultura epistêmica*, mas também depende da satisfação de inúmeros interesses locais e condições institucionais fundamentais. Nesta perspectiva, não se procurou estabelecer uma dicotomia ontológica entre fatores ditos internos (lógicos, metodológicos, universais) e fatores externos (sociais, políticos, institucionais, ideológicos) na produção de um fato científico. Contrariamente, tentou-se mostrar como na vida social dos pesquisadores da medicina mental contemporânea é necessário que se saiba, ao mesmo tempo, construir um *design* de pesquisa convincente, escolher habilmente as *caixas-pretas* corretas, assim como articular uma rede sólida de atores e dominar as normas institucionais que regem o universo da pesquisa biomédica. Isto os difere dos chamados clínicos-puros, cuja preocupação se volta primordialmente para o cuidado de indivíduos e populações.

A criação de uma rede de parceiros, que conjugava atores humanos e não-humanos, era uma condição estratégica para a solidificação da THERECS como técnica válida. Apenas deste modo este programa poderia alcançar confiabilidade, visibilidade e, conseqüentemente, existência social entre os serviços de saúde mental que poderiam potencialmente adotá-lo. Isto ia ao encontro das posições de Andrew Abbott (1988), segundo quem a montagem de redes extensas de colaboração é de suma importância quando o que está em jogo é a validação de um tratamento para uma afecção crônica. Isto porque, neste tipo de patologia, os resultados positivos obtidos por uma prática terapêutica não podem ser separados de debates polêmicos

quanto à natureza fisiopatológica da afecção em questão, das formas de se caracterizar e avaliar uma melhora, das opiniões pessoais e coletivas acerca do que se define como saúde e doença em cada caso, etc. Logo, um grau maior de incerteza e indefinição está necessariamente presente, obrigando que se lance mão de interpretações contrastadas e negociações constantes.

No caso das técnicas de remediação cognitiva, o que estava em jogo não era a cura para o que se compreende como fazendo parte do espectro da esquizofrenia, mas uma melhora em um aspecto preciso desta categoria clínica, a saber, a dimensão dos déficits neurocognitivos. No entanto, a importância destes déficits na dinâmica da esquizofrenia, a sua repercussão sobre o funcionamento social dos sujeitos, bem como a eficácia dos programas de remediação cognitiva estavam longe de constituírem uma unanimidade entre os pesquisadores. Todos estes enunciados poderiam a qualquer momento ser desmentidos, ou colocados à prova. Por este motivo, como sugeriria Abbott, foi necessário passar do regime das “inovações técnicas” para o das “inovações organizacionais”, ou seja, subordinar o desenvolvimento de métodos precisos de prevenção, diagnóstico e cura à capacidade dos pesquisadores de coordenar tarefas em um ambiente complexo, em colaboração com uma rede heterogênea de parceiros, incluindo amostras de grande amplitude (280 pacientes), centros de testagem diversos (8, ao todo) e múltiplos especialistas. Os resultados que derivariam desta rede carregariam uma marca de respeitabilidade e importância, não só pela qualidade técnica da metodologia empregada (o que, evidentemente, é fundamental), mas também pela magnitude da estrutura mobilizada em torno deste experimento clínico. Qualquer um que desejasse negar, ou contestar, os resultados extraídos deste grande protocolo de pesquisas deveria contar com uma estrutura semelhante ou maior do que a da rede Paris-Lyon-Lausanne-Etc. Do contrário, a sua posição seria invalidada, justamente por não seguir as regras de justificação, persuasão e construção retórica em jogo naquela *cultura epistêmica*.

Neste quadro, era necessário que equipes com interesses distintos se unissem em torno de um projeto composto de inúmeros elementos, como um mosaico que unia “aumento de pontos científicos”, “alargamento de parcerias”, “fontes de financiamento”, “ganho de legitimidade local”, etc. Estes fatores eram interdependentes na vida social daqueles pesquisadores, como uma espécie de círculo virtuoso, ou uma cadeia ascendente. Como minha informante Maëlle narrou-me certa vez:

Por exemplo, imagine que você tem um grande professor. Ele não vai telefonar para você, Camilo Venturi, pois ele não te conhece. Mas se você conseguiu federar 20 pesquisadores no seu entorno, neste momento, ele vai te contatar, porque você tem uma garantia de qualidade, tem uma federação de pessoas. Logo, é a criação de uma rede. Porque tudo vai junto... Assim, você ganha mais pontos.

Se você ganha mais pontos, mais pontos, mais pontos, você tem mais credibilidade; se você tem mais credibilidade, todos vão confiar em você, para os financiamentos, para as demandas, para a visibilidade...

Depois de preencher certas condições científicas e institucionais que tornaram possível aquela pesquisa, o projeto pôde finalmente começar. Neste momento, entrou-se em uma outra etapa da produção científica, com outras regras a seguir, e outras necessidades às quais se adaptar. A partir desta etapa do protocolo, as justificativas e as articulações racionais passavam a se confrontar com as práticas.

### 3 REMEDIAÇÃO COGNITIVA: A NEUROPSICOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA EM AÇÃO

*That people are not identical, but that it is possible for them to be equal in certain ways, is one of our modern political hopes.*

Adam Philips

*En voilà un dans l'esprit duquel aucune place ne devient dure, et qui ne sent pas tout à coup son âme à gauche, du côté du cœur. En voilà un pour qui la vie est un point, et pour qui l'âme n'a pas de tranches, ni l'esprit de commencements.*

Antonin Artaud

*Of course the methodology was all wrong. There should have been a separate device operator and reader. His calibration trials were primitive at best. No randomizing, no double blind. No controls. Nothing in Karin's pictures gave him any baseline. But he was not sending this data to a referred journal. He was just getting a rough sense of this shattered man, of Mark's attempts to tell himself back into a continuous story.*

Richard Powers

A aplicação das técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia se apóia sobre uma noção básica: os déficits neurocognitivos são centrais a esta categoria. Esta noção popularizou-se no campo psiquiátrico a partir dos anos 1990, sobretudo com a difusão de teorias neuropsicológicas sobre a esquizofrenia<sup>111</sup>. Tal como a equipe INSERM de Sainte Anne almejava defender em suas pesquisas, este modelo se insere no interior de paradigmas explicativos integrados, que começam no nível molecular e terminam com o funcionamento social ordinário dos sujeitos que portam o diagnóstico. Assim, estes déficits teriam como causa última problemas nas conexões entre redes de neurônios, gerados ao longo do desenvolvimento anormal dos indivíduos, segundo o modelo neurodesenvolvimental da

---

<sup>111</sup> Ver, por exemplo: Frith, 1992.



esquizofrenia. O mau funcionamento destas redes hipotéticas refletiria em perturbações nos módulos responsáveis pelo processamento de informações, que, por sua vez, se manifestariam através de déficits nos vários tipos de atenção, nos vários tipos de memória, no raciocínio lógico-abstrato, bem como nas ditas funções executivas.

Este modelo, sobre o qual repousa as teses que fundamentam técnicas como a THERECS e a CRT, se aproxima do que em filosofia da mente se convencionou chamar de *funcionalismo*. Esta teoria talvez seja a mais influente das hipóteses que guiam as pesquisas em (neuro)ciências cognitivas na atualidade<sup>112</sup>. Em termos gerais, a melhor imagem para se compreender esta corrente é ilustrada pela metáfora computacional, sugerida pela primeira vez por Hilary Putnam, segundo a qual os mecanismos e estados cerebrais poderiam ser comparados aos componentes físicos de um computador (*hardware*), ao passo que os estados mentais equivaleriam ao nível lógico do processamento de dados (*software*)<sup>113</sup>. Para os seus defensores, a hipótese funcionalista seria a que melhor permitira a compreensão de comportamentos inteligentes e adaptados, bem como as falhas na sua execução. Em uma categoria como a esquizofrenia, poderíamos então pensar em um modelo unificado em que um *hardware* defeituoso levaria a déficits nos mecanismos infraconscientes do processamento de informações, que, por sua vez, conduziriam à confusão mental, à dificuldade de executar tarefas quotidianas, de interpretar as ações e os sentimentos dos outros, de raciocinar diante de situações que envolvem tomadas de decisão... Os programas de remediação cognitiva visariam intervir justamente sobre este nível do processamento de informações, de modo a corrigi-lo por meio do treinamento e da aquisição de automatismos mentais, ou compensá-lo pela utilização de estratégias de resolução de problemas. Estas intervenções teriam como objetivo último, favorecer o desenvolvimento de comportamentos adaptados ao funcionamento social ordinário, seriamente perturbado em sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia.

Esta parte tem como propósito descrever o modo de ação concreto destas técnicas no âmbito do protocolo para a validação do programa THERECS, bem como tocar em algumas questões que subjazem a lógica funcionalista que os guiam. Entre estas, está a da dicotomia entre fato e valor que perpassa estes modelos e a da possibilidade de se tratar separadamente módulos do processamento de informação. Se, em teoria, o treinamento de módulos neurocognitivos é o objetivo destes tratamentos, como isto se dá na prática? Além disto,

---

<sup>112</sup> O filósofo John Heil ratifica esta afirmação: “nos dias de hoje, o funcionalismo domina a paisagem na filosofia da mente, nas ciências cognitivas, e na psicologia” (HEIL, 2004, p. 89)

<sup>113</sup> Para uma visão global acerca do *funcionalismo* no âmbito da filosofia da mente contemporânea, ver: Heil, 2004, p. 89-105; Kim, 1998, p. 73-103.

deseja-se interrogar se esta forma inovadora de conceber a esquizofrenia é capaz de modificar a imagem que os sujeitos tratados tem de si mesmo e da categoria dentro da qual são enquadrados. Será que estas técnicas são capazes de produzir um novo tipo de sujeito portador de esquizofrenia? Mas, que tipo de sujeito seria este? Por quais mutações antropológicas estes sujeitos poderiam passar ao interagirem com estas técnicas e discursos científicos inovadores sobre a esquizofrenia? Por último, insere-se este conjunto de discursos e práticas em um contexto macrosociológico que ajuda a compreender porque os déficits cognitivos passaram a ser tão valorizados nas últimas décadas, bem como os métodos produzidos para remediá-los. Ele expressaria o quanto este tipo de concepção naturalista acerca da mente não seria apenas uma questão de epistemologia, mas portaria em si uma “verdade sociológica”. Mas qual seria essa?

### **3.1 Mas que cognição a remediar na esquizofrenia?**

#### 3.1.1 A primeira entrevista para a pré-inclusão no protocolo de pesquisa: até que ponto é possível padronizar o julgamento clínico na medicina mental?

No protocolo de pesquisa que acompanhei em Sainte Anne, adotava-se claramente um modelo biomédico para se conceber e tratar a esquizofrenia. Este modelo, para se mostrar coerente, deveria resolver diversas dificuldades que impediram classicamente que a psiquiatria fosse considerada uma “medicina como as outras”, ao invés de “outra coisa que não uma medicina”. Entre essas dificuldades, estaria a fundação de critérios factuais e objetivos para se afirmar que aqueles pacientes eram de fato esquizofrênicos, independentemente da visão idiossincrática de especialistas e de culturas epistêmicas locais. Para garantir a padronização do julgamento clínico de todos os centros que fariam parte do estudo, se fazia uso neste protocolo de entrevistas padronizadas, globalizadas, criadas por psiquiatras norte-americanos e traduzidas para diversas línguas, entre elas o francês. Através de perguntas estruturadas, elas visavam determinar a presença e a intensidade de sintomas compatíveis com o que se reconhece como fazendo parte do espectro da esquizofrenia.

Chego a Sainte Anne, certo dia, para acompanhar uma jornada de trabalho ao lado de Maëlle, dedicada a entrevistas de pré-inclusão de pacientes no protocolo de pesquisa para a

validação da THERECS. Nestas entrevistas, ela iria avaliar a elegibilidade daqueles pacientes, de acordo com certos critérios, como: ter entre 18 e 45 anos; apresentar uma sintomatologia controlada durante o período de um mês; não fazer uso presente de substâncias psicoativas não prescritas por um médico; ter o francês como língua materna; não portar perturbações neurológicas de origem vascular, infecciosa ou neurodegenerativa; não estar participando paralelamente de um outro programa de remediação cognitiva; estar de acordo em assinar um termo de consentimento esclarecido. Além da entrevista clínica com os pacientes, outras escalas padronizadas completariam aquela avaliação, como a estimativa do nível de autonomia pessoal, da participação em atividades coletivas, da capacidade para construir laços sociais, da consciência de portar um transtorno psiquiátrico, do grau de auto-estima, entre outros.

A primeira paciente a adentrar o consultório de Maëlle para a entrevista de pré-inclusão no estudo é Mlle. Chen, uma mulher de 35 anos, de traços asiáticos, com aparência cuidada e o semblante sério. Ela teve a sua primeira crise psicótica há vários anos, logo após uma viagem ao Camboja, país de origem da sua família. Maëlle lhe explica de um modo bem direto o que estaria em jogo naquele estudo:

Quando se têm certas dificuldades psicológicas, a partir de um certo momento passa-se a ter perturbações para se concentrar, problemas de memória, etc. Isto pode gerar dificuldades em ficar a vontade com os outros, ler revistas, encontrar um trabalho... A remediação cognitiva tenta trazer melhoras a estas dificuldades de concentração, a estes problemas de memória, aos problemas para organizar as coisas durante o dia. É um programa que se faz à ordem de duas sessões por semana, de uma hora cada, além de uma sessão em domicílio. Portanto, ela demanda bastante esforço. Em um primeiro tempo, vamos fazer um balanço para ver o seu tipo de dificuldade. Mas antes disto, precisamos nos conhecer um pouco e eu te reveerei daqui há um mês para saber se tudo continua bem contigo. Isto, por acaso, te interessaria?

A paciente, bem lacônica, permanece em silêncio durante alguns instantes, até responder: *“sim, isto me interessa. Eu notei que tenho dificuldades para aprender. Eu não guardo as informações”*. Maëlle passa, então, à avaliação clínica padronizada, com ajuda de um questionário estruturado:

- Você se preocupa com o seu estado de saúde?

*Sim, ele me angustia.*

- Por que?

*É difícil de explicar... Acho que é por causa dos medicamentos. Às vezes, tenho uma impressão estranha que a luminosidade muda e eu vejo o mundo de uma forma diferente. Noto todos os pequenos detalhes em torno de mim, e isto me angustia.*

- Você sente isto freqüentemente durante a semana?

*Aproximadamente duas vezes por semana, e pode durar horas.*

- Você tem, às vezes, a impressão de estar sendo manipulada por alguém?

*Sim, eu creio. Às vezes, escuto vozes que falam comigo.*

- E você responde a elas?

*Sim, eu falo com elas através do meu pensamento.*

- Você se sente, por vezes, tentada a obedecer estas vozes?

*Não, eu procuro fugir delas.*

- Quando você ouve essas vozes, ou quando você tem esses fenômenos visuais, você pensa que está acontecendo algo de bizarro em torno de si, que alguém quer te fazer mal, ou algo parecido?

*Sim, é isto. Mas eu tento me dizer: “não, não é verdade”.*

- Há momentos em que você se sente agitada, excitada?

*Sim. Isto acontece na maioria das vezes depois das 18 horas. Eu não sei o que fazer da minha noite e me sinto um pouco deste jeito.\*

- Você tem a impressão de ter poderes que os outros não possuem?

*Já pensei nisto, mas não penso mais... Quer dizer... Pra dizer a verdade, eu ainda penso um pouco. É como se eu pudesse ler o pensamento dos outros. O problema é que eu não consigo, hã... [pausa]. Dizem que estou doente. Então, eu me digo: “estou doente”. Mas, no fundo, não creio que o esteja. Eu não sei. Estou entre as duas possibilidades. Não sei o que pensar.*

- Você tem medos?

*Tenho medo que as vozes me maltratem... Mas tenho medo da vida, em geral. Eu acho que vivemos em um mundo muito hostil. Às vezes, fecho os olhos e penso que tudo isto é um grande pesadelo.*

- Você está deprimida neste momento?

*Sim, eu estou sempre um pouco deprimida. Não tenho idéias tristes, mas não me interessa por nada.*

- Você se sente culpada por tudo isto?

*Sim. Penso que foi porque eu fiz certas coisas que há vozes que falam comigo agora.*

- Culpada de que, exatamente?

*Eu prefiro não falar sobre isto.*

A entrevista continua durante vários minutos, ao longo dos quais Maëlle tenta compreender se (e em que nível) os sintomas de Mlle. Chen estariam suficientemente estáveis de modo a permitir a sua inclusão no protocolo.

Como ilustra a vinheta acima, por mais padronizados que fossem os modelos de entrevista utilizados por Maëlle, a avaliação clínica daquela paciente não parecia repousar sobre um instrumento inteiramente objetivo. Afinal de contas, a partir de que elementos, que não o próprio julgamento, a psiquiatra poderia determinar se aquela paciente apresentava a “estabilidade” necessária para a inclusão no protocolo? Que critério explícito determinaria o que se deveria compreender por “estabilidade”, em casos deste tipo? Ou então, o que significaria uma “estabilidade suficiente”, neste caso específico? Uma avaliação deste gênero depende sobretudo da observação do entrevistador e da sua capacidade para julgar o conteúdo do relato do entrevistado. Mesmo que se utilizasse escalas, com cotações de 1 a 7, para medir a intensidade dos sintomas envolvidos naquele caso, não era senão na dimensão do encontro entre o médico e o paciente que esta avaliação poderia verdadeiramente se dar.

Nada de exames de sangue, nem procura de lesões. A entrevista com Mlle. Chen mostrava que o essencial do método diagnóstico em psiquiatria compõe-se da interrogação de pacientes e da observação e escuta atentas do clínico. Esta especificidade do diagnóstico psiquiátrico tem origem na grande partilha entre lesão e função, que dividiu a neurologia da psiquiatria no final do século XIX. A partir de então, o diagnóstico de uma patologia psiquiátrica não se definiria mais em absoluto pela busca de uma lesão cerebral, mas pela procura de um desarranjo da *intencionalidade* dos pacientes, isto é, das desordens na articulação e na organização de uma rede constituída por crenças, desejos, motivos, vontades, razões, etc. atribuídos a um sujeito<sup>114</sup>. Nesta lógica, diagnosticar um sintoma e estimar a sua intensidade equivaleria a adotar uma estratégia interpretativa diante do modo pelo qual esta rede poderia estar perturbada ou desorganizada, em função de determinados critérios ideais de atribuição de racionalidade. Esta avaliação não poderia ser feita senão a partir da sensibilidade valorativa de um clínico no encontro com um paciente.

Uma das especificidades de uma avaliação clínica psiquiátrica é a determinação do modo como entidades *logicamente dependentes* umas das outras se encadeiam. Tomemos o exemplo contrário da neurologia. Na clínica neurológica, uma lesão cerebral pode ser individualizada, localizada em uma área específica do córtex e, eventualmente, modificada por uma intervenção cirúrgica. Neste sentido, uma lesão cerebral não depende de qualquer

---

<sup>114</sup> Apóio-me aqui na tese defendida por Pierre-Henri Castel (1998), acerca da querela em torno da histeria no século XIX.

outra entidade para ser identificada, individualizada, localizada e, eventualmente, tratada, ou seja, ela possui, como todo evento físico, uma *independência lógica* com relação a qualquer contexto que a cerca. Já na medicina mental, o estabelecimento de um diagnóstico implica em reconstruir uma rede intencional em que os seus termos não podem ser individualizados, localizados, ou tratados separadamente. Quando um psiquiatra pede a um paciente que fale de uma crença, por exemplo, esta não pode ser tomada como um evento isolado, mas deve ser articulada a outras crenças, a motivos que levaram o indivíduo a conservá-las, às razões que ele se dá para sustentá-las, etc<sup>115</sup>. Como bem sintetiza Pierre-Henri Castel (2006, p. 27), “desejo A porque creio em B; e eu creio em B porque creio também em C; e crer em C também é uma razão para desejar A”, e assim por diante.

As relações lógicas que tornam os termos intencionais mutuamente dependentes são a razão pela qual a psiquiatria não pode se furtar ao exame do contexto de vida singular de um paciente em uma avaliação clínica. Ao contrário, seu olhar deve se direcionar justamente sobre modo pelo qual um paciente justifica, articula e significa o que lhe acontece, sem excluir desta atitude o mundo no qual ele se insere. Como sublinha Erving Goffman, “as ilusões de um simples soldado podem ser os direitos de um general; os convites obscenos de um homem a uma desconhecida podem ser as carícias ousadas de um marido à sua esposa; a desconfiança do paranóico é a prática justificada de milhares de agentes secretos” (GOFFMAN, 1973, p. 332). Logo, sem contexto, não há diagnóstico clínico em psiquiatria.

Na entrevista clínica com Mlle. Chen, Maëlle tenta recompor as perturbações da rede intencional daquela paciente, que estavam na base do seu diagnóstico de esquizofrenia. A partir das repostas de Mlle. Chen, Maëlle constata, por exemplo, a presença de crenças delirantes acerca da possibilidade de ser manipulada, ou atacada, por um agente exterior, que se fazia representar por vozes perturbadoras. A isto, somava-se a crença na sua capacidade sobre-humana para ler o pensamento dos outros. Por fim, Mlle. Chen pensava que a razão de ser de sua perturbação fosse o cometimento no passado de atos dignos de punição, que ela tinha medo de revelar e pelos quais ela se sentia culpada. Portanto, a posição de Maëlle era analisar como esta rede intencional se encontrava perturbada por um conjunto de crenças ilusórias, pelas razões equivocadas que sustentavam estas crenças, pela culpa delirante relativa à origem dos seus sintomas, pelo medo excessivo motivado por crenças ilógicas, e

---

<sup>115</sup> O filósofo Donald Davidson diria que esta postura do psiquiatra equivaleria em conceber o mental de uma forma holista, que implicaria no que ele apelidou de “anomalia do mental”. Uma vez que seria impossível destacar um único elemento do restante da cadeia da qual ele faz parte, também seria impossível correlacioná-lo, de acordo com leis nomológicas, a estados físicos precisos, ou mesmo a um outro evento mental. Sobre a sua tese da anomalia do mental, ver o seu artigo clássico *Mental Events* (DAVIDSON, 2002)

assim por diante. Neste sentido, mais do que um, ou outro elemento isolado, o que se procurava recompor era a totalidade de uma rede que contrariava os cânones da racionalidade ideal ordinária.

Se as entrevistas padronizadas e as escalas de intensidade utilizadas neste tipo de entrevista serviam de guia para facilitar a tarefa de Maëlle, assim como para unificar as ações de todos os pesquisadores que compunham a rede *Paris-Lyon-Lausanne-Etc.*, esta pesquisadora deveria mobilizar toda a sua experiência clínica para interpretar corretamente o que lhe era apresentado. Este gesto não poderia ser garantido apenas por um saber explícito, codificado, mas sobretudo por um saber tácito. Isto se devia ao fato de noções como “medos irracionais”, “estados de espírito agitados”, “humores deprimidos”, “culpas excessivas”, “motivos infundados”, entre outras, não fazerem parte de um domínio inteiramente codificável, posto que pertenceriam à dimensão propriamente moral da vida humana. Deste modo, eles estariam inseridos inequivocamente no campo dos valores, que, na medicina mental, dada a sua extrema complexidade (FULFORD, 1989, 2004), não poderiam prescindir de um intérprete para avaliar o seu peso. Este lugar, no extrato da entrevista apresentado, era ocupado por Maëlle, que com sua experiência clínica tácita avaliaria se os sintomas apresentados por aquela paciente significariam estabilidade, ou instabilidade clínica. No primeiro caso, a paciente poderia seguir para a segunda fase da pré-inclusão no estudo. No segundo, ela seria automaticamente excluída do protocolo. A exclusão de pacientes considerados como “instáveis” se daria por duas razões principais, de acordo com Maëlle: em primeiro lugar, um paciente em crise não poderia aproveitar os eventuais benefícios que os programas de remediação cognitiva poderiam lhe trazer, visto que a exacerbação dos seus sintomas impediria qualquer trabalho neste sentido; em segundo lugar, um paciente em crise dificilmente poderia sustentar o compromisso de participar de um protocolo que exigiria a sua presença regular, ao longo de 14 semanas. Assim, o estudo não poderia se submeter a um número alto de desistências, sob a pena de prejudicar o seu andamento.

Ao final da entrevista, pergunto a Maëlle se ela tinha achado a paciente estável o suficiente para fazer parte do estudo. Ela respondeu afirmativamente, dizendo que apesar da presença de sintomas psicóticos, de sintomas negativos importantes, e da sua relativa falta de *insight*<sup>116</sup>, Mlle. Chen poderia ser considerada uma paciente estabilizada. Como este julgamento havia sido formulado? A partir de quais critérios? Por mais padronizadas que fossem as entrevistas que Maëlle utilizava, o modo como ela se expressava me fazia crer que

---

<sup>116</sup> Jargão utilizado para denominar o grau de consciência que um paciente tem de estar doente.

o seu julgamento só poderia estar baseado em uma experiência não codificada por regras explícitas. Se dentro de 1 mês (data em que haveria uma outra entrevista clínica) Mlle. Chen continuasse estabilizada, ela seria encaminhada para a segunda fase de pré-inclusão, a saber, as baterias de testes neuropsicológicos.

### 3.1.2 A mente sob medida.

Todo paciente considerado por Maëlle como suficientemente estabilizado para participar do protocolo de pesquisa era encaminhado para outros profissionais da equipe encarregados de aplicar as baterias de testes neuropsicológicos, destinadas a extrair dados acerca das suas competências e dificuldades cognitivas. Entre estes profissionais, estava Élodie, uma neuropsicóloga<sup>117</sup> de 45 anos que trabalhava há mais de 10 anos na unidade INSERM de Sante Anne. Sua função nesta unidade se resumia a administrar baterias neuropsicológicas em pacientes de diversas pesquisas que ali eram desenvolvidas em paralelo. Por este motivo, ela possuía em seu currículo científico um número considerável de artigos coletivos assinados. Entretanto, o seu nome jamais figurava nas posições principais; eles ocupavam sempre uma posição secundária, ou intermediária. Isto indicava que o seu papel não era o de conceber e coordenar pesquisas, mas de executar as regras propostas nos protocolos paralelos de que fazia parte. Com pouca experiência clínica, a sua especialidade era a manipulação de baterias de avaliação neuropsicológica. Estes testes funcionavam neste ambiente como “dispositivos de inscrição” (LATOURE, 1998), isto é, como ferramentas que transformavam as teorias hipotéticas e a percepção subjetiva dos clínicos em dados objetivos, mensuráveis e reproduzíveis na forma de gráficos, curvas, imagens, etc. Assim, o trabalho de Élodie nesta pesquisa consistia em manipular estes “instrumentos de inscrição” que teriam a função estratégica de aferir e representar o efeito produzido pelas técnicas de remediação cognitiva sobre os pacientes deste protocolo de pesquisa.

Diferentemente das entrevistas clínicas de Maëlle, os instrumentos manipulados por Élodie prescindiam de qualquer informação acerca do contexto em que cada paciente se

---

<sup>117</sup> Em um sentido mais estrito, a profissão de neuropsicólogo não existe. O que existe são psicólogos especializados na área de neuropsicologia. Entretanto, alguns dos profissionais de Sainte Anne, com especialização em neuropsicologia, optavam por se autodesignar como neuropsicólogos, para marcar a sua proximidade com a interface que unia os domínios da psicologia e das neurociências. Isto parecia conferir mais respeito e *status* à sua posição naquela unidade de pesquisa.



inseria, da sua visão de mundo, ou da articulação da sua rede de crenças, desejos, motivos, etc. Ao contrário, para submeter um paciente a um teste neuropsicológico, Élodie não precisaria, *a priori*, saber qualquer coisa ao seu respeito. Cada função cognitiva em jogo seria medida individualmente, sem que se precisasse articulá-la com outras informações para que o resultado final dos exames fizesse sentido. Assim, não se mobilizava ideais de racionalidade, nem habilidades interpretativas, mas apenas o conhecimento das regras de aplicação e análise destes testes quantitativos.

O que se segue são extratos etnográficos de três sessões de avaliação neuropsicológica conduzidas por Élodie que assisti logo no início da minha participação física naquele ambiente de pesquisa. Em seguida, discute-se algumas questões relativas a estas cenas.

### 3.1.3 Cena 1: A avaliação da capacidade de Mlle. Cacoub para planejar e executar ações coordenadas

Hoje é o dia da primeira etapa da bateria de testes neuropsicológicos para Mlle. Cacoub, uma mulher de 33 anos. Ela já tinha sido avaliada clinicamente na fase de pré-inclusão por Maëlle, que havia constatado, segundo os critérios estabelecidos no protocolo, a sua elegibilidade para participar da pesquisa (ela estava na faixa etária ideal e, de acordo com Maëlle, se encontrava estabilizada clinicamente). Élodie me recebe um pouco antes da sessão para me explicar em termos gerais o que iria se passar. Ela relata que o processo de avaliação neuropsicológica seria dividido em três etapas, que se desdobrariam em dias diferentes. Nas duas primeiras, a paciente seria submetida a testes distintos, que compunham as baterias de avaliação neuropsicológica escolhidas. Estas, ao final do processo, revelariam o seu perfil neurocognitivo e permitiriam saber que funções seriam as mais deterioradas e que funções estariam preservadas, apesar do transtorno. A precisão destes dados seria especialmente importante no caso dos pacientes destinados posteriormente à THERECS, que treinaria apenas a função que se encontrasse mais deficitária. A terceira e última etapa do processo se destinaria à apresentação e à discussão com cada paciente dos resultados encontrados nos testes. Nesta, os pacientes também saberiam se finalmente poderiam ser incluídos no estudo, a que técnica seriam submetidos, e quem seria o seu terapeuta de remediação cognitiva.

Os testes que eu acompanharia naquele dia como antropólogo observador faziam parte do que no jargão da neuropsicologia é chamado de “funções executivas”. Este conceito neuropsicológico foi engendrado a partir de casos neurológicos de lesões do lobo frontal que perturbavam a realização de ações complexas que exigiam o planejamento e o raciocínio lógico. No interior do campo de discussão da neuropsicologia, não há uma definição unívoca para este conceito. Por exemplo, Lezak et al. (2004, p. 11) definem as funções executivas como uma “habilidade intrínseca para responder de uma forma adaptada a uma nova situação (...) que integra quatro componentes: (1) a vontade; (2) a planificação; (3) a ação intencional e; (4) a performance efetiva. Baron (2004, pp. 135), por sua vez, as concebe como “capacidades metacognitivas que permitem a um indivíduo perceber estímulos de seu ambiente, reagir a eles de uma forma adaptada, mudar de direção de uma forma flexível e responder de uma forma ordinária e integrada utilizando estas capacidades para uma finalidade intencional comum”. Finalmente, Gioia e seus colaboradores descrevem estas funções como uma “coleção de processos responsáveis para guiar, dirigir e gerir funções emocionais, cognitivas e comportamentais, sobretudo durante uma resolução ativa de problemas” (GIOIA et al. 2000, p. 1). Apesar das diferenças entre as definições existentes, as funções executivas são em geral associadas à noção de processamento de informação de alto nível, executado pelo lobo frontal, que envolve a planificação, o disparo e a realização de ações intencionais, em face de problemas colocados pelo ambiente. Esta capacidade implica a articulação de vários subsistemas cognitivos como o pensamento abstrato, a aprendizagem de regras, a flexibilidade mental, a seleção de informações sensoriais relevantes, a inibição de ações inapropriadas, etc.

Para a equipe de Sainte Anne, bem como para as outras equipes que compunham a rede *Paris-Lyon-Lausanne-Etc.*, a precisão do conceito de “função executiva”, assim como as controvérsias inerentes ao campo da psicologia das lesões cerebrais, não tinham uma importância prática. Este conceito era tão somente uma ferramenta de pesquisa, uma “caixa-preta” que não deveria ser aberta caso se quisesse utilizá-la. Na vida social deste protocolo de pesquisa, as funções executivas eram apenas o que certos testes neurocognitivos podiam medir e o que as técnicas de remediação cognitiva podiam eventualmente melhorar. Bastava encontrar uma forma consistente de averiguar esta melhora, representada pelos “dispositivos de inscrição”.

Entre o conjunto de testes para a avaliação das funções executivas, encontrava-se a BADS (*Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome*), bateria desenvolvida nos anos

1990 por uma equipe norte-americana<sup>118</sup>. Como me informou Élodie, a equipe havia escolhido a BADS como uma das baterias para esse protocolo por se tratarem de testes ditos “ecológicos”, isto é, que tentavam simular situações da vida quotidiana, em que o indivíduo é convocado constantemente a tomar decisões e realizar tarefas impostas pelo meio ambiente.

Indago Élodie sobre a paciente de 33 anos que seria avaliada naquele dia. Ela me conta que pouco sabia desta paciente, pois elas não haviam ainda se encontrado pessoalmente. Entretanto, conhecia algumas informações do seu histórico clínico fornecidas por Maëlle e pelo psiquiatra que a havia encaminhado para a pesquisa<sup>119</sup>. Tratava-se, segundo o psiquiatra, de um caso que caminharia inevitavelmente para a *cronificação*, caso não se agisse logo. Doente desde o final da adolescência, quando começou a apresentar os primeiros sintomas psicóticos, esta paciente nunca havia trabalhado, não possuía laços sociais para além do seu círculo familiar e morava com os pais em um subúrbio pobre de Paris. Ainda de acordo com o tal psiquiatra, seus pais também aparentavam ser “um pouco loucos”, embora não portassem qualquer diagnóstico clínico. O cotidiano desta paciente se resumia a permanecer em casa, todos os dias, o dia inteiro, diante da TV. Uma vez por mês, ia à sua consulta psiquiátrica habitual para renovar o seu tratamento. Para além disto, freqüentava, por insistência dos pais, agências de emprego destinadas aos portadores de algum tipo de deficiência [*adultes handicapés*], embora nunca tivesse conseguido efetivamente trabalhar. A sua inatividade, desorganização e falta de motivação era o que mais preocupava o seu médico, que temia que este estado se agravasse indefinidamente.

Após alguns minutos de conversa, Mlle Cacoub entra finalmente na sala de testes em que nos encontramos, acompanhada pelo seu pai. Ele nos cumprimenta, a deixa em nossa companhia, e dirige-se à sala de espera, onde permaneceria até o fim desta sessão de testes. É impossível para mim não reparar imediatamente na aparência física de Mlle. Cacoub: extremamente obesa, sem os dentes da frente, vestida com roupas amarrotadas, os cabelos mal-cuidados e desgrenhados. De súbito, senti um odor desagradável que vinha da sua direção. Aquela presença perturbadora mostrava o quanto esta pessoa carecia dos cuidados básicos com a higiene e a aparência física que o mundo de que nós fazíamos parte demandava. Havia ali, sem dúvida, “alguma coisa fora da ordem”.

---

<sup>118</sup> ver: Wilson; Alderman; Burgess; Emslie; Evans, 1996.

<sup>119</sup> É curioso notar como os profissionais que integram este protocolo de pesquisa não se preocupavam em fazer uma análise do prontuário de cada paciente incluído no estudo. Era como se, para os objetivos de uma pesquisa deste tipo, não fosse necessário conhecer as minúcias da história clínica dos pacientes, nem o contexto do mundo em que eles se inseriam. As informações de que se dispunha eram fornecidas sucintamente pelos psiquiatras que os encaminhavam para o estudo, ou então coletadas por Maëlle, na entrevista da primeira fase de pré-inclusão. Mais tarde, quando eu comecei a travar um contato mais aprofundado com os pacientes, passei a obter informações inéditas, freqüentemente desconhecidas do *staff*.

Élodie a cumprimenta, me apresenta e convida-lhe a se sentar diante de uma mesa repleta de fichas, de objetos, de cartas, de cronômetros, de formulários... Após uma rápida conversa para “quebrar o gelo”, romper a seriedade do seu semblante e ganhar a sua confiança, a neuropsicóloga explica o objetivo daquela sessão de testes. Surpreendentemente, Mlle. Cacoub se mostra subitamente bem-humorada, sorridente e tagarela. Desvia do assunto relativo à sessão de testes neuropsicológicos para nos contar sobre a viagem que em breve faria para a Tunísia, para visitar familiares. Descubro, então, que os seus pais eram imigrantes tunisianos que faziam parte da ínfima minoria judaica daquele país. O fato de ser judia, proveniente de um país de maioria muçulmana, parecia compor, de alguma forma, o centro da identidade daquela paciente, bem como o de seus familiares. Por vezes, eu tinha dificuldades para compreender o que ela falava, seja pela sua má dicção ocasionada pela falta dos dentes frontais, seja pela aparente incoerência e fragmentação das suas idéias. Depois de alguns minutos em que a paciente falava sem parar, saltando de um assunto para um outro diferente, Élodie se vê obrigada a interrompê-la, sugerindo educadamente que se começasse o primeiro teste da BADS.

A neuropsicóloga mostra para Mlle. Cacoub uma folha de papel, onde se via desenhado no centro um quadrado com 10 cm de lado. Pede que ela observe bem este quadrado e, em seguida, lê em voz alta as seguintes instruções:

- Gostaria que você imaginasse que este quadrado é um grande campo. Em algum lugar deste campo, uma chave foi perdida. Você não sabe exatamente onde ela se encontra. A única coisa certa é que ela se encontra dentro deste campo. Partindo deste ponto [que se encontra na mediatriz do lado inferior do quadrado], gostaria que você traçasse uma linha contínua, sem tirar a ponta da caneta do papel, para me mostrar por onde você passaria de modo a ter a certeza absoluta de que encontraria a chave, onde quer que ela estivesse. Você entendeu o exercício, ou tem alguma dúvida?

*Ok. Vou traçar um sinal...*

- Não é um sinal. Trata-se de um traço contínuo, sem tirar a caneta do papel, partindo deste ponto aqui. E você mostrará todos os caminhos que você faria para encontrar com toda certeza a sua chave.

*E aqui eu passo?*

- Como? O que você quer dizer com “aqui eu passo”?

*Encontrar a chave? Ok.*

Élodie aciona o cronômetro para aferir o tempo que Mlle. Cacoub demoraria para executar esta tarefa. Ao final de uns dois segundos apenas, para a nossa surpresa, a paciente pára de desenhar a linha contínua e anuncia: “Pronto, acabei!”. [ver a cópia da linha traçada pela paciente na figura 4, abaixo]. A neuropsicóloga paralisa o cronômetro e permanece em silêncio, enquanto faz anotações em um bloco.

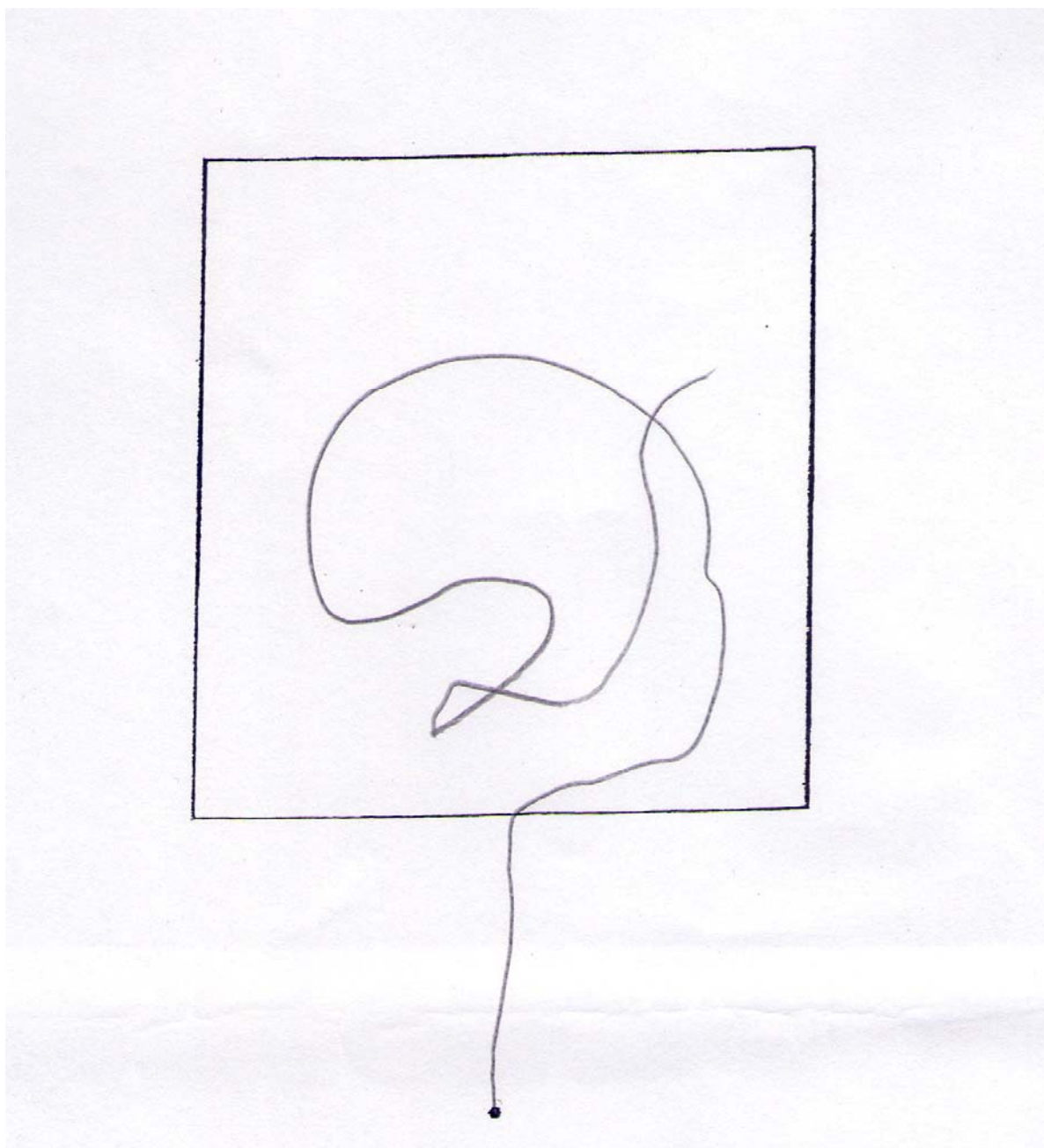


Figura 4: reprodução do resultado do teste neuropsicológico “procura da chave”.

Élodie refaz suas anotações, e passa imediatamente a um outro teste desta bateria. Entrega então à paciente uma folha, em que se vê uma espécie de mapa, com caminhos, pontos de referência e marcações [ver figura 5, a seguir].

### Test du Zoo Version 1

#### Règles

Imaginez que vous allez visiter un zoo.

Votre tâche consiste à organiser un itinéraire afin de visiter les endroits suivants (pas nécessairement dans cet ordre) :

- La Maison des Eléphants
- La Cage aux Lions
- L'Enclos des Lamas
- Le Café
- Les Ours
- Le Sanctuaire des Oiseaux.

En planifiant votre circuit obéissez aux règles suivantes :

- Commencez à l'**Entrée** et finissez par l'aire de **Pique-Nique**.
- Vous pouvez utiliser les **chemins ombragés** autant de fois que vous le souhaitez, mais **une seule fois ceux qui ne le sont pas**.
- Vous ne devez faire qu'une seule **Promenade à Dos de Chameau**.

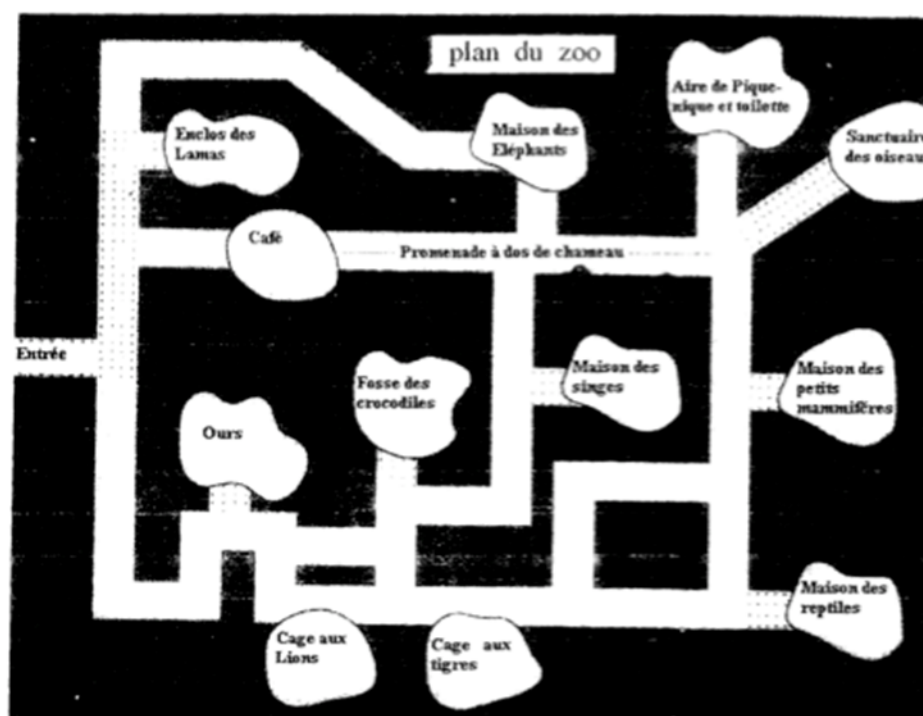


Figura 5: teste neuropsicológico “passeio no Zoo”

- Isto é o mapa de um zoológico. O seu trabalho consiste em organizar um passeio no interior do Zoo, de modo a passar por todos os lugares indicados nesta folha de instrução: a casa dos elefantes, a jaula dos leões, o curral das lhamas, o Café, os ursos e o santuário dos pássaros. Você deverá traçar uma linha para me mostrar como você se organizará para ir de um lugar para o outro. Eu te darei um lápis com uma cor diferente para cada lugar visitado. Isto me ajudará depois a lembrar da ordem do seu percurso. Você pode ler o resto das instruções em voz alta, por favor?

*“Comece na entrada, termine a área do piquenique. Você poderá utilizar o caminho sombreado quantas vezes você quiser. Mas todos os outros que não são sombreados, você só poderá passar uma vez. Você poderá fazer apenas um passeio de camelo”.*

- Você entendeu bem o exercício? Você deve passar por todos os lugares indicados, respeitando as regras que você acabou de ler [a paciente acena positivamente com a cabeça]. Então, vou acionar o cronômetro.

*Primeiro, eu vou ao Café.*

- Ok, vá... E do Café, aonde você vai?

*Vou para a área do piquenique.*

- Mas, você não se lembra das instruções? Esta é a saída. É aonde você tem que terminar o seu percurso.

*Ah, é mesmo?!*

- Sim, é o fim do percurso. É aonde você deve chegar, depois de passar por todos os outros lugares. Aonde você vai, então?

*Vou à casa dos elefantes.*

- Ok, vamos então mudar a cor do lápis. Pode ir... Agora que você acabou de ir à casa dos elefantes, aonde você vai agora?

*Vou à jaula dos leões.*

Mlle. Cacoub continua o seu percurso, tentando passar por todos os locais estipulados. Uma vez que o teste exige que não se passe senão uma única vez pelos caminhos não-sombreados e se faça apenas um “passeio de camelo”, à medida que o percurso imaginário evolui, Mlle. Cacoub vai encontrando dificuldades lógicas difíceis de ultrapassar.

Élodie intervinha a todo instante, tentando-lhe mostrar que não era possível passar por tal, ou qual caminho, pois as vias haviam sido logicamente bloqueadas por uma estratégia inicialmente mal-planejada. Após passar repetidamente por caminhos interditados e visitar locais não estipulados pelas regras do exercício, ela finalmente chega à área do piquenique, seu destino final [ver cópia do resultado do exercício feito por Mlle. Cacoub na figura 6, logo abaixo].

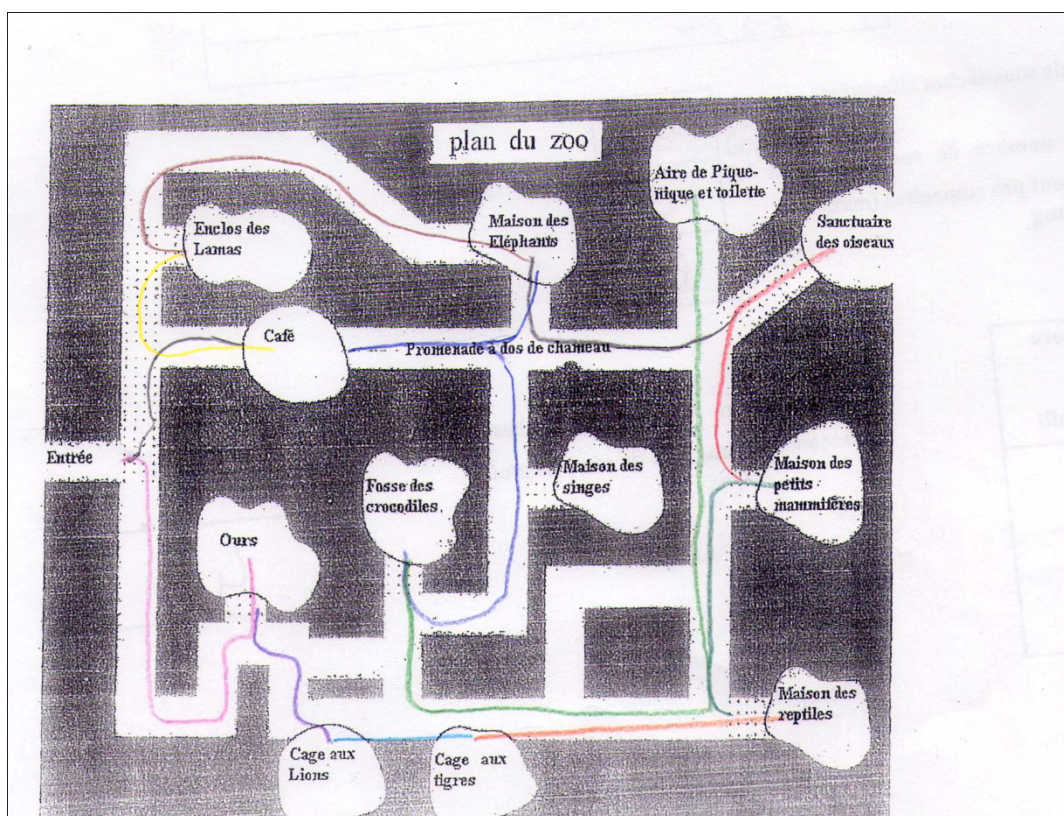


Figura 6: resultado da performance da paciente no teste neuropsicológico do “passeio no Zoo”.

Em seguida, Élodie passa a um outro teste da BADS:

- Eu te pedirei para estimar o tempo que se gasta para efetuar quatro coisas diferentes. Eu digo ‘estimar’ porque excluo a possibilidade que alguém conheça a resposta exata para as minhas perguntas. Passo então à primeira questão: quanto tempo se leva em uma consulta de rotina ao dentista?

*Em torno de dois minutos !?*

- Quanto tempo um lavador de janelas precisa para lavar todas as vidraças de uma casa de tamanho médio?



*Duas horas!?*

- Quanto tempo pode viver um cachorro?

*Dez anos.*

- Quanto tempo é necessário para encher uma bexiga?

*Dez minutos.*

Testes semelhantes aos descritos acima se sucedem, um após o outro, até o final desta sessão destinada a avaliar as funções executivas desta paciente, isto é, a sua capacidade para avaliar, planejar, disparar e executar ações intencionais, em face de problemas colocados pelo ambiente. Duas outras sessões, marcadas para as semanas seguintes, finalizariam esta primeira etapa do estudo. Nestas sessões subseqüentes, exercícios destinados a medir outras funções cognitivas entrariam em jogo, como os vários tipos de memória, os vários tipos de atenção, a capacidade para fazer analogias e raciocinar utilizando princípios da lógica formal.

Ao final desta primeira sessão, conversei com Élodie sobre as suas impressões acerca da performance de Mlle. Cacoub na BADS. Ela responde que, como um todo, a sua “performance foi muito ruim”. No exercício da procura pela chave, por exemplo,

ela não teve um mínimo de planejamento, fez a procura de uma forma inteiramente aleatória. Existiam várias formas válidas para ela procurar esta chave, como traçar linhas verticais seguidas de horizontais, por exemplo, mas ela não raciocinou antes de começar o exercício. Fez de qualquer jeito [*Elle a fait n'importe quoi*].

De acordo com a neuropsicóloga, o mesmo aconteceu com o teste do passeio ao zoológico. A paciente, em nenhum momento, pareceu se preocupar em organizar a seqüência de ações que precisaria efetuar para realizar o percurso demandado sem infringir as regras estipuladas pelo teste. Ela também não teve a “flexibilidade mental” necessária para reorientar o seu trajeto a partir do instante em que começou a encontrar obstáculos lógicos impostos pela sua inicial falta de planejamento. Isto expressaria, segundo a neuropsicóloga, dificuldades evidentes nas funções cognitivas responsáveis pela planificação de ações e pela flexibilidade mental. O mesmo poderia ser observado nos erros crassos que a paciente cometeu ao estimar o tempo de uma consulta de rotina ao dentista (sua resposta foi “dois minutos) e o tempo

necessário para se encher uma bexiga (sua resposta foi “dez minutos”). Portanto, algo no mecanismo de avaliação temporal das ações também estaria comprometido pelas suas dificuldades cognitivas<sup>120</sup>.

Pergunto a Élodie como seria possível generalizar a baixa performance nesta bateria de testes para o restante da vida quotidiana destes pacientes. A neuropsicóloga me explica que isto era evidente no caso da BADS, uma vez que se tratava de uma bateria “ecológica”, que tentava imitar situações da vida real. Ela afirma que planejar um passeio passando por pontos de visita específicos, procurar um objeto, estimar o tempo de execução de uma tarefa, entre outros exercícios envolvidos nesta bateria, equivaleriam a situações que vivemos todos os dias de nossas vidas. No caso de Mlle. Cacoub, a sua baixa performance generalizada nesses testes poderia explicar, por exemplo, a sua extrema dependência com relação aos seus pais e as dificuldades que ela tinha para se engajar em qualquer atividade ou projeto em sua vida.

Para que você seja capaz de trabalhar, é necessário que você saiba planejar o seu tempo, ou que você organize as tarefas que você precisa cumprir. O mesmo vale para você cuidar de uma casa, pagar uma conta, seguir o fio de uma conversa com uma pessoa. A todo instante estamos nos planejando e tomando decisões, sem que precisemos nos dar conta disto... Entretanto, para estes pacientes com déficits nas funções executivas, o que é óbvio para mim e para você se torna muito difícil. É preciso que se crie estratégias para lidar com estas perturbações do processamento de informações.

Assim, de acordo com a neuropsicóloga, estes testes seriam uma forma de aferir experimentalmente, tal qual uma simulação, as dificuldades que pacientes como Mlle. Cacoub enfrentam no seu dia-a-dia, que acabam por interferir em seu funcionamento social global. De acordo com o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia, estes déficits existiriam antes da eclosão dos primeiros sintomas psicóticos e persistiriam mesmo com o seu controle por neurolépticos. Daí a sua independência com relação a tudo o que se refere a possíveis produções delirantes, alucinações, ou à simples falta de motivação para agir no mundo.

Após este primeiro encontro com Mlle. Cacoub, em que pude ver de perto em que consistia uma avaliação neuropsicológica aplicada à um procedimento experimental, permaneci ao lado de Élodie para uma outra sessão de testes. Sentia que precisava ter uma visão de conjunto do que representavam estas baterias neuropsicológicas, daquilo que elas

---

<sup>120</sup>Mesmo que os sintomas psicóticos não estivessem em questão na avaliação da performance cognitiva desta paciente, Élodie aventou a hipótese de que Mlle. Cacoub pudesse estar sendo perturbada por alucinações auditivas no momento da execução dos testes. Onde a sua extrema falta de atenção com relação aos enunciados dos exercícios e a sua displicência no cumprimento das tarefas propostas. Mas esta hipótese pertencia à sua intuição pessoal e, portanto, não seria incluída na avaliação final dos resultados.

mediam, como os pacientes se comportavam em uma sessão deste tipo, e em que isto poderia especificar a categoria de esquizofrenia.

#### 3.1.4 Cena 2: A avaliação da memória e da atenção de Mlle. Guéant

Desta vez, se tratava da avaliação de Mlle. Guéant, uma paciente de 27 anos, que estava em sua segunda sessão de testes neuropsicológicos. Esta jovem entrou em contato com o mundo da psiquiatria quando cursava o último ano do colégio, época que passou a se queixar de crises de ansiedade extrema. Este foi o período da separação dos seus pais, do empobrecimento do padrão de vida que ela gozava anteriormente, da sua mudança para um subúrbio pobre e perigoso de Paris, com a sua mãe e a sua irmã caçula, e das pressões para passar no exame nacional de ingresso às universidades francesas, o *baccalauréat*. Após consultar um psiquiatra, passou a fazer uso de ansiolíticos. Conseguiu, mesmo com as crises de ansiedade, obter uma nota suficiente neste exame para ingressar em uma universidade de Paris, no curso de ciências biológicas. Com as pressões e as demandas do mundo universitário, suas crises de ansiedade pioraram. Certo dia, Mlle. Guéant ingeriu grande quantidade de medicamentos ansiolíticos, levando-a a uma intoxicação (entendida pelos médicos como tentativa de suicídio) e à recomendação médica de internação em um hospital psiquiátrico. Durante o período da internação, constatou-se a presença nesta paciente de crenças que se considerou como fazendo parte de uma construção delirante místico-religiosa. A partir de então, esta paciente abandonou os estudos, ganhou o diagnóstico de esquizofrenia, passou a fazer uso regular de neurolépticos, e iniciou uma nova etapa da sua *carreira moral*<sup>121</sup> no mundo da psiquiatria.

Recentemente, tentando dar prosseguimento a sua vida profissional, ela havia iniciado um curso a distância de História. Porém, Mlle. Guéant vinha se queixando com frequência à sua psiquiatra (que trabalhava igualmente em um serviço clínico de Sainte Anne) de problemas de concentração e de memória que atrapalhavam significativamente a sua performance nos estudos. Donde a sua indicação para participar deste protocolo de pesquisa.

---

<sup>121</sup> Conceito clássico na sociologia das patologias mentais, forjado por Goffman em seu estudo pioneiro sobre os manicômios (1968).

A neuropsicóloga de Sainte Anne me conta ainda que esta paciente possuía um nível de organização muito maior do que Mlle. Cacoub, o que a deixava otimista quanto à utilidade dos programas de remediação cognitiva em sua vida. A sessão de testes neuropsicológicos a qual eu assistiria se direcionava para a avaliação de vários tipos de memória (memória verbal, memória de trabalho e memória visuo-espacial), bem como a avaliação de funções ligadas à concentração e à atenção. Após alguns minutos de conversa, Mlle. Guéant adentra a sala em que estamos alojados. Diferentemente de Mlle. Cacoub, esta jovem possuía uma aparência que poderia ser considerada como perfeitamente adequada socialmente: bem vestida, asseada, penteada e aparentemente muito bem educada. Somos apresentados por Élodie, que lhe faz algumas perguntas sobre o seu cotidiano, a fim de estabelecer uma atmosfera amigável antes do início dos testes. Ao responder a perguntas triviais, do tipo “como tem passado?”, “o que tem feito ultimamente?”, a paciente se mostra perfeitamente lúcida, coerente e organizada em suas respostas.

A neuropsicóloga anuncia então que vai começar a aplicar o primeiro teste. Trata-se da avaliação da dita memória de trabalho. Este conceito neuropsicológico equivale à capacidade do sujeito para armazenar e processar informações verbais e visuo-espaciais por um curto período de tempo. Esta capacidade é considerada como essencial na boa execução de tarefas implicadas nas funções executivas. Élodie explica que lerá em voz alta uma lista de 15 palavras. A tarefa da paciente consistiria em tentar memorizar estas palavras na ordem em que aparecessem. A neuropsicóloga inicia então a leitura de palavras absolutamente triviais, como “escola”, “peru”, “cinema”, “biblioteca”... Em seguida, ela pede que a paciente procure se lembrar e repetir o maior número de palavras contidas na lista que ela fosse capaz. Ao final do exercício, reparo que a sua performance havia sido relativamente boa nesta primeira etapa, tendo ela lembrado da maioria das palavras lidas por Élodie, assim como da sua ordem aproximada de aparição.

A neuropsicóloga passa imediatamente a um outro teste, chamado de *Stroop*, que visa analisar o conflito no processamento de informações entre uma tarefa principal e estímulos distratores que poderiam eventualmente perturbar a sua execução. A performance no *Stroop* revelaria a sua capacidade para focalizar a atenção e inibir outras informações irrelevantes.

Élodie apresenta, então, à paciente uma folha contendo três palavras (*Rouge*, *Vert*, *Bleu*, que em português equivalem às palavras Vermelho, Verde e Azul, respectivamente) que se repetem aleatoriamente por 100 vezes. Cada palavra era colorida, seja com a cor vermelha, seja com a cor verde, seja com a cor azul [ver figura 7, abaixo]. A neuropsicóloga pede à

paciente que identifique em seqüência, o mais rápido possível, a cor com que cada palavra estava escrita. Como a neuropsicóloga me revelou mais tarde, o objetivo deste tipo de teste era avaliar a performance do processamento de informações do sujeito, quando este se encontra diante de estímulos contraditórios. No caso deste exercício, em particular, o conteúdo semântico de cada palavra designava uma cor diferente daquela que deveria ser identificada pelo sujeito. Sendo assim, seria produzido um fenômeno de conflito no processamento das duas informações paralelas e contraditórias (ou *efeito Stroop*, segundo a sua nomenclatura técnica): a cor com a qual a palavra foi escrita e o seu conteúdo semântico.



Figura 7: teste neuropsicológico para a avaliação do “efeito Stroop”.

Neste teste, o número de lapsos cometidos e o tempo de reação para a realização da tarefa seriam proporcionais à capacidade do sujeito em manter o foco da sua atenção e inibir o estímulo interferente (o conteúdo semântico, neste caso). Quanto menor fossem a quantidade de lapsos e o tempo para a realização da tarefa, maior seria a nota atribuída à performance do sujeito. Este teste visava medir a função neuropsicológica denominada *atenção seletiva*, bem como a rapidez no processamento de informações nela implicado.

Assim como no exercício anterior, Mlle. Guéant pareceu compreender sem problemas as regras deste teste, executando-o satisfatoriamente. A neuropsicóloga, por sua vez, permanecia em silêncio, observando atentamente os possíveis erros na verbalização das cores das palavras, e fazendo anotações em uma folha de avaliação toda vez que a paciente parecia hesitante, ou cometia algum deslize.

Ao fim do teste *Stroop*, a neuropsicóloga surpreende Mlle. Guéant, pedindo-lhe para repetir novamente a seqüência de quinze palavras que lhe haviam sido lidas no teste anterior. Como era de se esperar, este lapso temporal fez com que o número de palavras memoradas, assim como a lembrança da sua ordem de aparição, decaíssem sensivelmente. Pelas minhas anotações, de um total de quinze palavras, ela já havia esquecido mais da metade.

Outros testes semelhantes a este foram administrados ao longo de aproximadamente uma hora. Ao final, a neuropsicóloga Élodie me informa que a performance geral da paciente havia sido boa, mas que seria necessário ainda padronizar e calcular o conjunto dos resultados obtidos em todos os testes para saber se ela estaria na média, ou abaixo da média populacional. No primeiro caso, ela seria automaticamente excluída do estudo, pois teria uma performance “boa demais”; no segundo, ela seria encaminhada para a próxima fase da pesquisa: a da remediação cognitiva propriamente dita.

### 3.1.5 Cena 3: A boa performance cognitiva de Mr. Billard

No dia seguinte à avaliação neuropsicológica de Mlle. Cacoub e de Mlle. Guéant, venho novamente a Sainte Anne para me encontrar com Élodie. Desta vez, eu acompanharia a segunda avaliação neuropsicológica de um outro candidato a participante do protocolo de pesquisa: Mr. Billard. Antes da sua chegada, como das outras vezes, tento obter informações acerca deste novo paciente. Tratava-se de um jovem de 29 anos, que havia sido encaminhado para a pesquisa pela mesma via das duas pacientes do dia anterior, ou seja, por um psiquiatra

que trabalhava em um serviço clínico de Sainte Anne. De acordo com a neuropsicóloga, Mr. Billard era um sujeito de bom nível sócio-econômico, que nos últimos tempos estava passando por diversas dificuldades psicológicas. Há alguns anos, ele abandonara a faculdade de engenharia para se lançar em um negócio, em sociedade com um amigo, que envolvia a elaboração de componentes eletrônicos para guitarras elétricas. Rapidamente, os dois se deram conta que não conseguiam penetrar no mercado de trabalho como gostariam e decidiram desmanchar esta sociedade. Nesta mesma época, Mr. Billard foi deixado por sua namorada, que se engajou em uma relação com outra pessoa, causando-lhe grande sofrimento. Estes acontecimentos foram o estopim do início de uma forte crise depressiva, que lhe afastou dos seus amigos e dificultou o seu engajamento em outros projetos profissionais. Paralelamente, voltou a morar com os pais. Após um certo período de inatividade, tentou trabalhar como garçom em um Café parisiense que pertencia aos seus pais. Em pouco tempo, abandonou este emprego, pois se viu incapaz de cumprir as responsabilidades mínimas que esta função exigia, sobretudo no que tangia o trato diário com os clientes. Desenvolveu uma dificuldade de se dirigir às outras pessoas. Acreditava que todos os hostilizavam, e isto era percebido pelo modo com que os outros lhe dirigiam o olhar. Seu estado de angústia, tristeza, fobia e confusão mental piorou, ao ponto de Mr. Billard permanecer a maior parte do seu tempo trancado em seu quarto, deitado em sua cama. Nesta época, procurou pela primeira vez ajuda psiquiátrica, chegando a ficar internado por três semanas em um pavilhão de Sainte Anne. Começou a fazer uso de neurolépticos, em baixas doses. De acordo com o seu psiquiatra, o uso regular de maconha feito pelo rapaz pode ter contribuído ainda mais para o agravamento do seu estado psicológico, que passou a ser marcado pela apatia, pelo isolamento social (não mantinha relações com ninguém para além do seu círculo familiar) e por um certo embotamento afetivo. Mesmo que não tivesse jamais apresentado sintomas claramente psicóticos (a sua “fobia social” não chegava a constituir um quadro delirante), a desorganização da sua personalidade e a presumida presença de sintomas negativos foram suficientes para que este paciente fosse considerado como fazendo parte do espectro da esquizofrenia, ou em risco de dar vazão a uma crise psicótica. O seu encaminhamento para este protocolo de pesquisa era visto como uma tentativa de aprimorar o seu estado cognitivo para que ele pudesse se reengajar em uma atividade profissional e, assim, quem sabe, melhorar o seu quadro clínico como um todo.

Quando fui apresentado a Mr. Billard, vi nele um típico jovem da classe média parisiense: cabelos longos, portando jeans e uma jaqueta de couro. Aparentemente lúcido e coerente em seu discurso, contou-me posteriormente (em uma rápida conversa informal) que

estava ali pois não sabia mais o que fazer para sair daquele estado de imobilidade: *“não tenho projetos, atualmente. Um dos sintomas da minha doença é que tenho dificuldades para me ver em uma rotina de trabalho... Sinto muita angústia quando penso no meu futuro profissional”*. Como o seu psiquiatra lhe disse que a remediação cognitiva poderia ajudar a recolocá-lo em atividade, ele decidiu aceitar participar deste projeto, mesmo sem saber ao certo do que se tratava. Ele se mostrava tão coerente e falava tão bem de si e das suas dificuldades que eu me questionava, em silêncio: o que será que o identificava àquilo que se reconhece socialmente como esquizofrenia? Talvez, uma hipervalorização dos seus sintomas negativos, acompanhados dos problemas de inserção social típicos da população identificadas a esta categoria. De qualquer forma, tudo menos a dimensão dos ditos sintomas positivos poderia ser associado a esse paciente, o que expressava a desvalorização da dimensão semântica na esquizofrenia por esta pesquisa, e a valorização de mecanismos a-semânticos e a-rationais que acompanhariam esta categoria, e poderiam ser medidos pelos testes neuropsicológicos em questão.

Esta era a segunda sessão de avaliação neuropsicológica de Mr. Billard, que neste dia foi submetido à mesma bateria de testes que eu havia acompanhado com Mlle. Guéant. Entre estes, estava o “Cenas de Família”, destinado a avaliar a memória visuo-espacial dos pacientes. Élodie apresenta uma ficha, contendo uma imagem onde se vê três gerações de uma mesma família: os avós, os pais, os dois filhos e um animal de estimação (ver figura 8). A neuropsicóloga explica em seguida ao paciente que a sua tarefa consistiria em observar atentamente as imagens exibidas nas próximas fichas, memorizar o máximo possível de informações, e responder às perguntas que lhe seriam colocadas posteriormente. O objetivo do exercício era avaliar a capacidade de estocagem de informações visuais e espaciais pelo sujeito. O paciente diz ter compreendido as regras do teste e a primeira ficha é exibida. Tratava-se de uma cena de família, em um ambiente de lazer, em que se observava a presença da avó, do pai, do avô e do cachorro de estimação, executando diversas ações (Ver figura 9). Após aproximadamente um segundo de exibição, Élodie esconde a figura.





Figura 8: Folha de apresentação do teste neuropsicológico “cenas de família”.



Figura 9: Ilustração do teste neuropsicológico “cenas de família”.

Em seguida, Élodie direciona algumas perguntas a Mr. Billard. A primeira se referia ao número de personagens implicados na cena. O paciente respondeu corretamente, sem titubear, que quatro personagens compunham a cena. A segunda pergunta indagava sobre a identidade dos personagens. Mais uma vez, o paciente foi certo: nela figuravam a avó, o avô, o pai e o cachorro da família. Na sequência, a neuropsicóloga exibe uma ficha contendo quatro quadrantes (ver figura 10, abaixo), e pede ao paciente que descreva a posição de cada um daqueles personagens, com relação a cada quadrante indicado. A exemplo das perguntas anteriores, o paciente não apresentou qualquer problema para se lembra da posição correta dos personagens: a avó estava situada no quadrante 1, o pai estava no quadrante 2, o avô, no quadrante 3, e o cachorro, no quadrante 4. Por fim, Élodie pede que ele descreva o que cada um dos personagens fazia na cena. Mr. Billard, mais uma vez, descreveu com exatidão todos os detalhes das ações em questão.

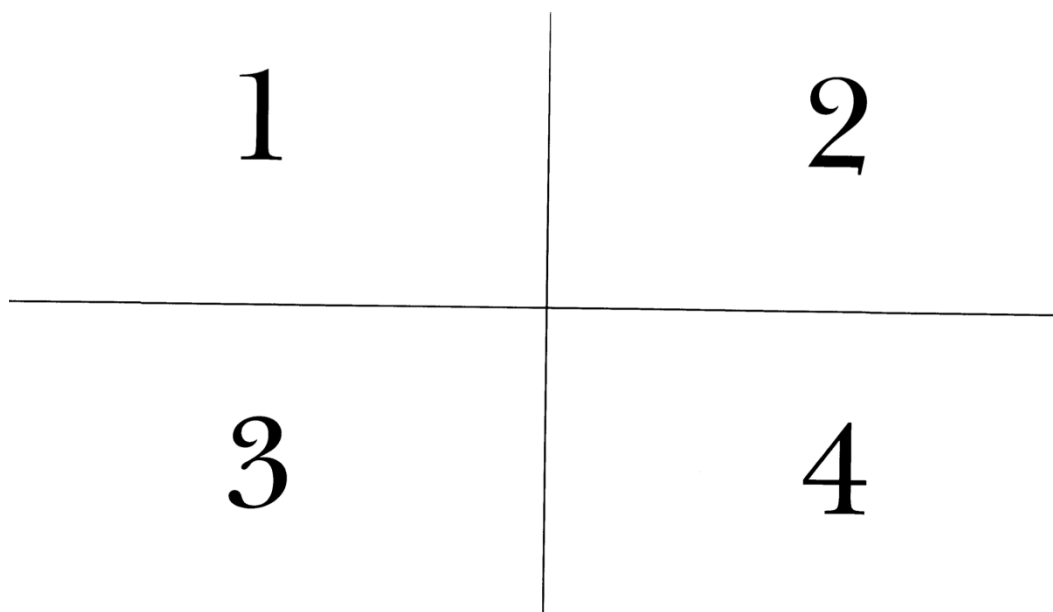


Figura 10: Quadrantes que compõem o teste neuropsicológico “cenas de família”.

Esta ficha foi seguida por várias outras, cada uma contendo personagens diferentes, em posições distintas, vivenciando outras situações e executando ações diversas. Assim como na cena descrita acima, Mr. Billard não teve qualquer dificuldade para se lembrar de quase tudo o que era demandado por Élodie, o que levava a crer que a função cognitiva nomeada como “memória visuo-espacial” não representava nem de longe um problema concreto a ser remediado na sua vida quotidiana.

Em seguida, Élodie passa para um exercício destinado a avaliar a atenção, a capacidade para fazer analogias e o raciocínio lógico do paciente. A neuropsicóloga retira uma ficha de uma caixa (ver figura 11, abaixo), mostra-a a Mr. Billard e lhe explica que a sua tarefa consistiria em adivinhar qual figura, dentre as opções abaixo (1 a 5), se encaixaria com perfeição no ponto de interrogação situado na seqüência de figuras situadas na parte de cima da ficha.

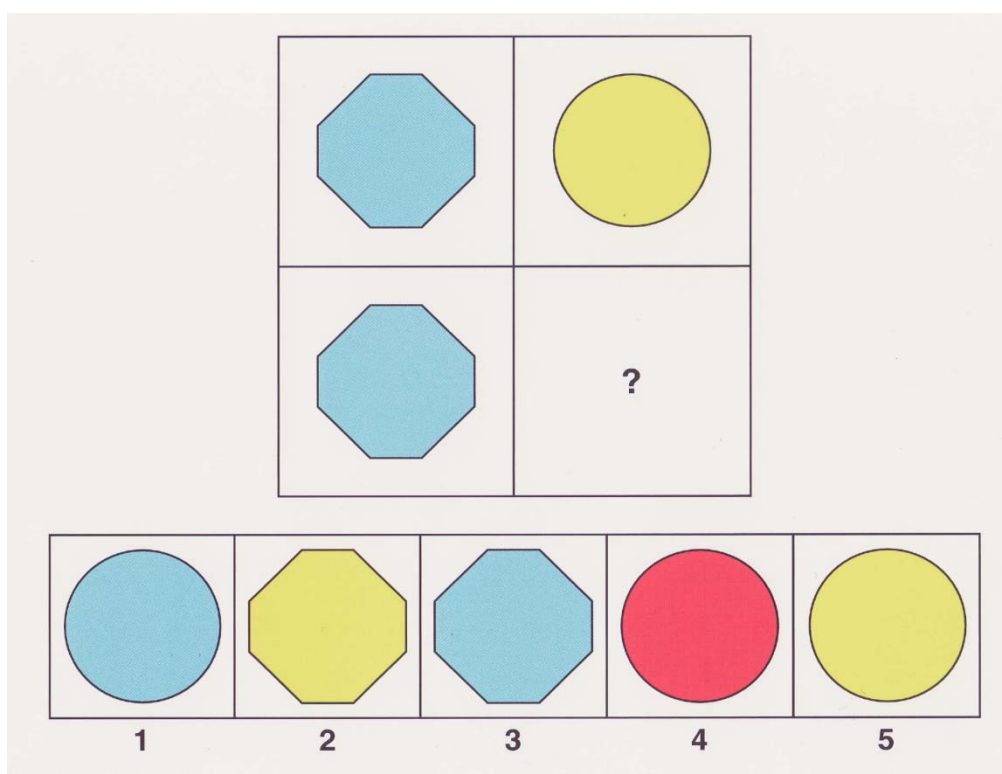


Figura 11: prancha de teste neuropsicológico destinado à avaliação de funções como a atenção, a capacidade para fazer analogias e o raciocínio lógico.

Da mesma forma como procedeu no teste anterior, o paciente não teve qualquer dificuldade para deduzir, por analogia, que a forma geométrica correspondente ao ponto de interrogação era a figura de número 5. O teste lhe parecia banal, visto a facilidade e a velocidade com que era realizado. Isto demonstrava o quanto a sua habilidade para fazer deduções lógicas permanecia intacta, apesar de todas as dificuldades motivacionais, vocacionais e relacionais que este jovem paciente relatava. Ao vê-lo resolvendo com facilidade estes testes, me perguntava sobre a relação entre o que estava ali estampado, com a demanda do uso do raciocínio lógico, e as queixas relacionadas ao contexto de vida deste sujeito. Porém, lembrava-me imediatamente de que estávamos em uma situação de pesquisa experimental, em que a simplificação da complexidade era a regra, e os resultados finais seriam avaliados de acordo com a sua significação estatística. Outras fichas semelhantes, como as exibidas abaixo, em nível progressivo de dificuldade, foram mostradas ao paciente, exigindo dele a utilização de seus recursos atencionais e da sua capacidade dedutiva para adivinhar a resposta correta (ver, por exemplo, as figuras 12 e 13).

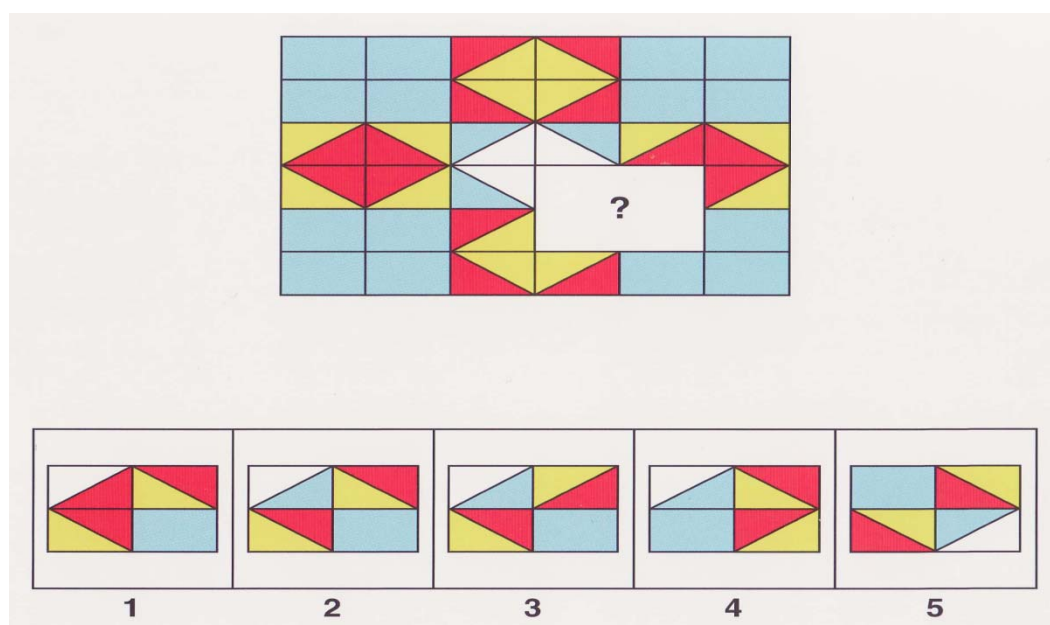


Figura 12: prancha de teste neuropsicológico destinado à avaliação de funções como a atenção, a capacidade para fazer analogias e o raciocínio lógico.

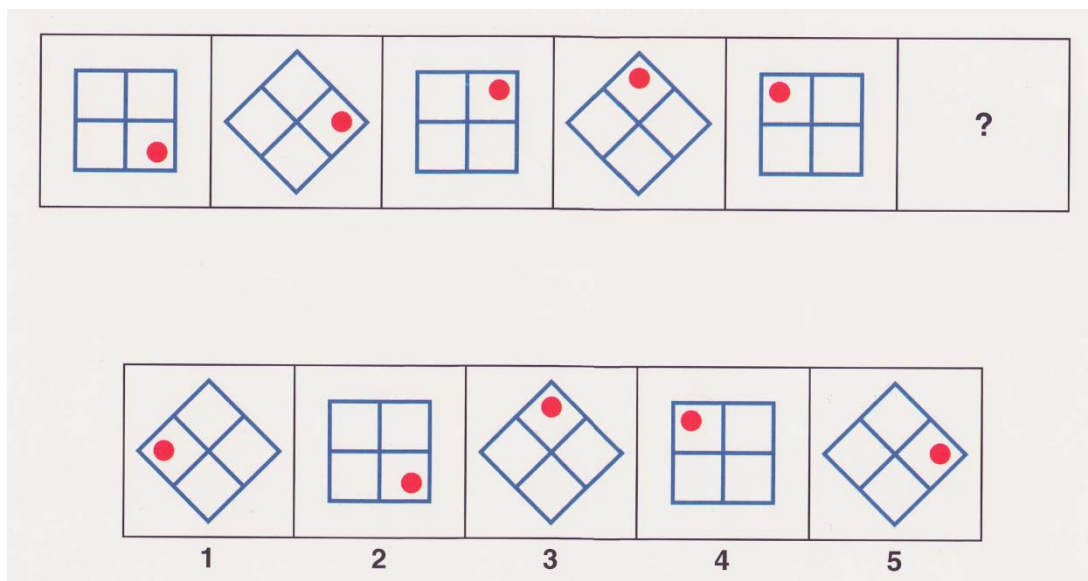


Figura 13: prancha de teste neuropsicológico destinado à avaliação de funções como a atenção, a capacidade para fazer analogias e o raciocínio lógico.

Uma série de outros testes completaram esta bateria de avaliação neuropsicológica. Um seguido do outro, era pedido a Mr. Billard que memorizasse textos, resolvesse problemas lógicos, estabelecesse analogias, lembrasse da seqüência com que números, imagens e palavras eram apresentados em um exercício, deduzisse o encadeamento de ações, etc. Em todos, o paciente passava a impressão de que tudo aquilo era um pouco fácil demais, ou talvez pouco adaptado para a avaliação das suas dificuldades reais.

Assim como aconteceu com as duas pacientes anteriores, ao final desta segunda sessão de testes, foi marcado um terceiro encontro, destinado a fornecer um retorno, ou uma restituição dos resultados finais da performance nas baterias de avaliação neuropsicológica. Nesta última sessão com a neuropsicóloga, estava prevista uma ampla discussão acerca das dificuldades e facilidades encontradas nos testes, de modo a fazer os pacientes compreenderem o papel das funções cognitivas avaliadas em sua vida cotidiana e a utilidade da remediação cognitiva para atenuar seus possíveis déficits do processamento de informação.

### 3.1.6 A discussão dos resultados das baterias de avaliação neuropsicológica como atribuição de sentido ao sofrimento cotidiano de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia

A esquizofrenia, tal como encarada neste protocolo de pesquisa pela unidade INSERM de Sainte Anne, é uma categoria ampla, um espectro capaz de integrar em si um escopo largo de condições, para além da simples presença do que se reconhece como sintomas psicóticos. Isto se manifestou com clareza na heterogeneidade dos pacientes que acompanhei ao longo do meu trabalho de campo. No caso das três sessões acompanhadas e descritas acima, era difícil compreender de imediato o que unificava as condições daqueles três sujeitos. Mlle. Cacoub apresentava uma desorganização, um abandono com relação à própria aparência e aos cuidados com a higiene pessoal, além de uma incoerência na sua fala que eu não conseguia enxergar nos outros dois pacientes. Mlle. Guéant se mostrava como uma pessoa lúcida e organizada, mas que tinha um histórico clínico de ansiedade, de tentativa de suicídio e de construções delirantes de cunho religioso, cujo conteúdo semântico eu e Élodie desconhecíamos. Mr. Billard, por sua vez, apresentava um isolamento social, uma desmotivação extrema para perseguir projetos, mas não havia jamais apresentado sintomas positivos. Seu psiquiatra clínico o considerava em risco de entrada na psicose, pela sua extrema fragilidade emocional e a sua dificuldade para construir um cotidiano estável, que incluísse dimensões como o trabalho e a criação de laços sociais. O que fazia, então, com que esses três pacientes fossem agrupados em torno de uma mesma categoria clínica? Uma das vantagens para os pesquisadores da rede *Paris-Lyon-Lausanne-Etc.* de se concentrar sobre a dimensão dos déficits neurocognitivos era não ter que se fazer perguntas deste tipo, pois o traço que unificaria estes pacientes para os fins desta pesquisa seria tão somente a performance de cada um deles nas baterias neuropsicológicas descritas acima. Neste âmbito, o que importava era a padronização final e a comparação dos resultados. Esta simplificação da complexidade das questões envolvidas na esquizofrenia era uma condição para que produzisse resultados metodologicamente plausíveis e confiáveis. A transformação de situações de vida complexas em dados numéricos permitia que se comparasse casos heterogêneos, que uma vez transformados em dados estatísticos, poderiam penetrar em outros laboratórios de pesquisa, validar hipóteses e métodos terapêuticos, como o programa THERECS.

Uma das questões que eu perseguia toda vez que me encontrava com a equipe de pesquisa envolvida neste protocolo e com os pacientes que a ele se submetiam era se a

nomeação e a valorização destes déficits cognitivos na categoria de esquizofrenia também não seria uma forma de dar sentido, forjar um “idioma”, e fazer compreender aquilo que Emil Kraepelin identificou como uma “escuridão impenetrável”. Afinal de contas, diante da freqüente incompreensão e heterogeneidade com que a categoria de esquizofrenia se apresentou historicamente, os déficits cognitivos, bem como os métodos para remediá-los, pareciam fornecer pistas, ou respostas parciais a este problema, além de permitir enquadrá-lo em esquemas teóricos coerentes e manejá-lo de uma forma racional, com apresentação de resultados concretos, quantitativos, estatisticamente significativos, segundo os cânones da pesquisa empírica em medicina mental. Como me contou, certa vez, uma jovem residente interessada nas abordagens de remediação cognitiva para a esquizofrenia: *“agora [que temos estes programas], sentimos que podemos verdadeiramente fazer algo por estes pacientes. E isto pode ser demonstrado concretamente”*.

Uma das questões perseguidas por esta tese era, então, se o ato de categorizar aqueles pacientes como portadores de déficits neurocognitivos diversos, que traziam dificuldades para as suas vidas quotidianas, não era capaz de modificar por si só a sua condição e as suas ações no mundo. Isto porque, como defendem classicamente filósofos como Elizabeth Anscombe, só se age no mundo de acordo com descrições (ANSCOMBE, 2000). Como, então, estas formas de se descrever a esquizofrenia poderiam modificar as ações de profissionais e, sobretudo, de pacientes portadores deste diagnóstico? E em nome de quê se desejava modificar estes pacientes? Que tipo de sujeito se produzia ali pela via dos métodos de remediação cognitiva?<sup>122</sup>

Se o fornecimento de um sentido e de uma narrativa para o que se passava com aqueles sujeitos poderia verdadeiramente alterar a sua experiência pessoal de portadores de um transtorno psiquiátrico grave, a primeira etapa deste processo se dava pelo encontro com os neuropsicólogos encarregados de administrar as baterias de avaliação neuropsicológica. Nesta etapa, novas formas de se avaliar esta categoria estavam em jogo, em que os déficits cognitivos ocupavam o centro da cena. A comunicação dos resultados ao final da aplicação das baterias era um momento privilegiado em que os neuropsicólogos explicavam, passo a passo, o que haviam medido ao longo daquelas sessões. Isto ajudava a criar um discurso coerente sobre o que se passava verdadeiramente no interior daqueles sujeitos, fazendo com que eles compreendessem de onde vinham as suas dificuldades, e como se poderia enfrentá-las.

---

<sup>122</sup> Esta questão da modificação dos sujeitos a partir da produção por especialistas de práticas e discursos será melhor desenvolvida mais a frente, a partir das idéias sugeridas por Ian Hacking acerca dos “efeitos de looping” [*looping effects*].

Como exemplo deste tipo de interação, descreverei a cena de discussão dos resultados de Mlle. Cacoub. Neste dia, esta paciente, considerada pela equipe como um dos casos mais graves até então encaminhados para o estudo, chega novamente acompanhada do seu pai. Aliás, apesar dos seus 33 anos de idade, ela jamais saía desacompanhada, ainda mais em trajetos longos como este<sup>123</sup>. Encontram-se na sala de testes, Eu, Élodie, e Amélie, a terapeuta destinada a aplicar em Mlle. Cacoub o programa de remediação cognitiva CRT, técnica-controle neste estudo. Como das outras vezes, seu pai a deixa em nossa companhia e se encaminha à sala de espera. Élodie se dirige a ela:

Como você sabia, o objetivo desta avaliação era te incluir em um programa de remediação cognitiva. Você vai então trabalhar com Mme. Roger (Amélie), duas vezes por semana, ao longo de 14 semanas. Agora, a gente vai discutir os resultados da sua avaliação. Será que você pode me dizer se existiram testes que você achou mais fáceis, ou menos fáceis?

- *Ah... Não, não creio. Eu esqueci.*

Eu retomarei então um pouco o que você fez. Tudo o que dizia respeito à memória verbal: a lista de palavras que você devia se lembrar...

- *Fui reprovada?*

Não, mas você tem dificuldades para se lembrar de listas de palavras, por exemplo. Você pode me dizer se você utiliza com facilidade a sua memória verbal, ou você tem dificuldades relacionadas a esta memória no seu cotidiano? Quando você vê televisão, ou um filme, você se lembra facilmente das histórias?

- *Sim. Talvez eu não tenha memória verbal, mas tenha uma boa memória audiovisual. Mas para aprender, é difícil.*

E o que é difícil na aprendizagem para você?

- *Preciso de aproximadamente 10 minutos para me concentrar sobre os textos.*

Mas, por que é necessário 10 minutos? Há algo que a perturba neste processo?

- *Talvez eu seja daltônica?*

Não, não creio que seja isso.

- *Tudo o que eu sei é que um dia eu estava vendo televisão, mas tinha lições do colégio para aprender. Havia um texto, uma poesia, que eu precisava memorizar. Acontece que a TV era mais forte que o texto. Meus pais então me trancaram no quarto para que eu parasse de ver televisão e decorasse o texto. Eu o lia, mas não conseguia guardar nada do texto.*

Mas a questão que eu te colocava era: quando fizemos os exercícios aqui, o que eu encontrei nos testes é que você teve problemas para permanecer

<sup>123</sup> Mlle. Cacoub morava no subúrbio, ao norte da cidade, longe do centro Paris, ao passo que o *Centre Hospitalier Sainte Anne* situava-se no sul da cidade. Para se deslocar sozinha, Mlle. Cacoub teria que tomar um ônibus até a estação de RER [rede de trens que liga os subúrbios à cidade de Paris] mais próxima de sua casa, e de lá enfrentar mais de uma hora de viagem até Sainte Anne.



concentrada sobre o que era pedido. Você olhava para o lado, pensava em outra coisa...

*- Fui reprovada?*

A questão não tem nada a ver com ser aprovada, ou reprovada, mas ver em que funções cognitivas você têm mais dificuldades para podermos trabalhar sobre elas. A questão é saber como podemos melhorar a sua cognição para melhorar o seu cotidiano... É assim também quando você está em casa? Você tem dificuldades para manter a sua atenção sobre as coisas?

*- É possível... Eu procuro trabalho como secretária administrativa, em uma agência de empregos, junto com o meu pai... Eu tentei a contabilidade, mas achei muito difícil de aprender.*

Para voltar aos testes que fizemos, o que encontro na conclusão é que você começava os testes muito rápido e, às vezes, sem ter certeza que você havia realmente compreendido o que se pedia. A idéia da remediação é também de te ensinar a dividir as tarefas em várias etapas, para que você não fique sem saber aonde é que você quer chegar em uma ação.

*- É algo artístico?*

Não. Trata-se do raciocínio.

*- Raciocínio teórico, é isso?*

Sim, mas para você poder aplicá-lo em coisas bem práticas. Você aprenderá a dividir o seu raciocínio em pequenas partes para conseguir aplicá-lo mais facilmente. Para te ajudar depois, na sua procura por trabalho, no seu desenvolvimento profissional. Isto vai te permitir trabalhar melhor e mais rápido. Se você refletir um pouco mais, se você antecipar um pouco mais aquilo que te pedem, você poderá conseguir isso. Você, então, poderá se dizer: 'vou fazer esta primeira etapa, depois esta segunda etapa, depois a terceira...'. Assim, você vai poder trabalhar mais rápido.

*- Muito bem. Mas eu acho que é difícil.*

O que você espera da remediação cognitiva?

*- Compreender as coisas, talvez?*

O que, por exemplo?

*- Na teoria?! É isto que você me pergunta?... Talvez aprenda a conversar melhor. Porque meus pais dizem que eu não falo muito... Sei lá! Eu não prestei atenção. Eles dizem que eu tenho visões, ou algo parecido, e que eu não sou muito comunicativa.*

E você, o que pensa disto?

*- Que talvez eu vá mal, que esteja muito cansada, e que sofra de uma falta de atenção.*

Com relação a esta falta de atenção, poderemos trabalhar em cima disto com a remediação cognitiva. Isso pode melhorar o seu dia-a-dia. Por exemplo, treinar a sua atenção para você conseguir prestar atenção em uma conversa e, assim, se comunicar melhor com os outros.

Após mais alguns minutos de conversa, Élodie entrega a Mlle. Cacoub uma brochura contendo informações sobre o papel dos déficits cognitivos na esquizofrenia e as formas de tratá-los pelos métodos de remediação cognitiva. A leitura deste pequeno manual serviria como material didático para a primeira sessão com Amélie, dedicada à psicoeducação da paciente, isto é, ao fornecimento de informações e ao esclarecimento de dúvidas relativas à esquizofrenia. Ao entregar a brochura à Mlle. Cacoub, a paciente se espanta com o seu título, e diz:

*- Esquizofrenia?! É possível... Eu li isso no relatório feito pela meu psiquiatra para a renovação da COTOREP... É possível.*

Mas você pensa que você está doente, ou não?

*- Eu não me dou conta disto, mas quando me dizem, eu penso que é possível. Mas eu estou verdadeiramente doente, ou algo parecido? O que eu sei é que existia um texto a aprender, a televisão...*

Você tem uma patologia que se chama esquizofrenia. É por isso que você tem um tratamento com medicamentos, e que você está aqui para a remediação cognitiva. A gente fez uma avaliação, e o que foi constatado é que você tem dificuldades de memória, perturbações da atenção, dificuldades para se concentrar. A idéia aqui é de trabalhar para ver se conseguimos melhorar essas dificuldades durante as 14 semanas que você vai ser acompanhada por Mme. Roger (Amélie). Por hora, eu te proponho que você leia em casa esta brochura sobre as dificuldades cognitivas na esquizofrenia. Assim você poderá se informar melhor, colocar questões, esclarecer dúvidas...

A sessão de discussão dos resultados da avaliação neuropsicológica de Mlle. Cacoub servia para conscientizar a paciente das dificuldades cognitivas engendradas pela sua patologia que ela sequer se dava conta. Aliás, segundo a equipe, Mlle. Cacoub tinha pouca consciência de estar doente, e muito menos de portar uma patologia grave, como a esquizofrenia. Esta atitude em relação aos próprios sintomas era chamada pela equipe de “baixa capacidade de *insight*”. Para que a remediação cognitiva lhe servisse concretamente em sua vida prática, admitia-se que o primeiro passo era lhe fazer compreender a importância dos déficits de memória, de atenção, de raciocínio lógico, de planejamento da ação, no seu dia-a-dia. Ao tentar fazer-lhe compreender isto, Élodie acabava por fornecer uma explicação, ou uma descrição, para as dificuldades generalizadas em sua vida, como a incapacidade para trabalhar, para estudar, para compreender o que lhe falavam, para conversar com os outros, para organizar as suas ações, etc. Por mais que fosse difícil para ela integrar todas as informações que recebia de Élodie, Mlle. Cacoub parecia ansiosa por uma explicação para o seu estado. Mesmo que tivesse “baixa capacidade de *insight*”, esta paciente desejava uma resposta definitiva sobre a sua condição: *“Mas eu estou verdadeiramente doente, ou algo*

*parecido?*". Restava ainda saber que efeito estas descrições inovadoras sobre a esquizofrenia poderiam ter sobre a sua vida, sobre a sua experiência e o seu comportamento, já que no plano dos tratamentos para esta categoria, elas já tinham levado à elaboração de programas de remediação cognitiva e a uma nova forma de abordar esta patologia. Estas novas descrições eram indissociáveis da prática semanal do programa, que provocaria efeitos sobre aquela paciente. Mas que efeitos seriam estes e quais seriam as suas especificidades?

Com relação a Mlle. Guéant, a sessão de discussão dos resultados seguiu o mesmo padrão: Élodie expunha o resultado dos testes e tentava relacioná-lo às eventuais dificuldades que esta paciente apresentava em sua vida quotidiana. Ela queixava-se, por exemplo, de problemas para se concentrar sobre a leitura dos textos do seu curso a distância em História. De fato, segundo Élodie, o resultado dos testes neuropsicológicos apontava a presença de déficits de atenção, o que corroborava as suas queixas relativas às dificuldades acadêmicas: *"A remediação cognitiva vai efetivamente poder te ajudar no seu projeto profissional. Você vai aprender a melhor focar a sua atenção, para conseguir prestar atenção nos seus textos e apreendê-los com mais facilidade. Mas isto exige treino e aplicação de estratégias"*. A personalidade mais organizada de Mlle. Guéant permitia que esta paciente compreendesse imediatamente a mensagem emitida pela neuropsicóloga. A partir deste tipo de comentário, iniciava-se a construção de uma nova narrativa capaz de explicar o que se passava com a sua vida, e de novas estratégias de gestão da própria condição de paciente psiquiátrico. Mas que gestão era essa, em nome de quê, em que sentido?

O caso de Mr. Billard foi diferente das duas outras pacientes, pois os resultados dos seus testes revelaram que ele havia tido uma performance boa demais para que se pudesse considerá-lo como portador de déficits cognitivos. Logo, isto o impedia de ser incluído no protocolo de pesquisa. De acordo com Élodie, isto não invalidava, entretanto, a importância destes déficits no espectro da esquizofrenia, mas corroborava o dado estatístico de que aproximadamente 15% dos pacientes enquadrados neste diagnóstico não apresentava qualquer dificuldade neste âmbito de suas vidas. Embora Mr. Billard não pudesse ser incluído formalmente no protocolo de pesquisa, a equipe decidiu propor a ele que se submetesse mesmo assim ao programa THERECS, dentro de uma esfera estritamente clínica. Élodie apelidou este procedimento de *"remediação cognitiva light"*, pois o paciente não apresentava déficits significativos e faria apenas uma sessão por semana. Na reunião de discussão dos resultados, a neuropsicóloga lhe informou:

Você não apresenta dificuldades cognitivas significativas; logo, não podemos te incluir no protocolo. Mas nós te propomos participar de um programa paralelo, em que determinaremos objetivos precisos, para que

você se beneficie desta nova técnica... O importante é que ela possa ajudar nas suas dificuldades no cotidiano. Segundo o seu psiquiatra, um dos seus maiores problemas é o fato de você ficar em casa todo o tempo e não ver ninguém, afora os seus pais.

*- Sim, e sobretudo o fato de eu me sentir incapaz de me colocar em uma atividade profissional duradoura. Por exemplo, trabalhar sobre uma tarefa durante uma semana, um mês... Eu não consigo encontrar motivação para trabalhar, para entrar na vida profissional, pois, justamente, não tenho amigos, amigas... Eu tive duas experiências profissionais que não se sucederam bem, e eu não tenho vontade de revivê-las. Então, acho que a minha maior dificuldade é de encontrar motivação para viver uma vida social como todo mundo.*

A inclusão de Mr. Billard em um programa de remediação cognitiva, mesmo sem a presença de déficits significativos apontava para o fato de se depositar nestas técnicas mais do que aquilo que elas literalmente preconizavam, isto é, o treino de funções cognitivas claramente deficitárias. Isto indicava ao menos duas coisas: 1) estas técnicas poderiam ser utilizadas não apenas para tratar déficits cognitivos explícitos, mas também para melhorar ainda mais a performance cognitiva de certos pacientes já situados acima da média populacional neste quesito; 2) que, talvez, estivesse em jogo neste tipo de tratamento mais do que o simples aprimoramento de funções cognitivas de base. Mas o que seria este “a mais”? Isto se tornou mais claro posteriormente, quando pude acompanhar estas técnicas em ação, junto com os pacientes em um *setting* terapêutico. No caso de Mr Billard, por exemplo, seus objetivos de vida passavam pelo reencontro da motivação perdida para se engajar em uma atividade profissional duradoura, refazer os seus laços com outras pessoas e, desta forma, construir “*uma vida social como todo mundo*”. O curioso é que a perseguição destes objetivos passasse pelo aprimoramento de funções cognitivas de base, como a atenção, a memória, o raciocínio lógico-abstrato, etc.

### 3.1.7 O que quer dizer “cognição” quando se fala de remediação cognitiva?: um modelo funcionalista para treinar mentes

Os modelos teóricos que sustentam o desenvolvimento e aplicação das técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia têm origem no seu modelo neurodesenvolvimental, como foi exposto na primeira parte desta tese. Um dos pressupostos fundamentais envolvidos neste modelo é o da interação entre vulnerabilidade genética e presença de fatores de risco,

que poderiam levar a um desenvolvimento cerebral anormal (no processo de migração de células cerebrais), provocando más conexões entre as redes neuronais do indivíduo e, finalmente, problemas no processamento de informações nos sistemas atencionais, mnemônicos e do planejamento e execução de ações. Segundo esta hipótese, as falhas no processamento de informação seriam as grandes responsáveis pelos problemas no funcionamento social dos pacientes com esquizofrenia, pois atrapalhariam sensivelmente a resolução de problemas práticos que a vida quotidiana impõe.

Os programas de remediação cognitiva, por sua vez, serviriam como técnicas de intervenção sobre estas falhas, de modo a otimizar estes sistemas de processamento, corrigi-los, ou atenuar os seus efeitos sobre o funcionamento social dos sujeitos com esquizofrenia. Neste sentido, esses métodos se encontrariam a meio caminho entre a hipótese do desenvolvimento cerebral anormal na esquizofrenia e a constatação do funcionamento social prejudicado nos sujeitos que portam este diagnóstico. Porém, antes de qualquer coisa, estes métodos se situariam ainda em um plano aquém do nível da significação, da dita intencionalidade, ou da rede de motivos, desejos e razões, que fazem uma pessoa agir de uma maneira, e não de outra, pensar de uma maneira, e não de outra, sentir de uma maneira, e não de outra. Dito de outra forma, o modelo que subjazia os programas de remediação cognitiva que acompanhei excluía do seu escopo o conteúdo semântico do pensamento, o dito vivido fenomenológico, as características singulares intrínsecas a cada paciente, bem como o contexto particular em que estes sujeitos se inseriam. Não se tratava de modificar o que se convencionou chamar de “personalidade” dos sujeitos, nem o seu entorno. Isto ficava claro com os testes neuropsicológicos administrados por Élodie, em que se lhes pedia para memorizar listas de palavras, desvendar quebra-cabeças lógicos, manter a atenção sobre uma tarefa, planejar uma ação em função de regras precisas, lembrar de cenas e imagens, etc., sem qualquer relação com o modo de organização da vida de cada um daqueles pacientes. Desde as primeiras entrevistas clínicas, muito pouco se sabia do histórico de vida de cada um daqueles sujeitos. Para este protocolo, isto não era considerado como relevante. Neste sentido, a palavra “cognição”, neste estudo, excluía de si dimensões como significado, sentido, razões, contexto, visão de mundo, etc., para se concentrar unicamente sobre determinadas funções básicas, a-semânticas, da vida mental daqueles sujeitos.

Por outro lado, o termo “cognição” não se identificava inteiramente com a noção de fisiologia cerebral. Mesmo que, em tese, o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia estivesse na base destas técnicas, em nenhum momento as baterias de testes neuropsicológicos lidavam diretamente com o cérebro dos pacientes. É interessante notar que

quando cheguei a Sainte Anne pela primeira vez procurei Marie-Christine, a diretora da unidade, e lhe disse que gostaria de acompanhar uma pesquisa que fosse um desdobramento prático das neurociências sobre campo da clínica psiquiátrica. Ela, então, me encaminhou para Maëlle, que estaria para iniciar as atividades deste protocolo para a validação da THERECS. Apesar da minha motivação inicial para acompanhar uma pesquisa em neurociências cognitivas com incidência clínica imediata, rapidamente percebi que o cérebro comparecia nesta pesquisa apenas como alusão teórica, justificativa retórica, ou entidade da qual não se poderia prescindir quando o assunto era “cognição”. Porém, na prática, o que eu comecei a observar até aqueles contatos iniciais eram testes e exercícios que não precisavam verdadeiramente de um cérebro para existir. Eles eram testes psicométricos, e não “neurométricos”. Apesar disto, uma referência indireta e enviesada a este órgão parecia ter bastante valor, uma vez que o prefixo “neuro” figurava constantemente à frente de vocábulos recorrentes naquele ambiente, como “neuropsicólogo”, “neurocognitivo”, “neuropsicológico”, “neuropsiquiátrico”, “neuroplasticidade”, etc.

Esta referência apenas indireta ao cérebro é um reflexo da adoção de determinados modelos cognitivistas na psiquiatria, que se diferenciam dos modelos organicistas presentes na psiquiatria biológica clássica. Naquela unidade de Sainte Anne, adotar certos modelos cognitivistas parecia ser mais vantajoso e *avant-garde* do que os modelos organicistas, eliminativistas<sup>124</sup>, que marcaram as décadas anteriores. Como me contou Maëlle, em uma das nossas entrevistas:

Havia uma corrente hormonológica e biológica que era muito forte neste serviço, onde se pesquisava, por exemplo, o hormônio da esquizofrenia, o hormônio da depressão, o neurotransmissor responsável por X ou Y... Era a psiquiatria biológica clássica. Depois, houve uma fase de declínio deste estilo de pensamento, e os pesquisadores se voltaram para outras coisas, como a neuropsicologia, a psicologia cognitiva e as neurociências cognitivas.

- Por que, exatamente?

Em primeiro lugar, porque foi uma **questão de moda** [grifo meu]. A psiquiatria biológica, do jeito como era feita, não estava mais na moda, parecia ultrapassada diante dos novos métodos de pesquisa. Em seguida, porque havia na psiquiatria biológica um problema difícil de resolver. Havia entre o nível de análise biológica e o nível de análise clínica um grande fosso. O que as abordagens neurocognitivas desejam é desenvolver um nível de análise intermediário, uma passarela entre estes dois níveis de análise... O fracasso da psiquiatria biológica clássica fez todo mundo lucrar. Isto quer dizer que não podíamos mais ser organicistas como antes. Não podíamos mais dizer: “aqui há uma lesão, e é por isto que etc, etc.”

<sup>124</sup> O eliminativismo materialista é uma posição filosófica que defende a supressão de vocabulários oriundos da psicologia popular (*folk psychology*), como crenças, desejos, vontades, etc. para explicar as ações humanas, e a sua substituição por um vocabulário fisicalista-materialista, considerado como mais adequado para este fim (GUTTENPLAN, 1994, p. 270).

Neste sentido, os modelos utilizados pela equipe de Sainte Anne para pensar a esquizofrenia visavam sobretudo descrever esta tal “passarela” situada entre o nível da análise clínica e o nível da análise biológica, aludida por Maëlle. As pesquisas para a mensuração de movimentos oculares, expostas na primeira parte desta tese, eram um exemplo disto, assim como as baterias de testes neuropsicológicos administrados por Élodie, que também iam nesta direção. Nestes dispositivos, não se fazia alusão direta nem às descrições clínicas da esquizofrenia (isto é, aos sintomas positivos, negativos e de desorganização, que serviam para diagnosticá-la e faziam uso de um vocabulário psicológico ordinário), nem às eventuais descrições fisiopatológicas que se poderia fornecer para esta categoria, como zonas cerebrais específicas, neurotransmissores, etc. Ocupava-se de um nível descritivo intermediário (o do processamento de informações), que servia como uma “passarela” entre outros dois pólos. Daí, toda a valorização, por exemplo, da noção de endofenótipo, ou fenótipo intermediário, exposta na primeira parte desta tese, dentro da qual eram incluídos os déficits cognitivos. O fato de se trabalhar sobre esta dimensão de “passarela”, como chamou Maëlle, tornava mais fácil construir correlatos, tanto com o pólo fisiopatológico da esquizofrenia, quanto com o pólo das suas descrições clínicas, diminuindo a “lacuna explicativa” existente entre eles.

Deste modo, foi se tornando claro para mim que, por mais que o cérebro comparecesse em um nível indireto, ao qual tudo devesse de uma forma ou de outra remeter, o que ocupava o centro da cena no raciocínio de Maëlle e de sua equipe era de fato um nível intermediário, situado entre as descrições clínicas e as descrições fisiológicas. Poderíamos chamar este espaço intermediário, a meio caminho entre o organismo físico e o mundo social, de *mente*, ou *cognição*. Entretanto, não uma mente qualquer, no sentido popular do termo, mas um certo *modelo de mente*, ou um certo *modelo cognitivo*, que poderia se apresentar como funcional ou disfuncional, adaptada ou inadaptada, vigorosa ou deficitária, normal ou em pane. Para isto, se estabeleciam critérios quantitativos de comparação, que iam da normalidade à anormalidade, baseando-se nas curvas estatísticas populacionais.

Além disto, este modelo pressupunha uma mente que poderia ser subdividida em pequenas partes e separadas, não pela sua estrutura, mas pela função que cada uma exercia. Quando se queria acessar o sistema atencional de um paciente, ou a sua memória de trabalho, por exemplo, não se interrogava pela organização destes sistemas, mas pelo seu funcionamento diante de tarefas propostas. Cada uma destas partes da mente, portanto, seria especializada, responsável por uma função específica, tal como uma máquina composta de circuitos diversos integrados, capazes de ser testados individualmente por “dispositivos de inscrição”.

Mesmo que os pesquisadores de Sainte Anne não estivessem diretamente preocupados com debates filosóficos acerca da natureza do mental e do problema mente-corpo (suas preocupações eram muito mais de ordem técnica e metodológica do que filosófica, como procurei demonstrar nas partes anteriores da tese), eles adotavam necessariamente uma posição implícita que determinava o modo como a categoria de esquizofrenia era concebida, bem como os meios pelos quais ela deveria ser tratada. Esta posição supunha pelo menos três níveis de descrição: o primeiro nível se voltava para tudo o que dizia respeito à fisiopatologia da esquizofrenia, materializada sobretudo pelas pesquisas em genética naquela unidade; o segundo, para um certo modelo de mente, que poderia ser medida, comparada e tratada pela remediação cognitiva; já o terceiro, voltava-se para a dimensão propriamente clínica desta categoria, levando em conta o modo como estes pacientes falavam de suas vidas, o contexto em que eles se inseriam, e a maneira peculiar pela qual os seus sintomas se apresentavam em seu cotidiano. Mesmo que em um *setting* terapêutico, dividir um sujeito em níveis descritivos distintos não passasse de uma abstração, em um protocolo de pesquisa esta divisão em compartimentos parecia ser necessária, pois apenas uma pequena porção desta complexidade seria testada.

No que tange o modelo de mente adotado pela equipe que se empenhava na validação da THERECS, conhecimentos básicos de filosofia permitiam associá-lo, *grosso modo*, ao que em filosofia da mente se convencionou chamar de funcionalismo. Esta corrente, como afirma John Heil (2004, p. 89), passou “a dominar a paisagem na filosofia da mente, nas ciências cognitivas e na psicologia”. Ela coincide com o interesse crescente por computadores e por máquinas capazes de processar informações, a partir dos anos 1950 e 1960. Entretanto, como nos informa o filósofo Jaegwon Kim (1998, p. 73), foi com uma série de artigos publicados por Hilary Putnam nos anos 1960 (especialmente, “Psychological Predicates”, de 1967), que o funcionalismo entrou definitivamente na agenda do debate filosófico sobre a mente.

Da mesma forma que os adeptos do behaviorismo, os cientistas cognitivos comprometidos com a perspectiva funcionalista assumiam a premissa de que “existiriam regularidades regidas por leis entre estímulos e respostas” (FLANAGAN, 2001, p. 177). Porém, eles se distinguiam dos seus colegas behavioristas, por acreditarem que “o comportamento inteligente pudesse ser explicado (apenas) pelo recurso a processos cognitivos”, fato que o behaviorismo recusava (HAUGELAND apud FLANAGAN, 2001, p. 178). O essencial da argumentação de Putnam era a comparação entre os estados mentais aos estados lógicos, ou funcionais, dos computadores. Nesta metáfora computacional, existiriam



dois níveis de análise relativamente independentes: o primeiro, representado pelos componentes físicos do organismo e comparado aos componentes eletrônicos de um computador, ou o seu *hardware*; o segundo, representado pelas operações mentais do organismo, que poderiam ser comparadas aos programas, ou *softwares*. Portanto, uma das premissas fundamentais do *funcionalismo* é a de que a mente, a exemplo dos computadores, processaria informações provenientes do meio exterior (concebidas na forma de símbolos abstratos) de acordo com regras lógicas implícitas. Isto explicaria o modo pelo qual seríamos capazes de: encontrar soluções através do raciocínio para os diversos problemas práticos com os quais topamos em nossas vidas; antecipar uma seqüência de ações com vistas à obtenção de um fim preciso; selecionar, estocar e acessar informações que nos serão úteis em uma tarefa; mudar o curso de uma ação diante de um obstáculo inesperado; etc. Já o filósofo William Lycan supõe que a teoria funcionalista deveria ser dividida em três níveis descritivos interconectados: os dois primeiros de ordem científica, isto é, a estrutura neurofisiológica e o processamento de informações executado por esta estrutura; o último, ligado ao vocabulário do senso comum, ou à psicologia popular que utilizamos no dia-a-dia para falar dos nossos comportamentos e razões para agir no mundo (LYCAN *In* GUTTEMLAN, 1994, p. 319).

Uma segunda premissa importante das teorias funcionalistas é a de que a descrição da estrutura de um determinado componente de um organismo, ou máquina, seria menos relevante do que a descrição da função para a qual este componente foi destinado a desempenhar. Não se trataria tanto de perguntar “como é feito?”, mas sim “que função desempenha?”. Kim expressou com clareza este pressuposto implícito no funcionalismo:

A capacidade de experimentar dor nas circunstâncias “corretas” – por exemplo, quando um organismo sofre um dano em um tecido – é provavelmente muito importante para as chances de adaptação e sobrevivência. Existem pessoas desafortunadas que carecem congenitamente da capacidade para sentir dor, e poucas destas sobrevivem na fase adulta. No processo de lidar com os acasos apresentados pelo ambiente, as espécies animais devem desenvolver mecanismos para a dor, que chamarei de “detectores de tecido danificado”... De acordo com o funcionalismo, um tipo mental é um tipo funcional, ou tipo causal-funcional, a partir do instante em que a “função” envolvida preenche um certo papel causal. Voltemos ao *detector de tecido danificado*. O conceito de detector de tecido danificado é um *conceito funcional*, um conceito especificado pela descrição do seu trabalho, como dissemos: Qualquer dispositivo é um detector de tecido danificado para um organismo apenas no caso em que ele detectar de uma forma confiável as ocorrências de um tecido danificado em um organismo. Podemos ver que conceitos funcionais são ubíquos: o que faz de algo uma mesa, um carburador, ou um termômetro é a sua habilidade para executar uma certa função, não a sua estrutura físico-química específica, ou mecanismo. Estes conceitos são especificados pelas funções que devem ser executadas, não modelos estruturais (KIM, 1998, p. 77).

No caso da pesquisa que acompanhei, o objetivo destas técnicas era justamente o de otimizar certas funções que haviam deixado de executar o seu papel da forma como deveriam. No método CRT, os exercícios focalizavam basicamente nas funções executivas, que incluíam o raciocínio, o seqüenciamento de ações e a flexibilidade mental diante de obstáculos lógicos. Já no programa THERECS, os sistemas de processamento de informação dos pacientes eram tratados de uma forma mais especializada, tal como subcomponentes de uma grande máquina. Esta subdivisão da mente em partes menores também estaria na base do cognitivismo funcionalista. De acordo com Lycan, trata-se de pensar o “sujeito como sistemas de componentes interconectados. Cada componente é um ‘homúnculo’, no sentido em que é identificado em referência à função que ele desempenha” (LYCAN W. *In* GUTTEMLAN, 1994, p. 319). Ou, como nos aponta a famosa tese funcionalista da modularidade, o que chamamos de mente seria um agrupamento de dispositivos cognitivos altamente especializados, cada um respondendo a princípios próprios e destinados a processar de forma automática um tipo bem específico de informações provenientes do exterior<sup>125</sup>. (GUTTEMLAN, 1994, p. 441-448).

Ao submeter pacientes a baterias de testes neuropsicológicos e a práticas de remediação cognitiva, os pesquisadores da rede *Paris-Lyon-Lausanne-Etc.* transmitiam indiretamente uma certa concepção do que estaria em jogo na esquizofrenia, e de que modo esta condição poderia ser tratada. Nesta interação, um certo modelo de mente era priorizado e proposto como explicação para aquela condição. Como os testes neuropsicológicos sugeriam (e os programas de remediação cognitiva que acompanhei confirmariam), defendia-se ali um modelo de mente balizado sobretudo pela capacidade do sujeito para executar corretamente operações lógicas, tal como pressupunham os modelos computacionais. Essas operações seriam executadas por subcomponentes da mente, que atuariam em um nível infracognitivo, isto é, não-consciente, não-dependente da vontade, da liberdade, de razões para a ação, ou de outros conceitos derivados do nosso vocabulário moral ordinário. Tratar-se-ia de um nível intermediário, a-semântico, quase reflexo, sobre o qual as técnicas de remediação cognitiva interviriam, de modo a oferecer estratégias de otimização. Neste sentido, seria o aprimoramento de funções básicas, segundo os cânones da lógica, que indicariam a via para a adaptação daqueles sujeitos ao seu meio social.

---

<sup>125</sup> A rigor, autores como Jerry Fodor também postulam a existência de processadores centrais, não modulares, que explorariam as informações fornecidas pelos sistemas periféricos. Porém, isto não exclui a sua noção básica de que a mente seria composta por um conjunto de módulos que desempenham funções específicas. Outra diferença de Fodor com relação ao modelo dos programas de remediação cognitiva adotados em Sainte Anne, é que o filósofo admite que o nível semântico também é codificado pelos mecanismos de processamento de informação, ao passo que a CRT e a THERECS pareciam lidar tão somente com o nível sintático, lógico-abstrato, das operações mentais.

Ao adotarem um modelo funcionalista para a compreensão dos déficits do processamento de informações atribuído aos pacientes com esquizofrenia, os pesquisadores da rede *Paris-Lyon-Lausanne-Etc.* assumiam uma espécie de modelo mecanicista desta categoria, em que a identidade pessoal dos sujeitos estaria de certa forma separada das causas do seu mal. Os problemas de inserção social de que padeceriam estes indivíduos seriam provocados por más conexões neuronais, sistemas de processamento de informação deficitários, tal como órgãos que deixam de funcionar corretamente e precisam ser reparados. Haveria aí, neste sentido, um certo nível de impessoalidade envolvido, que parecia aliviar moralmente estes pacientes dos fracassos com os quais eles se deparavam no seu quotidiano, e da sua dificuldade em se adequar a certos ideais sociais normativos. Isto porque estas causas externas operariam independentemente da escolha, da vontade, ou da consciência de cada sujeito. Porém, esta desculpabilização não era sinónimo de irresponsabilidade. Pelo contrário, todo o esforço da equipe era de conscientizar aqueles pacientes dos seus déficits de processamento de informação, de modo a torná-los os agentes da sua própria mudança, desde que eles participassem com afinco daquelas atividades e procurassem aplicar as estratégias aprendidas em sua vida quotidiana. Neste sentido, só dependeria deles a ação para corrigir o funcionamento dos sistemas cognitivos perturbados e, assim, melhorar a sua qualidade de vida.

Mas como se daria na prática este treino de funções deficitárias específicas? Seria mesmo possível dividir um sujeito em subsistemas de processamento de informação? Tratar-se-ia apenas de uma metáfora, de uma abstração? Afinal de contas, para além do fato de se tratar de uma pesquisa, cujos resultados seriam divulgados posteriormente como dados padronizados sobre a evolução da performance cognitiva de um grupo de pacientes, haveria também ali uma prática terapêutica individualizada, em que cada sujeito traria uma história, dramas pessoais, vidas singulares, razões para a ação que só poderiam ser compreendidas em um contexto. Que tipo de relação terapêutica poderia se estabelecer, tendo em vista o treinamento de sistemas infraconscientes de processamento de informação, que supõe um modelo causal para as ações? Este tipo de pergunta só poderia ser respondido a partir do acompanhamento diário do *setting* terapêutico das sessões de remediação cognitiva.

### 3.2 Como se treina uma mente disfuncional?

Com a permissão dos coordenadores da pesquisa, pôde-se acompanhar o cotidiano destes programas de remediação na qualidade de observador participante, bem como as reuniões semanais da equipe de pesquisa. O fato de se permitir que um observador freqüentasse diretamente o *setting* clínico das sessões de remediação cognitiva, lado a lado com pacientes e terapeutas, contrastava por si só com o sigilo absoluto exigido por outras abordagens psicoterapêuticas. Seria inimaginável, por exemplo, supor um psicanalista que autorizasse a presença de um observador participante em suas sessões de análise. Mas em nenhum momento isto pareceu colocar um problema para os coordenadores deste protocolo de pesquisa. Isto levava a crer que aquilo que estaria em vias de acontecer não pertencia a uma esfera considerada como demasiado íntima, que deveria ser preservada a qualquer custo de um olhar externo para não comprometer o andamento das sessões. Outra dimensão que não a da intimidade estava em jogo, o que me deixava à vontade para fazer parte daquele processo de treinamento de funções cognitivas deficitárias. Mas o que significava isto na prática? Isto é, o que os pesquisadores interessados em neurociências cognitivas faziam de fato com todo o aparato teórico herdado da interface entre a neurologia e a psiquiatria? Enfim, como se treinava uma mente disfuncional?

#### 3.2.1 A pedagogia do déficit cognitivo na esquizofrenia (ou a psicoeducação de Mlle. Cacoub)

Amélie, uma jovem psicóloga (na época, com 27 anos) que completou a sua graduação em 2005, acabava de ser empregada por contrato de duração temporário para trabalhar neste protocolo de pesquisa. Suas atribuições incluíam a administração de baterias de testes neuropsicológicos e o acompanhamento de alguns pacientes que seriam submetidos ao método anglo-saxão CRT de remediação cognitiva. Formou-se em psicologia em um estabelecimento privado de ensino, voltado especialmente para o manejo de testes psicométricos e de testes projetivos. Logo após completar a sua graduação, Amélie fez uma especialização em uma universidade parisiense, tendo como tema a utilização de testes neuropsicológicos. A escolha desta especialização se deu em função das demandas do

mercado de trabalho da psicologia, que, de acordo com ela, passava a exigir profissionais qualificados para lidar com o crescimento da população idosa e, por conseguinte, com quadros de demência que demandavam constantes avaliações neuropsicológicas. Antes de integrar a equipe de Sainte Anne, Amélie havia tido uma única experiência profissional, em um serviço de neurologia, onde ela acompanhava o percurso de reabilitação de pacientes que haviam sofrido acidentes vasculares cerebrais e traumatismos crânio-encefálicos. Lá, ela era encarregada de administrar testes neuropsicológicos aos pacientes (alguns dos quais coincidiam com aqueles utilizados pela pesquisa de Sainte Anne), bem como acompanhá-los em seu percurso de reabilitação através de uma “escuta acolhedora”<sup>126</sup>. Amélie relata que no serviço de neurologia do qual fez parte existiam técnicas de reabilitação cognitiva muito parecidas com aquelas utilizadas em Sainte Anne. Entretanto, os profissionais encarregados de aplicá-las nos pacientes eram fonoaudiólogos, que se centravam sobretudo sobre a recuperação de capacidades lingüísticas e executivas perdidas após lesões cerebrais.

A familiaridade de Amélie com os testes neuropsicológicos, com os conceitos inerentes ao campo da neuropsicologia, e com os serviços de reabilitação neurológica foram decisivos na seleção do seu currículo pelos coordenadores da pesquisa de Sainte Anne. Esta jovem psicóloga, porém, jamais havia integrado uma equipe de pesquisa, nem sequer publicado um artigo científico em sua vida. Sua preocupação, sua escolha e, talvez, a sua vocação, fossem exclusivamente clínicas. Ela informa que a sua formação no método de remediação cognitiva CRT havia se dado em três etapas: inicialmente, Maëlle Ihe havia transmitido alguns conhecimentos e conceitos aprendidos em Londres, quando fez uma curta formação de 3 dias na equipe de Til Wykes; em seguida, Amélie foi para a cidade de Lyon, onde passou uma semana assistindo seminários de formação ao método CRT; por fim, ela relata ter lido minuciosamente o manual do terapeuta que acabava de ser traduzido para o francês, através dos financiamentos obtidos pela rede *Paris-Lyon-Lausanne-Etc*. Quando eu a questioneei sobre a rapidez e a relativa simplicidade desta formação, ela me respondeu que o fundamental viria com a prática, com o encontro diário com os pacientes, e a adaptação do método a cada caso específico. Este tipo de formação indicava o quanto a aplicação prática dos métodos de remediação cognitiva era relativamente simples, se contrastada com a complexidade dos debates acerca dos déficits cognitivos na esquizofrenia, a partir da hipótese neurodesenvolvimental desta categoria.

---

<sup>126</sup> Na França, é muito comum utilizar a expressão *thérapie de soutien* para designar um apoio psicológico sem contornos bem delimitados, ou bases teóricas precisas, que têm por função, não a modificação de comportamentos, ou de traços de personalidade, mas a acolhida de uma queixa de vida e o incentivo para superar adversidades. Optou-se por traduzir esta expressão por “escuta acolhedora”.

Amélie havia sido designada como terapeuta CRT de Mlle. Cacoub, uma das pacientes que se acompanhou ao longo da bateria de exames neuropsicológicos, considerada pela equipe como um caso relativamente grave. Alheia a grande parte dos objetivos de um grupo importante de pesquisa (como a expansão da sua rede de parceiros, o aumento do fluxo de financiamentos, as publicações em revistas com fator de impacto elevado, etc.), Amélie queria tão somente tratar aquela paciente da melhor forma possível, melhorar a sua qualidade de vida, tendo como instrumental o programa CRT de remediação cognitiva.

Chego para a primeira sessão de remediação cognitiva de Mlle. Cacoub, curioso para saber o que se passaria ao longo dos próximos 60 minutos. Amélie conta que esta seria uma sessão atípica, pois serviria para realizar uma psicoeducação da paciente. Esta etapa, anterior à remediação cognitiva propriamente dita, teria por função fazer com que cada paciente compreendesse o papel dos déficits cognitivos na esquizofrenia, o modo como eles seriam deletérios ao seu funcionamento social cotidiano, e como estes métodos de treinamento poderiam representar uma resposta eficaz para compensar estas dificuldades. A jovem psicóloga esperava que a paciente tivesse lido a brochura que Élodie lhe havia fornecido, contendo diversas informações sobre o tema “esquizofrenia e perturbações cognitivas”. Após alguns minutos de conversa com Amélie, a paciente adentra a sala de consulta. A psicóloga se dirige a ela:

- Bom dia, Mlle Cacoub. Você leu a brochura que lhe demos na última semana, contendo informações acerca do programa que você vai realizar conosco daqui em diante?

*Sim, eu li.*

- E você tem alguma questão com relação a isto?

*Não. Mas o problema é que a COTOREP<sup>127</sup> termina em Novembro de 2009.*

- Sim, mas por que isto é um problema? Você pode renová-la!

*Isto quer dizer que nesta data [em Novembro] eu estarei curada?*

- O que você acha?

*Eu não sei se estou verdadeiramente doente. Os outros me dizem [que sim], mas eu não sei se estou.*

---

<sup>127</sup> A COTOREP é um acrônimo para *Commission Technique d’Orientation et de Reclassement Professionnel*. Atualmente, esta comissão está integrada à *Maison Départementale des Personnes Handicapés*, órgão público responsável na França por prestações diversas, incluindo a distribuição de ajuda financeira para adultos considerados como portadores de algum tipo de deficiência (ou *handicap*, como preferem os franceses, tomando de empréstimo o vocábulo inglês homônimo). Por esta razão, o termo COTOREP é utilizado correntemente pelos pacientes psiquiátricos para denominar a pensão que eles recebem mensalmente (de aproximadamente 600 euros), em função de seu diagnóstico de portadores de um *handicap psychique*.

- Mas o que você pensa, se considerarmos o conteúdo da brochura que lhe foi dada na última vez?

*Que eu sou doente porque escuto vozes memorizadas. Mas, em contrapartida, no hospital psiquiátrico, eu participei de ensaios clínicos, tomei medicamentos que possuem efeitos terapêuticos... Por isto, eu me pergunto se já não estaria curada.*

- Quanto a mim, o que posso lhe dizer, em relação com o resultado dos testes que você fez com a Dra. Élodie Desplat, é que você tem dificuldades de memória, de atenção, de concentração...

*Eu sempre tive problemas de memória. Eu era muito jovem quando comecei a ir para a escola e nunca fui muito boa aluna.*

- Você tinha dificuldades para aprender textos, por exemplo?

*Sim, a TV me interessava mais que os textos [risos].*

- É bom poder ver TV, mas aqui a gente vai se concentrar em outras habilidades nas próximas 14 semanas que estaremos juntas. Os testes que a você fez com a Dra. Desplat colocaram em evidência as suas dificuldades de memorização, de atenção e de raciocínio; e a remediação cognitiva que faremos juntas terá como objetivo te ajudar a melhor memorizar informações, a focalizar a sua atenção, para que você aprenda melhor, para que você seja mais organizada e menos distraída.

*[Mlle. Cacoub começa a falar em um ritmo frenético] Talvez seja genético? Já me disseram que talvez seja genética a minha doença e que, já que eu tomei medicamentos, isto gerou efeitos. Porque meus pais sempre acharam estranho que eu permanecesse fechada no meu quarto, em vez de ficar com todo mundo na sala. E eu acho que ainda preciso tomar remédios contra a nicotina, porque quando fiquei internada no ano de 2000, tinha muitas pessoas que fumavam ao meu redor. Então eu não sei, talvez com esse remédio para nicotina...*

- [Amélie se vê obrigada a interrompê-la]. Mas vamos com calma. Esta primeira hora que estaremos juntas servirá para aprendermos um pouco mais sobre a memória, a atenção, as perturbações cognitivas... Tenho aqui um questionário e você vai tentar responder se as afirmações são verdadeiras, ou falsas, e nós vamos discutir juntas as suas respostas. Leia a primeira questão.

*[Mlle. Cacoub lê o título do questionário:] “Informações sobre as perturbações cognitivas”. Mas “cognitivo”, o que isto quer dizer?*

- Isto estava na brochura que te demos. “Cognitivo” se refere a funções como a memória, a concentração, a todas as funções executadas pelo cérebro para aprender, conseguir se organizar, a planejar o seu dia... É isto o “cognitivo”, tudo o toca o cérebro.

*Meu nervo da memória foi tocado?*

- De fato, de acordo com os testes neuropsicológicos, você apresenta problemas de memorização. Mas vamos nos concentrar agora no questionário. Leia a questão.

*Ok: “Os déficits cognitivos são uma consequência dos sintomas positivos (delirantes e alucinatórios) da minha doença. Verdadeiro ou falso?”. Eu diria que é verdade. Porque alucinações eu tenho, visuais e auditivas. É isto o que eu tenho.*

- Sim, ok. Estou de acordo com você neste aspecto. Mas veja bem a frase. Será que os déficits cognitivos são uma *conseqüência* destes seus sintomas alucinatórios? O que quer dizer *conseqüência*? Quer dizer que uma coisa vem antes de outra? Neste caso, qual vem antes, as alucinações, ou os déficits cognitivos?

*As alucinações?*

- Não. Veja bem Mlle. Cacoub. Você não contou que tinha dificuldades para aprender textos na escola, quando você era criança, que tinha problemas de memória, etc. Então, isto quer dizer que os déficits cognitivos vieram antes das alucinações, não é?

*Ah, então é isto que cognitivo quer dizer? Sim, é verdade.*

- Exatamente. Leia então a segunda afirmação.

*Ok. “Os déficits cognitivos desaparecem ao mesmo tempo que os sintomas psiquiátricos”. [A paciente mantém um ar dubitativo e, após alguns segundos, com as sobrancelhas franzidas, diz:] É possível, não sei.*

- Veja bem, Mlle. Cacoub. Você acha que no momento em que você não tem alucinações, por exemplo, que os seus problemas de memória, as suas dificuldades para aprender, desaparecem? ou você acha que estas dificuldades te acompanham todo o tempo, mesmo quando você não está ouvindo vozes, ou algo do gênero?

*Eu sempre tenho dificuldades para aprender. Não consigo guardar muito as coisas*

- Isto quer dizer, logo, que os problemas cognitivos permanecem sempre presentes, mesmo quando os sintomas psiquiátricos estão controlados. Então, os problemas cognitivos não desaparecem ao mesmo tempo que os sintomas psiquiátricos. Leia a afirmação seguinte.

*“Os medicamentos neurolépticos antipsicóticos reduzem os problemas cognitivos”. Eu diria que é verdadeira.*

- Não, Mlle. Cacoub. Os medicamentos neurolépticos agirão sobre os sintomas psiquiátricos, isto é, sobre as alucinações e os delírios, mas não necessariamente sobre os problemas cognitivos. Eles não reduzem este gênero de perturbação. É por isso que nós vamos fazer juntas as sessões. É com a remediação cognitiva que vamos tentar melhorar a sua memória, a sua atenção, a sua capacidade para planificar uma ação.

A sessão de psicoeducação sobre a presença de déficits cognitivos na esquizofrenia prossegue abordando temas como: a ineficácia do efeito dos medicamentos neurolépticos sobre as funções cognitivas; a relação entre déficits cognitivos e dificuldades para executar tarefas cotidianas; as implicações dos déficits cognitivos nos problemas de aprendizagem; o modo de ação dos programas de remediação cognitiva, etc. Como no extrato etnográfico exibido acima, a função de Amélie era explicar pacientemente a Mlle. Cacoub cada um dos pontos contidos no questionário, com uma função explicitamente pedagógica de informá-la



sobre os problemas de processamento de informações na esquizofrenia, sua implicação nas dificuldades relacionais e sócio-profissionais, e na diminuição da autonomia pessoal. De acordo com Amélie, estas informações teriam a intenção de fazer com que os pacientes compreendessem melhor as suas dificuldades para que, desta forma, eles pudessem se responsabilizar por esta dimensão da sua patologia e entender o papel da remediação cognitiva no seu processo de restabelecimento. Diferentemente de outras correntes, que preconizam a omissão do diagnóstico de um paciente psiquiátrico a fim de evitar a estigmatização associada, em Sainte Anne, nenhuma informação disponível era negada. Pelo contrário, acreditava-se que quanto mais um paciente estivesse informado sobre a sua condição e sobre a categoria médica em que era enquadrado, melhor ele teria condições de lutar contra as suas dificuldades. Nas palavras de Amélie: *“Informar os pacientes permite que eles adquiram autonomia em face da sua doença para melhor lidar com ela”*.

Se a justificativa principal de fornecer informações sobre a esquizofrenia produzidas por equipes de pesquisa era favorecer uma tomada de consciência do problema por parte do paciente, e a sua responsabilização por suas dificuldades, este arsenal discursivo também preenchia uma outra função. Assim como a sessão de discussão dos resultados das baterias de testes neuropsicológicos ministrados pela neuropsicóloga Élodie, a sessão de psicoeducação que acompanhei com a jovem Amélie era uma maneira de oferecer aos pacientes um novo sentido, ou uma descrição inovadora para o que lhes ocorria em seu quotidiano, baseada na correlação entre déficits cognitivos, esquizofrenia e dificuldades na vida diária. Isto mostrava que o diagnóstico e a descrição da esquizofrenia era um alvo movente, que evoluía com as narrativas geradas pelos especialistas, que interagiam dinamicamente com os pacientes, modificando o que estes pensavam a respeito de si mesmos, e, ao mesmo tempo, lhes oferecendo técnicas de transformação de si. Este tema foi abordado pelo filósofo canadense Ian Hacking, em sua tese sobre os “efeitos de looping” [*looping effects*] na “produção de pessoas” [*making up people*], que se pretende abordar no próximo tópico.

### 3.2.2 A esquizofrenia como “tipo indiferente-interativo”.

Uma das preocupações centrais de uma parte considerável da obra de Ian Hacking é o modo como classificamos e descrevemos as pessoas, e que efeito este ato de classificar pode

ter sobre elas<sup>128</sup>. O pano de fundo filosófico da sua abordagem é anti-essencialista, na medida em que para Hacking não faz sentido querer descobrir uma “natureza humana” oculta, ainda às escuras por falta de meios adequados de pesquisa que a descreveriam com precisão e nos revelariam, de uma vez por todas, quem somos e como funcionamos. Ao contrário, Hacking acredita que aquilo que reconhecemos como “natureza humana” é algo moldado, negociado, ou modificado pelos conceitos que produzimos constantemente acerca de nós mesmos, pela maneira como nos dividimos em categorias distintas, e pelo modo como descrevemos e agimos sobre estas categorias<sup>129</sup>. Este processo seria constante, dinâmico, móvel e sem fim.

De acordo com o filósofo, existiria uma diferença fundamental entre classificar “tipos humanos” e classificar “tipos naturais”. Por “tipos humanos”, ele denomina os sistemas de classificação que utilizamos para descrever comportamentos, emoções, tendências, temperamentos, etc. de modo a construir tipologias, ou diferenciar grupos específicos pertencentes à espécie humana. As disciplinas que se ocupam destas classificações são chamadas por ele de ciências humanas, ou sociais, dentre as quais se enquadram disciplinas médicas, como a psiquiatria, cuja aspiração seria construir leis gerais e sistemáticas acerca de categorias de pessoas e dos seus comportamentos, tendo como modelo ideal os métodos das ciências naturais. Já os “tipos naturais” se refeririam aos sistemas de classificação utilizados para aquilo que não faz parte do mundo propriamente humano ou social, como quarks, árvores, morcegos, estrelas, etc. Estes sistemas seriam forjados pelas ditas ciências naturais e estariam em consonância com os métodos deste domínio (HACKING I., 1995, p. 352).

Em contraste com os “tipos naturais”, os “tipos humanos” colocariam problemas específicos, segundo o filósofo. Em primeiro lugar, uma vez que alguém é identificado a um grupo distinto (como, por exemplo, homossexuais, esquizofrênicos, pedófilos, hiperativos, histéricas...), com todo um aparato discursivo para caracterizá-lo e explicá-lo racionalmente, isto afetaria não apenas a imagem e a percepção que estas pessoas têm de si mesmas, como também a de todos aqueles que se situam no seu entorno:

Se H é um tipo humano e A é uma pessoa, chamar A de H pode fazer com que tratemos A de uma forma diferente... Mas também faz diferença para A saber que A é H... Talvez A não queira ser H!... Mesmo que isto não faça diferença para A, isto faz diferença para o modo como as pessoas se sentem em relação a A, de modo que o ambiente de A muda (HACKING, 1995, p. 368).

<sup>128</sup> Neste tópico da tese, eu me centrei sobretudo em Hacking, 1986, 1995, 1999, 2007.

<sup>129</sup> Em seu livro *The social construction of what?* (1999), Hacking vai além, apontando a partir de Hilary Putnam a confusão conceitual que existe nos debates filosóficos que opõem “realidade real” e “realidade construída”: “um dos erros mais comuns é supor que a ‘realidade’ se refira a uma super-coisa, ao invés de olharmos para as formas que nós negociamos sem fim – e somos forçados a renegociar – a nossa noção de realidade, à medida em que nossa linguagem e nossa vida se desenvolve” (HACKING, 1999, p. 101). No que tange as patologias mentais, este tipo de renegociação nunca deixou de estar em pauta desde o surgimento da medicina mental.

Assim, o mero fato de criar categorias constituiria uma espécie de “ato performativo”, pleno de conseqüências. Em seguida, o ato de classificar tipos humanos viria geralmente acompanhado de iniciativas de reforma, ou modificação destas categorias, empreendidas por uma série de práticas e de grupos profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, pedagogos, professores, associações de pacientes, grupos de ajuda mútua, etc. Desta forma, ao se identificar um grupo a uma categoria específica, todo um aparato de técnicas de transformação de si seria engendrado, caucionado por teorias e especialistas nestes tipos humanos (HACKING, 1995, p. 360). Por estas razões, Hacking optou por nomear os “tipos humanos” de “tipos interativos”, uma vez que a sua criação alteraria a própria configuração dos grupos por eles designados, em um processo dinâmico de interação.

Os “tipos naturais”, por sua vez, seriam considerados por Hacking como “tipos indiferentes”, isto é, como sistemas de classificação e descrição que não influiriam diretamente no comportamento e na auto-representação dos grupos naturais por eles categorizados, nem induziriam à construção de aparatos reformadores, ou transformadores da sua “natureza”: “Se N é um tipo natural e Z é N, não faz diferença para Z se o chamarmos de N” (HACKING, 1995, p. 367). Deste modo, um tipo natural existiria independentemente de qualquer contexto social e histórico. Como afirma categoricamente o filósofo, “a principal diferença entre tipos humanos e naturais é que os tipos humanos só fazem sentido dentro de um certo contexto social... Gravidez na adolescência não pôde existir até que garotas solteiras formassem um determinado grupo que aos olhos da sociedade não deveria estar grávido. A idéia de delinqüência juvenil depende parcialmente da família, das visões de dependência, e de como faixas etárias são estruturadas” (HACKING, 1995, p. 362-363).

Da mesma maneira, no campo da psicopatologia, algumas categorias psiquiátricas só puderam existir diante de um certo contexto social, como o exemplo clássico da histeria de conversão na sociedade francesa do final do século XIX, a categoria de personalidade múltipla nos Estados Unidos, ou a epidemia de anorexia na sociedade argentina contemporânea (HACKING, 1999, p. 100). O filósofo explica esta dependência de certas categorias psicopatológicas a um contexto sócio-histórico pelo que ele chama de efeito de *looping*. Neste sentido, a multiplicação dos casos de Transtorno da Personalidade Múltipla a partir dos anos 1970 na sociedade norte-americana seria exemplar<sup>130</sup>. A partir desta década, alguns psiquiatras passaram a diagnosticar certas pessoas como portadoras do transtorno da

---

<sup>130</sup> Baseio-me aqui no artigo de Hacking “Kinds of people: moving targets”, 2007.

personalidade múltipla, categoria criada há um século e, até então, praticamente extinta. Estes casos iniciais, paradigmáticos, passaram a ser divulgados na mídia daquele país de uma forma sensacionalista. Em pouco tempo, mais e mais cidadãos norte-americanos passaram a exibir características descritivas deste transtorno, e os casos se tornaram cada vez mais bizarros, por vezes contando com indivíduos portadores de até 17 personalidades diferentes dentro de si (nos primeiros casos, se tratavam de duas, ou no máximo 3 personalidades distintas). Esta epidemia gerou uma gama de especialistas, teorias, hipóteses, tratamentos, que giravam em torno da noção de abuso sexual na infância e de memórias traumáticas recalçadas, responsáveis pela cisão do eu em diversas partes independentes entre si. Logo se criaram associações e instituições de suporte a estes “tipos humanos”, reportagens, entrevistas em programas de TV, etc. Deste modo, indivíduos identificados a esta categoria se multiplicaram a medida em que o tema da personalidade múltipla se ramificou, se expandiu, tornando-se uma condição social reconhecida em uma dada sociedade, articulando teorias sobre memórias recalçadas, trauma, abuso sexual na infância, etc. Um “nicho ecológico” (termo de Hacking) teve que ser montado, para que esta condição ganhasse existência no mundo humano e o estatuto de realidade aceita socialmente. De acordo com o filósofo:

Em 1955 isto não era uma forma de ser uma pessoa; as pessoas não se experimentavam desta maneira, eles não interagiam com os seus amigos, suas famílias, seus empregados, seus psicólogos, desta forma; mas em 1985, esta se tornou uma forma de ser uma pessoa, de experimentar a si mesmo, de viver em sociedade (HACKING, 2007, p. 299).

A epidemia do transtorno da personalidade múltipla nos Estados Unidos estudada por Hacking seria um exemplo do que o filósofo denomina de “produção de pessoas” [*making up people*], a partir de um “efeito de looping” [*looping effect*]. Um novo tipo de pessoa passou a existir (alguém com múltiplas personalidades independentes dentro de si), a partir da interação com categorias forjadas por especialistas. Entretanto, este movimento se daria em uma via de mão dupla, pois a configuração de pessoas a partir da sua identificação com categorias distintas seria um processo dinâmico, movediço, que acabaria por modificar os indivíduos em direção a formas de vida imprevisíveis, embora próximas das classificações iniciais. Isto obrigaria que as categorias também se transformassem, como um “efeito em looping”. No caso específico do Transtorno de Personalidade Múltipla, a modificação do perfil das pessoas identificadas a esta categoria fez com que os especialistas mudassem o seu nome para Transtorno Dissociativo de Identidade, com feições diagnósticas diferentes, que passariam a produzir novos tipos de pessoas, e assim sucessivamente.

Se a criação de “nichos ecológicos” seria capaz de configurar pessoas, de modo a engendrar verdadeiras epidemias de “transtornos mentais transitórios”, o que se diria de categorias como a esquizofrenia, ou o autismo? Seriam estes tipos humanos da mesma ordem de categorias polêmicas e transitórias, como o Transtorno Dissociativo de Identidade? Seria possível, por exemplo, dizer que antes de Kraepelin e Bleuler estruturarem na nosografia psiquiátrica a categoria de esquizofrenia, não existia um número significativo de pessoas que portavam aquele conjunto de sinais e sintomas, independentemente do modo como elas eram classificadas, ou descritas? Para Hacking (1999, p. 100-124), afirmações construtivistas radicais desta natureza constituiriam um equívoco. Para categorias psicopatológicas como a esquizofrenia, cujas feições podem ser identificadas em épocas e lugares distintos, o filósofo prefere adotar um espaço de análise em que tanto o modelo biomédico realista, quanto o modelo construtivista social, possam co-existir, ou se desenvolver mutuamente, sem uma confrontação direta (HACKING, 1999, p. 101).

Para categorias como o autismo, ou a esquizofrenia, Hacking admite que estaríamos lidando ao mesmo tempo com “tipos interativos” e “tipos indiferentes”. Tomemos o exemplo preciso da esquizofrenia: mesmo que não exista até o presente qualquer marcador biológico seguro para esta categoria (o que existem são hipóteses etiológicas e correlações estatísticas relativas a anomalias genéticas, neurológicas e bioquímicas implicadas na sua produção), nada impede que suponhamos a existência de um componente *P* invariável, intrínseco a esta patologia, que se expressa com indiferença ao modo como a descrevemos. Assim, este componente *P* seria responsável por fazer da categoria de esquizofrenia um tipo indiferente, ou um tipo natural. Entretanto, pressupor a existência de componentes invariantes em categorias psicopatológicas deste tipo não elimina a existência dos efeitos de *looping*, uma vez que classificar pessoas como esquizofrênicos afeta de muitas maneiras a sensibilidade daqueles que assim são classificados. Hacking cita o exemplo das transformações da valorização dos sintomas alucinatorios na expressão e no diagnóstico desta categoria. De acordo com o filósofo, Kraepelin e Bleuler enfatizavam sobretudo o embotamento afetivo e não davam tanto valor às alucinações na realização de um diagnóstico de esquizofrenia. Mais tarde, logo antes da 2ª Guerra Mundial, Kurt Schneider reorganizou os critérios diagnósticos para a esquizofrenia, com os seus 12 Sintomas de Primeira Ordem, colocando a presença de alucinações no topo desta lista. Para Hacking, esta mudança se deu em função de um efeito de *looping* no modo como a esquizofrenia descrita por Kraepelin e Bleuler afetou os indivíduos classificados. Como, para estes médicos, as alucinações não constituíam um critério importante, os pacientes podiam alucinar livremente, sem se preocupar em contar, ou

esconder este fato dos seus médicos. Deste modo, esta feição da esquizofrenia se tornou algo não-problemático, disponível livremente ao olhar médico, ao ponto de Schneider observar a sua frequência exorbitante, mudar os critérios diagnósticos, e colocá-la como condição *sine qua non* para se constatar a presença de esquizofrenia. Em um terceiro momento, a esquizofrenia passou a se tornar um rótulo extremamente popular e indesejado por aqueles que o portavam, e, junto com ela, o critério diagnóstico que valorizava as alucinações auditivas. Pouco a pouco, as alucinações auditivas deixaram o centro da cena, se “esconderam” do olhar médico, deixaram de ser uma condição necessária ao diagnóstico da esquizofrenia e, como conseqüência, o embotamento afetivo voltou a ser uma chave diagnóstica importante para esta categoria, fato que persiste até a atualidade (HACKING, 1999, p.112-114).

Embora Hacking não apresente os detalhes de como se deu esta operação, sua intenção é apontar como as ações e sentimentos humanos se desenvolvem e se modificam em um campo de possibilidades aberto pelo modo como nos descrevemos a nós mesmos:

[...] a ação humana é mais proximamente ligada à descrição humana do que a ação de uma bactéria... As possibilidades do micróbio são determinados pela natureza, não pelas palavras. O curioso sobre a ação humana é que ela é em grande parte dependente das possibilidades de descrição... Logo, se novos modos de descrição emergirem, novas possibilidades para a ação passarão conseqüentemente a existir (HACKING, 2002, p. 108).

No protocolo de pesquisa que acompanhei, os déficits cognitivos foram eleitos como critérios primordiais para se caracterizar a esquizofrenia, bem como para se avaliar o funcionamento social dos portadores deste diagnóstico. Esta forma de descrevê-la, assim como os métodos para remediar esta dimensão, começaram a ganhar força apenas nos anos 1990. Isto quereria dizer que, antes desta época, pacientes com esquizofrenia não apresentavam déficits cognitivos, ou que estes déficits não afetavam o seu modo de ser cotidiano? Esta questão não é pertinente, se tomarmos como referencial os conceitos e idéias de Hacking. Porque o importante, segundo o filósofo, é que estes pacientes não experimentavam a si mesmos como um *tipo* portador de déficits cognitivos, nem se comportavam como se o fossem diante de seus parentes, amigos, empregadores, psicólogos, etc. A ausência desta descrição impossibilitava uma interação dinâmica com este conjunto de idéias. Da mesma forma, antes deste período, instituições como Sainte Anne não se preocupavam em desenvolver técnicas de remediação cognitiva, ou métodos similares de atuação sobre este *tipo de paciente*, visando transformá-lo em um determinado sentido. Portanto, o simples fato de nomear a dimensão dos déficits cognitivos na esquizofrenia,

construir todo um aparato discursivo para caracterizá-los, e informar os pacientes acerca desta dimensão em suas vidas, abriria um novo horizonte de possibilidades, afetando possivelmente tanto a sensibilidade daqueles que assim são descritos, como o manejo da sua vida no espaço público. Desta maneira, seria possível falar em uma mutação antropológica no modo de ser um paciente pertencente ao espectro da esquizofrenia, tal como este era descrito no interior da equipe de Sainte Anne.

A questão que se coloca, diante das noções lançadas por Hacking, é a de até que ponto o encontro com novas formas de se descrever a esquizofrenia, marcada por déficits cognitivos diversos, que supostamente atrapalhariam a performance social destes sujeitos, seria capaz de modificar o seu comportamento, a sua visão com relação à própria patologia, o seu modo de ser diário, etc. Pois, descrever a esquizofrenia desta forma implica em concentrar-se em exercícios cotidianos de treinamento neurocognitivo, na aplicação de estratégias de concentração e memorização nas situações que a vida ordinária coloca, na valorização do desenvolvimento de habilidades sociais para se comunicar, trabalhar com mais eficácia, estudar, etc. Vejamos, em que consiste a aprendizagem destas estratégias, ou deste novo modo de ser, a partir da descrição de sessões de remediação cognitiva propriamente ditas.

### 3.2.3 Cena 1. O método CRT em ação: O treinamento da atenção seletiva de Mlle. Cacoub.

Chego em Sainte Anne para acompanhar com Amélie uma sessão de remediação cognitiva propriamente dita. A paciente em questão era Mlle. Cacoub, a mesma que eu havia acompanhado desde as primeiras baterias de testes neuropsicológicos. Amélie me explica que a sessão de hoje seria destinada ao treinamento da atenção seletiva, isto é, a concentração sobre um determinado estímulo e a inibição de um outro inapropriado. Os princípios deste exercício eram os mesmos utilizados no teste neuropsicológico administrado por Élodie para a avaliação do efeito *Stroop* nos pacientes (Ver novamente figura 7). Uma cena se repete: a paciente chega acompanhada do seu pai, com as suas habituais roupas amarrotadas, os seus cabelos desgrenhados e um odor desagradável que preenche o ambiente em que nos encontramos.

- Bom dia, Mlle. Cacoub, como você tem passado?

[A paciente responde laconicamente:] Bem, obrigado.

- Você está animada para começar a sua primeira sessão efetiva de remediação cognitiva?

*Sim, por que não?*

- Porque a gente vai se concentrar agora, a partir desta sessão, em uma série de exercícios de dificuldade progressiva, ok? Eles vão te ajudar nos seus problemas de concentração, de memória e de organização, como nós discutimos na última sessão, para que você seja menos distraída e mais organizada no seu cotidiano.

*Ok.*

- Tome aqui esta folha [Ver figura 14, abaixo]. Nela, você pode notar a presença repetida de três palavras (ALTO [*HAUT*], MEIO [*MILIEU*] e BAIXO [*BAS*]), dentro de retângulos. Este exercício pode ser feito de duas formas. Na primeira delas, eu poderei pedir a você que apenas leia as palavras em voz alta, na ordem em que elas aparecerem. Por exemplo, nos dois retângulos da primeira linha, você teria que ler a seqüência: ALTO, MEIO, BAIXO, ALTO, MEIO, BAIXO. Esta será a primeira parte do exercício, que é mais fácil. Depois, as coisas complicam um pouco. Eu pedirei que você diga, não o que está escrito nas palavras, mas sua posição em cada retângulo, isto é, se cada palavra se situa no alto [*HAUT*], no meio [*MILIEU*], ou na parte de baixo [*BAS*] do retângulo. Assim, por exemplo, nos mesmos dois retângulos da primeira linha, a resposta correta seria: ALTO, BAIXO, MEIO, ALTO, MEIO, BAIXO. Você entendeu o exercício?

*Acho que sim, mas é difícil.*

- Mas com o treino e com a aprendizagem de estratégias, eu tenho certeza que você vai conseguir fazer com muita facilidade esse exercício. Vamos otimizar a velocidade com que você processa essas informações e diminuir o seu número de erros. Você vai ver.



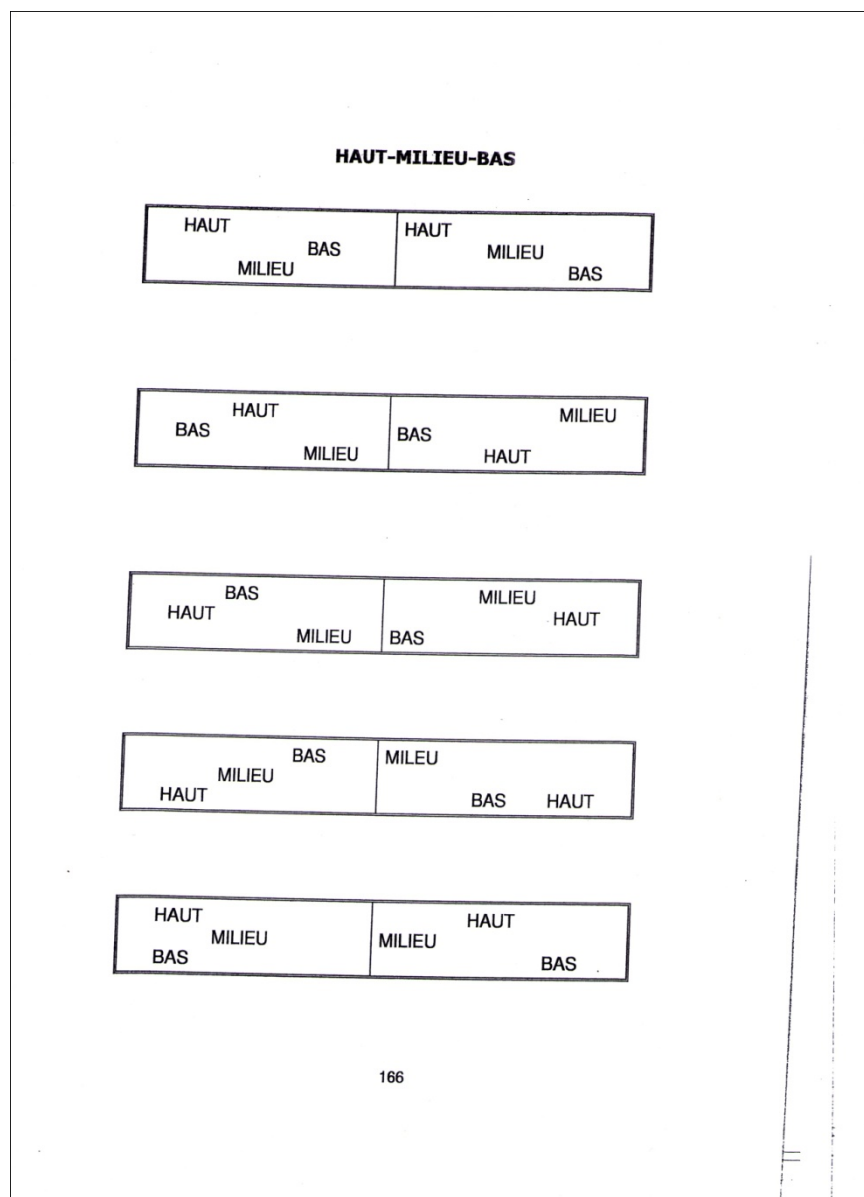


Figura 14: exercício integrante do método CRT de remediação cognitiva.

Amélie prossegue, então, pedindo à paciente que realize a primeira parte do exercício, que consistia tão somente na leitura das palavras na ordem em que elas apareciam, em seqüência, independente da sua posição. Apesar de toda a aparente desorganização da sua personalidade, Mlle. Cacoub não apresentou qualquer dificuldade para realizar esta primeira etapa de uma forma satisfatória, sem muitas hesitações, nem erros de leitura. Passados uns 5 minutos de treinamento cognitivo, Amélie a interrompe e sugere que se passe à segunda etapa do exercício, onde a tarefa demandava enunciar a posição das palavras contidas no retângulo (alto, meio e baixo), e não o seu nome. Isto implicaria em fazer um esforço para inibir do seu

campo atencional o conteúdo semântico das palavras, que freqüentemente contradiziam a sua posição no retângulo. Nesta segunda etapa, como era de se esperar, a paciente comete erros em série e hesita muito antes de dizer a posição de cada palavra com relação à coluna. Sua tendência inicial era, como a de qualquer pessoa, de enunciar o conteúdo semântico da palavra, em vez de dizer a sua posição na coluna. O conflito entre as duas informações contraditórias dificultava a fluidez na execução do exercício. Amélie, a cada hesitação, ou erro de Mlle. Cacoub, permanecia ao seu lado, como uma “*personal trainer* das funções cognitivas”, para encorajá-la a avançar no exercício e apontar o que tinha dado errado.

Após alguns minutos de treinamento, a neuropsicóloga torna as regras do exercício ainda mais complexas. Ela explica à paciente que a sua tarefa agora seria a de enunciar o conteúdo semântico das palavras contidas no retângulo da direita, e, logo em seguida, a posição que cada palavra ocupava no retângulo da esquerda. Isto demandaria a utilização de um regime alternado da atenção, em que as regras mudariam com rapidez, exigindo da paciente uma maior concentração sobre o exercício, e uma maior flexibilidade no seu raciocínio. Nesta modalidade mais complexa do exercício, Mlle. Cacoub demonstra grandes dificuldades de internalizar a regra proposta por Amélie. A terapeuta, então, sugere que a paciente utilize uma estratégia para melhorar a sua performance:

a cada vez que você começar um novo retângulo contendo as palavras, você me diz em voz alta se se tratará de ler o conteúdo das palavras, ou de enunciar a sua posição na coluna. Isto vai tornar a tarefa mais fácil para você, vai te permitir organizar o seu pensamento antes de agir. Quando se tratar do retângulo da direita, diga antes de começar: “Leitura”. Quando se tratar do retângulo da esquerda, você diz: “Posição”. Você vai ver que esta estratégia vai tornar mais fácil a realização da tarefa.

A paciente começa, então, a empregar a estratégia proposta por Amélie, anunciando em voz alta o que deveria fazer, antes analisar o conteúdo de cada retângulo: “Posição: Meio, Alto, Baixo; Leitura: Baixo, Meio, Alto; Posição: Baixo, Meio, Alto; Leitura: Meio, Baixo, Alto...” Com a ajuda desta estratégia, Mlle. Cacoub continua a hesitar, às vezes, entre ler o conteúdo semântico da palavra, ou enunciar a sua posição. Entretanto, o seu emprego faz com que a sua performance melhore sensivelmente no exercício. A cada série de acertos, a neuropsicóloga a felicitava vivamente, no intuito de gerar uma atmosfera de otimismo e incentivos constantes, fato que deixava a paciente claramente mais motivada a continuar progredindo nos níveis de dificuldade propostos.

Amélie sugere ao longo da sessão, uma série de variantes deste exercício, com a intenção de aumentar cada vez mais o seu nível de dificuldade: pedia à paciente que iniciasse seqüências em que ela enunciava a posição das palavras durante três retângulos seguidos e o

seu conteúdo semântico no quarto retângulo, por exemplo. Ou então, que ela enunciasse a posição das palavras em um retângulo após a realização de duas seqüências de leitura. Outros exercícios deste tipo são propostos, um após o outro, ao longo de aproximadamente 1 hora [Ver no ANEXO A da tese uma de suas variações]. Ao final deste conjunto de exercícios de treinamento cognitivo, a neuropsicóloga deixa com Mlle. Cacoub um bloco com uma série de exercícios semelhantes, para que ela pudesse praticar em sua casa nas horas vagas o treinamento da sua atenção seletiva. Amélie se dirige, então, à paciente:

- Vamos ficar por aqui hoje? Você ficou satisfeita, Mlle. Cacoub?.

*[A paciente responde com uma outra pergunta:] No final de tudo isto, eu estarei curada? É isto?.*

- *[A psicóloga retruca]:* A gente já conversou sobre isto. O programa de remediação vai durar 14 semanas, mas depois disto você vai continuar o seu tratamento regular com o seu médico.

*Porque eu acho que ainda estou um pouco doente.*

- Em todo caso, por isto mesmo, trabalharemos conjuntamente a sua atenção, a sua memória, para que você se sinta mais à vontade na sua vida.

*Muito bem.*

A pergunta feita por Mlle. Cacoub à Amélie colocava duas questões importantes: em primeiro lugar, ela indagava o estatuto dos programas de remediação cognitiva no tratamento da esquizofrenia; em segundo lugar, a especificidade do papel de um método de tratamento para uma patologia considerada crônica, no âmbito de uma pesquisa clínica, com limitações temporais e objetivos que se estendiam para além do gesto puramente terapêutico. Certamente, por mais que esta paciente melhorasse a sua performance nos exercícios propostos pela neuropsicóloga, ficava claro que o papel da remediação cognitiva não era o de trazer a “cura” para o que se reconhece como esquizofrenia, patologia considerada como crônica e, logo, incurável. Como respondeu Amélie, trabalhar a atenção e a memória destes pacientes serviria para que eles “se sentissem mais à vontade em suas vidas”. Assim como na reabilitação cognitiva de pacientes neurológicos, o tratamento da esquizofrenia se voltava para o desenvolvimento de estratégias de compensação de um processamento de informações deficitário. Entretanto, ao observar aquela sessão de treinamento neurocognitivo durante aproximadamente uma hora, uma questão ficava em aberto: que relação poderia existir entre o treinamento da dita atenção seletiva, nos moldes da vinheta acima descrita, e a vida cotidiana desta paciente, que morava com os pais em um subúrbio distante, sentia-se incapaz de sair de casa desacompanhada, tinha dificuldades em manter o asseio e a higiene pessoal, e

passava praticamente todo o tempo de sua vida trancada em seu quarto a ver TV? Como a repetição e a inibição de estímulos distratores em exercícios precisos poderiam fazer com esta paciente se sentisse “mais à vontade em sua vida”. Que implicação o treinamento de funções a-semânticas, a-rationais, poderia ter em uma vida real, permeada por um contexto singular? O que isto quereria dizer? Essa foi justamente a questão que eu coloquei para Amélie ao fim da sessão. A jovem neuropsicóloga, em sua resposta, hesitou entre o dever de defender a importância destes exercícios para uma paciente como Mlle. Cacoub e a dificuldade de me explicar o laço entre o que se havia se passado naquela sala e a vida privada daquela paciente:

É verdade que eu também tenho dificuldades para ver o modo como esta paciente poderia utilizar este tipo de treinamento da atenção seletiva em sua vida real. Mas tenho a impressão de que com o treino da sua atenção, ela poderá ficar cada vez mais à vontade para poder fazer duas coisas ao mesmo tempo, inibir estímulos distratores... Isto facilitaria a sua concentração sobre a leitura de um texto, por exemplo... Mas é difícil realmente saber como as coisas funcionarão dentro da sua cabeça. Acredito que o objetivo é criar um certo automatismo, a partir do treinamento, para que ela se distraia com menos facilidade na execução de uma tarefa da vida prática.

Assim como Mlle. Cacoub, cada paciente teria uma participação limitada temporalmente nesta pesquisa. Ao final das 14 semanas de treinamento cognitivo, eles seriam submetidos novamente a uma bateria de testes neuropsicológicos para averiguar a evolução da sua performance. Seis meses depois, eles viriam novamente à Sainte Anne, para uma última avaliação, a fim de verificar a persistência no tempo dos eventuais ganhos neurocognitivos. Depois disto, cada um retornaria para a sua vida, se desligando definitivamente da equipe. Logicamente, esta curta participação no estudo não significaria cura, nem acompanhamento a longo prazo, como preconizam as instituições estritamente clínicas para casos como este. Isto mostrava o caráter absolutamente pragmático daquela equipe de pesquisa em obter taxas de evolução nas baterias de testes neuropsicológicos. Para a jovem Amélie, assim como para os outros integrantes da pesquisa, que ocupavam o lugar exclusivo de terapeutas, alheios aos objetivos dos coordenadores deste protocolo, isto parecia colocar um problema, como se verá adiante.

### 3.2.4 Cena 2. O método CRT em ação: O treinamento da memória visuo-espacial, ou a indivisibilidade do sujeito no ato terapêutico?

Fazia aproximadamente um mês que eu assistia regularmente o treinamento neurocognitivo de Mlle. Cacoub, junto com Amélie, sua terapeuta de remediação cognitiva, formada no método-controle CRT. Durante este período, as sessões se desdobravam de uma maneira uniforme: a paciente geralmente chegava atrasada, acompanhada do seu pai, com a mesma falta de cuidado com a aparência e a higiene pessoal do início. Amélie se esforçava para criar sempre uma atmosfera amigável, interessando-se por sua vida, incentivando-a a progredir nos exercícios de treinamento cognitivo, felicitando-a a cada acerto, a cada pequena meta alcançada, por mais insignificante que esta parecesse.

Amélie me confessa que estava se apegando afetivamente a Mlle. Cacoub, que se sensibilizava com a sua condição pessoal, que desejava muito que, com a ajuda da remediação cognitiva, esta paciente pudesse atingir um maior nível de autonomia em sua vida. Entretanto, Amélie ressentia-se do fato de perceber que o emprego daquela técnica, isolada de um contexto de cuidados mais amplo, não fosse capaz de modificar sensivelmente o seu estado de imobilidade, de falta de iniciativa e de extrema dependência do cuidado dos seus familiares. Talvez esta técnica não fosse adaptada a uma paciente tão grave. *“Porque os seus pais estão ficando idosos. Imagine o dia em que eles morrerem? O que será desta paciente? Vai acabar possivelmente em um asilo. Talvez, o melhor fosse encaminhá-la para um hospital-dia, para que ela pudesse entrar em programas de aquisição de habilidades sociais, tornar-se mais autônoma, mais independente”*.

A preocupação de Amélie com Mlle. Cacoub, após aproximadamente um mês de treinamento neurocognitivo, expressava ao menos duas coisas, não previstas pelos artifícios retóricos que cercavam o protocolo de pesquisa para a validação da THERECS. Em primeiro lugar, se em um nível estatístico, como aquele visado nos ensaios clínicos, estas técnicas poderiam provar a sua eficácia sobre a modificação da performance cognitiva de uma amostra significativa de pacientes, em um nível individual elas talvez não fossem adaptadas às necessidades reais de todo tipo de sujeito. Isto apontava para a tensão existente historicamente entre o que uma psiquiatria baseada em evidências preconizava e o que se encontrava individualmente em cada caso clínico, com suas especificidades e necessidades individuais. Em segundo lugar, observava-se o desenvolvimento progressivo de um laço terapêutico afetivo, não previsto, nem teorizado pelas técnicas de remediação cognitiva, que se passou a

constatar posteriormente em todos os casos acompanhados. Neste sentido, se o treinamento de funções cognitivas infra-conscientes era o objetivo explícito destes programas, um trabalho terapêutico paralelo, imprevisto, era ali desenvolvido. Este era baseado no plano dos afetos, no interesse que Amélie devotava pela vida desta paciente, e no prazer que Mlle. Cacoub começava a sentir ao vir regularmente para as sessões de remediação cognitiva. Ali, em Sainte Anne, esta paciente encontrava um motivo para sair de casa, para fazer uma atividade regular, para se encontrar com uma pessoa interessada em sua vida, disposta a lhe incentivar, a lhe felicitar toda a vez que ela acertava um exercício. Que efeito isto poderia ter sobre o seu estado? Se, em teoria, estávamos treinando separadamente funções cognitivas responsáveis pelo processamento de informações segundo regras lógicas (isto é o que seria medido ao final do protocolo de pesquisa), na prática, era a totalidade de uma pessoa que estava em jogo, com todas as suas inscrições sociais, e o desenvolvimento de um laço terapêutico afetivo, como em qualquer outro tipo de trabalho psicoterápico. Este tipo de variável não poderia ser inteiramente isolada em um ensaio clínico controlado aplicado a uma patologia mental, nos moldes deste protocolo de pesquisas observado.

Porém, junto com o tratamento do todo, treinava-se também as partes separadas da mente disfuncional destes pacientes, com finalidades muito precisas. E, neste dia, eu iria acompanhar um exercício para o treinamento da memória visuo-espacial de Mlle. Cacoub. Amélie lhe mostra uma folha contendo quatro retângulos [Ver figura 15, abaixo]. Nos dois retângulos situados à esquerda da folha, se observava pontos ligados por linhas, formando figuras geométricas. Já nos retângulos situados à direita, via-se apenas os pontos, sem qualquer traço que os unisse, ou produzisse formas. A neuropsicóloga explica à paciente que a sua tarefa inicial seria observar com atenção os retângulos da esquerda, tentando memorizar ao máximo os detalhes das formas geométricas formadas pelas linhas que uniam os pontos. Em um momento posterior, Mlle. Cacoub teria que reproduzir estas formas nos retângulos da esquerda, ligando os seus pontos. Ela concede alguns segundos à paciente para o trabalho de memorização, esconde esta folha e, em seguida, antes de pedir que ela reproduzisse as figuras nos retângulos da esquerda, Amélie exhibe uma outra folha de exercícios contendo diversos símbolos, divididos em duas seqüências: três símbolos à esquerda e cinco à direita. [Ver figura 16]. Nesta segunda tarefa, Mlle. Cacoub deveria dizer, dentre as opções A, B, C, D, E, à direita, qual símbolo representaria o maior grau de similaridade com a seqüência das três formas situadas na parte esquerda da folha.

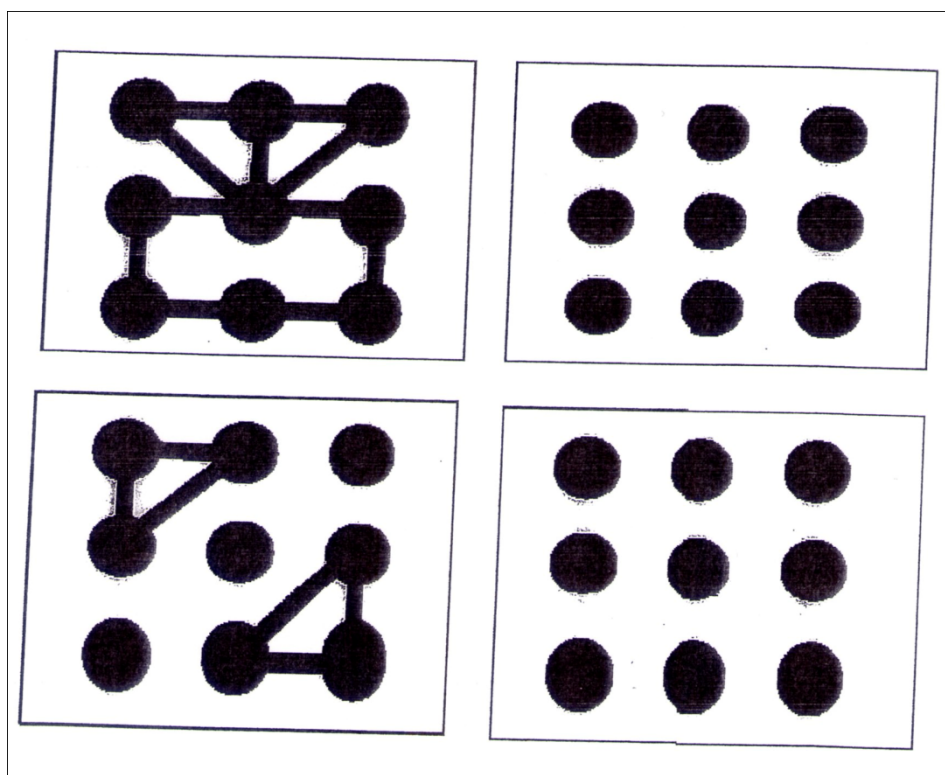


Figura 15: exercício integrante do método CRT de remediação cognitiva.

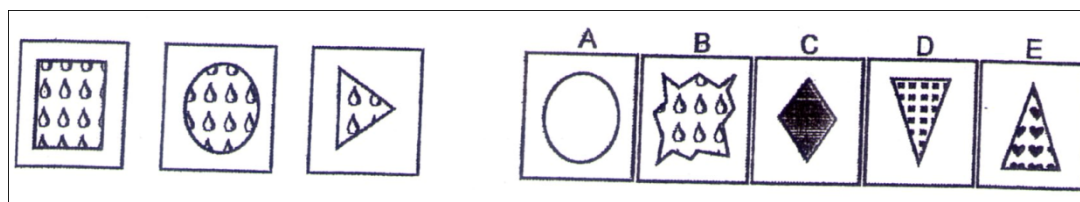


Figura 16: continuação do exercício da figura 15.

- Diga para mim, então, Mlle. Cacoub, qual imagem da direita possui traços em comum com as imagens da esquerda [figura 16].

*A imagem B.*

- E o que você achou como ponto em comum entre elas?

*As gotas d'água desenhadas no interior dos símbolos se repetem na figura B.*

- Muito bem, Mlle. Cacoub! Parabéns! a sua resposta está 100% correta! E você nem hesitou na sua resposta. Muito bem!

O objetivo da execução deste exercício era duplo: em primeiro lugar, ele serviria para gerar um estímulo intermediário entre a tarefa de memorizar as formas geométricas da

figura 15 e a sua reprodução, que seria demandada logo a seguir. Isto dificultaria o trabalho de memorização das formas, pois introduziria uma latência temporal, além de distrair o indivíduo com uma tarefa distinta, que mobilizaria outras funções. Em segundo lugar, este exercício serviria como treinamento das funções cognitivas responsáveis pela geração de analogias, ou pelo raciocínio lógico. Este tipo de habilidade era da mesma natureza dos testes neuropsicológicos administrados por Élodie, expressos nas figuras 11, 12 e 13.

A neuropsicóloga Amélie torna então a exibir a folha de exercícios anterior [figura 15], porém omitindo os retângulos da esquerda, que continham pontos ligados por linhas que formavam figuras geométricas. De modo que a paciente permanecia apenas diante dos dois retângulos situados à direita, formados unicamente pelos pontos. Amélie pede, então, à Mlle. Cacoub que desenhe sobre os pontos as linhas que formariam as figuras geométricas contidas nos retângulos omitidos da esquerda. Para tanto, ela deveria utilizar a sua memória visuo-espacial. A paciente hesita, olha para os pontos e, tentando se lembrar das figuras, começa a traçar as linhas. Amélie a observa em silêncio. Após alguns instantes, a paciente anuncia que havia terminado o exercício. A neuropsicóloga e eu constatamos que as figuras traçadas por Mlle. Cacoub estavam longe de corresponder à resposta correta para o exercício. Amélie, para não desencorajá-la, elogia a sua performance, dizendo:

- Está muito bom o que você fez, Mlle. Cacoub. Foi uma boa tentativa. Mas como você pode notar nos retângulos da direita [*Amélie mostra a folha original, com os modelos*], está ainda um pouco diferente da resposta correta.

*Eu fracassei? [j'ai raté ?]*

- Não, está muito bom, por enquanto! O único problema é que eu ainda não havia te ensinado uma estratégia para que você memorizasse mais facilmente as formas que você deveria reproduzir. Mas agora você vai ver como tudo vai ficar mais fácil. Esta estratégia vai permitir que você guarde durante muito mais tempo as informações visuais que você vir na sua vida cotidiana.

*Muito bem.*

- A estratégia é a seguinte: você, no momento em que estiver olhando para as figuras, vai me descrever oralmente tudo aquilo que estiver vendo, nos mínimos detalhes, ok? Vamos lá. O que você vê no retângulo de cima?

Vejo um triângulo desenhado de ponta-cabeça e um retângulo, logo em seguida, em baixo.

- Muito bem, Mlle. Cacoub! Vamos decompor a figura em duas partes para facilitar o trabalho de memorização. Podemos, então, dizer que se trata de uma figura composta de duas partes: na parte de cima, como você disse, há um triângulo desenhado de ponta-cabeça. Mas, além disto, o que há neste triângulo?

Ele é preto e está colado no retângulo.



- Sim, o seu contorno é preto, muito bem. Também concordo que ele esteja colado no retângulo. Mas o que há, além disto? Olhe bem para o triângulo.

Há uma linha que o divide ao meio, verticalmente.

- Exatamente, Mlle. Cacoub! Muito bem! Era isto que eu queria que você dissesse. Esse triângulo é dividido em dois por uma linha vertical. Esta seria então a primeira parte da figura. E qual seria a segunda parte da figura?

Um retângulo, na parte de baixo.

- Muito bem! Então, decompondo o raciocínio em duas partes, teríamos um triângulo de ponta-cabeça, cortado por uma linha vertical, na parte de cima. E um retângulo, na parte de baixo. Agora, então, se eu esconder a figura, você seria capaz de reproduzi-la para mim?

Sim, eu acho que sim.

De fato, após o ensino desta técnica mnemônica de verbalização, a paciente não teve mais dificuldades para se lembrar das figuras geométricas formadas por pontos unidos por linhas. De acordo com Amélie, a paciente compensaria o seu déficit de memorização visuo-espacial com técnicas de memorização verbal. Durante vários minutos, exercícios parecidos eram propostos e as taxas de acerto de Mlle. Cacoub cresciam sensivelmente devido à utilização da simples estratégia de verbalização das figuras e da decomposição do exercício em partes. A cada acerto, Amélie a felicitava vivamente. Tudo passava a impressão de que se progredia, à medida que estratégias de correção dos déficits do processamento de informação eram ensinadas. Mlle. Cacoub regozijava-se a cada vez que conseguia executar corretamente um exercício proposto, e Amélie ficava contente de poder trazer algum benefício a esta paciente, considerada como grave por toda a equipe de pesquisa.

Ao longo de 14 semanas, acompanhou-se o percurso de Mlle. Cacoub nesta pesquisa. Durante este período, pôde-se ver em que consistia o método CRT de remediação cognitiva, desenvolvido especialmente para tratar dos déficits do processamento de informação de pacientes com esquizofrenia. A cada sessão, um novo exercício para treinar uma função distinta era proposto: se pedia para barrar letras do alfabeto embaralhadas [ver anexo B, no quadro de anexos, ao final da tese], para executar tarefas de rotação mental de figuras geométricas [ver anexo C], para se identificar a quantidade de objetos geométricos amontoados uns sobre os outros [ver anexo D], ou a quantidade de figuras superpostas umas sobre as outras [ver anexo E].

À medida que acompanhava este método, partilhava com Amélie um certo ceticismo quanto à possibilidade deste tipo de treinamento cognitivo ter um impacto real sobre a vida quotidiana daquela paciente. Como me confidenciou, certa vez, a jovem neuropsicóloga: “É verdade que ela tem feito muitos progressos na execução dos exercícios. Isso me deixa em parte satisfeita. Mas qual a importância de produzir uma campeã de exercícios de rotação mental de figuras geométricas? O que isto tem a ver com a sua vida real?”. De fato, parecia faltar um elo na cadeia que ligava o treinamento neurocognitivo desta paciente à sua vida quotidiana. Por mais que autores importantes, como Michael Green (1996; 2000), afirmassem que os déficits cognitivos seriam as principais causas das dificuldades destes tipos humanos para atingirem uma vida autônoma, e outros autores, como Reeder et al. (2000) afirmassem o papel positivo do método CRT na melhora dos índices de performance social dos pacientes, o caso de Mlle. Cacoub não parecia fornecer evidências plausíveis para este tipo de afirmação. Dada a complexidade da vida social e o caráter básico das funções cognitivas treinadas, ficava difícil estabelecer uma cadeia causal que unisse um extremo ao outro. Estes dados eram apresentados na forma de correlações estatísticas, e não a partir do isolamento de variáveis e da determinação de mecanismos precisos de funcionamento.

Entretanto, após aproximadamente dois meses de remediação cognitiva, um evento novo ocorreu. Pela primeira vez, desde o seu contato inicial com a equipe de Sainte Anne, Mlle. Cacoub passou a vir sozinha às sessões, desacompanhada do seu pai, que a trazia regularmente de carro. Levando-se em conta a distância do trajeto da sua residência até Sainte Anne, e a complexidade daquele itinerário de viagem (ela deveria tomar um ônibus, um trem suburbano e fazer uma conexão para uma linha de metrô de Paris), este acontecimento foi encarado como um feito quase heróico pela equipe de pesquisa. Para alguns, como Maëlle, este evento seria a prova da eficácia do método CRT no treinamento das funções executivas da paciente, que envolviam o planejamento, o encadeamento e a execução de uma série de ações, com vistas à aquisição de um fim preciso. No entanto, como determinar causalmente o efeito daquele programa de remediação cognitiva sobre esta ação inédita desencadeada na vida daquela paciente? Como eliminar fatores como: a relação terapêutica estabelecida entre Amélie e Mlle. Cacoub, baseada na criação de uma atmosfera pautada pelo incentivo constante, felicitações aos menores acertos nos exercícios, o interesse real por sua vida; a criação de uma rotina na vida desta paciente, em que ela era compelida a sair de casa duas vezes por semana, para realizar uma atividade inteiramente dedicada à promoção de efeitos em seu quotidiano; a vontade genuína de Amélie para que esta paciente apresentasse signos de melhora efetiva...? Fatores imprevisíveis como estes, que pertenciam ao vocabulário das

razões para uma ação (e não das suas causas) poderiam ser multiplicados indefinidamente, o que demonstrava a dificuldade de se isolar variáveis quando o que está em jogo é a complexidade da descrição do comportamento humano. Em se tratando da medicina mental, se em um protocolo de pesquisas é possível fazer uso de artifícios retóricos que dividem um sujeito em compartimentos distintos, como no caso da divisão das funções cognitivas na execução de ações práticas, em uma atividade terapêutica é sempre o sujeito em sua totalidade que comparece à cena. A dúvida com relação ao que havia motivado a mudança de comportamento de Mlle. Cacoub mostrava que a descrição de uma ação humana complexa não pode ser inteiramente naturalizada, isto é, descrita segundo uma série causal determinista, sem levar em conta a descrição do contexto e a rede de motivos e razões que impele um sujeito a agir de um determinado modo, e não de outro.

Restava ainda saber em que consistia o programa THERECS, razão de ser deste estudo. Que diferenças poderia ele exibir para o método-controle CRT? O que se supunha como uma vantagem em relação a este último?

### 3.2.5 O programa THERECS em ação: A lógica do avanço progressivo nos exercícios

Anne é uma enfermeira de 48 anos, que trabalha há aproximadamente 25 anos na psiquiatria pública francesa. Antes de ser convidada a participar desta pesquisa, esta profissional integrava um *Centre Médico-Psychologique*<sup>131</sup> de Paris ligado institucionalmente ao centro hospitalar Sainte Anne. É a primeira vez em sua vida que esta enfermeira experiente faz parte de uma equipe de pesquisa. Assim como a jovem neuropsicóloga Amélie, Anne nunca havia escrito um artigo científico em sua vida e, neste sentido, permanecia alheia a todo e qualquer interesse político e institucional que uma equipe de pesquisa carrega necessariamente consigo para a manutenção e expansão das suas atividades. Seu saber era eminentemente prático, encarnado, advindo dos longos anos de experiência que acumulou no trabalho diário com pacientes em instituições públicas de atenção psicossocial.

Sua formação no programa THERECS se deu a partir da leitura do “manual do terapeuta” e de observações *in situ* de algumas sessões com uma outra terapeuta da equipe, já formada anteriormente neste método. Em uma conversa informal, Anne confia que, ao

---

<sup>131</sup> Um *Centre Médico-Psychologique*, ou CMP, é uma estrutura extra-hospitalar pública, especializada em cuidados psiquiátricos, onde são desenvolvidas atividades terapêuticas diversas, como oficinas, grupos e sessões de psicoterapia. Seu modo de funcionamento se aproxima ao dos *Centros de Atenção Psicossocial* implantados no Brasil.

longo da sua formação, ela, na posição de enfermeira, achou muito difícil manipular os conceitos neuropsicológicos com os quais iria trabalhar dali em diante. A tecnicidade de termos como “atenção seletiva”, “funções executivas”, “memória de trabalho”, etc. estava distante da sua formação inicial de enfermeira, o que lhe demandou investimento e estudo intenso desde que entrou para esta equipe de pesquisas. Depois de um certo tempo, Anne deu-se conta de que a cognição dos pacientes sempre esteve, de alguma forma, entre as suas preocupações nas instituições em que trabalhou, mesmo que ela não se desse conta disto explicitamente. Ela se lembra, por exemplo, de uma época em que coordenava um atelier de leitura de jornais com grupos de pacientes com esquizofrenia. O objetivo era que cada paciente fosse capaz de ler e compreender um determinado artigo de jornal para, em seguida, discutir o seu conteúdo com o restante do grupo. Entretanto, relata Anne, mesmo que este tipo de atividade trabalhasse indiretamente algumas funções cognitivas destes sujeitos, como a memória, a atenção e o raciocínio, o objetivo principal deste atelier era criar um ambiente de socialização, em que os pacientes pudessem conversar sobre os acontecimentos principais da atualidade, através de reportagens e artigos.

Hoje em dia, que tenho uma formação de terapeuta em remediação cognitiva, o meu olhar para este tipo de atividade seria um pouco diferente. Eu estaria muito mais preocupada em notar o que cada paciente reteve e compreendeu da sua leitura... Eu também pensaria em utilizar estratégias, ou técnicas para facilitar o trabalho dos pacientes, como, por exemplo, dividir a leitura em partes, ou parágrafos. Desta forma, seria mais fácil ter um maior aproveitamento das informações lidas.

O depoimento da enfermeira Anne expressa o modo como o contato com o arsenal de práticas e discursos sobre a esquizofrenia, naquele ambiente de pesquisa de Sainte Anne, era capaz de produzir nos profissionais um novo olhar sobre esta categoria. Este novo olhar, por sua vez, fruto de uma nova descrição, era lançado não apenas em direção ao passado, ressignificando-o, mas apontava também para um novo modo de lidar daí em diante com os pacientes. Neste novo modo de cuidar, a noção de performance cognitiva estava no centro da cena terapêutica.

Anne relata que gostaria de se especializar cada vez mais na remediação cognitiva, talvez integrando o futuro *Centro de Remediação Cognitiva do Paciente Esquizofrênico e Transtornos Aparentados*, cuja fundação estava nos planos da equipe coordenada por Maëlle. De acordo com o seu relato, o ambiente de trabalho naquela unidade de pesquisa era muito mais calmo do que nas instituições puramente clínicas onde trabalhou. Em primeiro lugar, esta calma era promovida pelo tipo de paciente selecionado para o estudo: estes apresentavam um nível de organização e estabilidade sintomática muito superior ao dos pacientes que

integravam as estruturas clínicas onde trabalhou anteriormente. Como na pesquisa era possível recrutar um espectro amplo de pacientes, que ia das descrições clássicas da categoria de esquizofrenia, até as suas formas mais brandas (os chamados transtornos aparentados, como transtorno esquizo-afetivo, o transtorno de personalidade esquizotípica e o transtorno de personalidade esquizóide<sup>132</sup>), grande parte dos sujeitos não apresentava qualquer sintoma positivo (delírios e alucinações), nem a desorganização do pensamento que se observava, por exemplo, em Mlle. Cacoub, considerada como um dos sujeitos mais graves do estudo. Em sua maioria, eram pacientes diagnosticados sobretudo com base na exibição dos sintomas negativos desta categoria clínica, como a falta de motivação para realizar atividades cotidianas, o embotamento afetivo e a dificuldade para criar laços sociais para além do seu círculo familiar restrito. O que os unificava era basicamente a presença dos déficits cognitivos, medidos pelas baterias de testes neuropsicológicos. Nas palavras de Anne,

Aqui, os pacientes têm muito mais recursos do que os pacientes que encontramos nos CMPs. Eles são mais jovens, em geral, porque a pesquisa assim o exige. Eles estão estabilizados. Eles estão na maior parte do tempo em CATs, cursando um BTS, a universidade, estudando para concursos, ou até mesmo trabalhando em um local 'normal'.<sup>133</sup>

Além da estabilização dos pacientes, Anne relata que o fato de o trabalho com o programa THERECS ser desenvolvido individualmente (em instituições, Anne coordenava grupos terapêuticos), facilitaria o acompanhamento personalizado das dificuldades de cada paciente.

Neste dia, chego para observar a participação no programa THERECS de Mr. Lépage, um jovem de 20 anos, extremamente magro, que carregava em seu semblante uma expressão uniforme, sem variações, ou tonalidades afetivas diversas. Foi indicado para esta pesquisa por seu psiquiatra, que viu na remediação cognitiva uma boa forma de prepará-lo para um grande desafio que estava por vir dentro em breve: o início de uma faculdade de artes visuais. Esta era a segunda vez que ele tentava começar um curso universitário. Chegou a iniciar uma faculdade de arquitetura, havia três anos, mas esta experiência não durou mais do que 3 semanas. Ele credita o abandono precoce da faculdade ao fato de ter sentido muita ansiedade para se socializar com os outros alunos, em um ambiente novo, muito diferente do

---

<sup>132</sup> Para uma definição mais detalhada destas categorias, ver sua descrição clínica no DSM-IV-TR, *American Psychiatric Association*, 1994.

<sup>133</sup> CAT é um acrônimo para *Centre d'Aide par le Travail*, que consiste em um conjunto de estruturas protegidas onde portadores de uma patologia mental podem desempenhar uma atividade profissional remunerada. Ver o site disponível em: <http://www.cat-unapei.org/>. Acesso em Nov. 2010. Já a sigla BTS equivale a *Brevet de Technicien Supérieur*, curso técnico reconhecido nacionalmente que engloba diversas disciplinas e prepara diretamente o estudante para a entrada no mercado de trabalho.

pequeno colégio onde terminou os seus estudos secundários. Nesta época, sentiu fortes crises de angústia que o impediram de freqüentar o ambiente universitário e viu-se bloqueado para realizar os trabalhos acadêmicos pedidos pelos professores. Em poucas semanas, tomou a decisão de simplesmente não mais freqüentar o curso. Concomitantemente a este abandono, passou um mês inteiro trancado em seu quarto, sem conseguir se levantar para realizar atividades quotidianas básicas, como tomar banho, ou comer à mesa. Foi justamente nesta época que os seus “problemas explodiram”, como ele mesmo se referiu à sua primeira grande crise que o levou ao mundo da medicina mental. Foi hospitalizado pela primeira vez, onde permaneceu internado por 3 meses. Depois deste episódio, no ano seguinte, foi hospitalizado duas outras vezes. No início, obteve um diagnóstico de depressão e foi tratado com antidepressivos e ansiolíticos, que, segundo Mr. Lépage, não tiveram qualquer efeito sobre o seu estado. Em sua última internação, em Sainte Anne, o seu atual psiquiatra reviu o seu diagnóstico e o categorizou como fazendo parte do espectro da esquizofrenia, com a predominância de sintomas negativos. Passou, então, a ser medicado com clozapina, um neuroléptico de segunda geração. Desde então, relata sentir-se estável, ao ponto de conseguir fazer planos para o futuro, como iniciar um novo curso universitário.

Mr. Lépage é um jovem oriundo de uma família parisiense de classe média alta, filho de um engenheiro bem-sucedido e de uma dona de casa. Após o conselho de um psiquiatra, seu pai concordou em alugar para ele um pequeno apartamento conjugado, no mesmo bairro onde moravam, para que este jovem pudesse desenvolver uma vida mais autônoma, mais responsável, aprender a cuidar de si sozinho. Acreditava-se que esta independência poderia ser importante no seu processo de recuperação. Em seu quotidiano, Mr. Lépage permanecia a maior parte do tempo em casa, seja na internet, seja assistindo filmes e séries de televisão. Quando não almoçava na casa dos seus pais, alimentava-se de comida congelada. Relatou, em uma entrevista, que chegou a ficar vários dias sem se alimentar direito, beliscando biscoitos, castanhas e outros *snacks* do gênero. Diz que não se ocupa dos afazeres domésticos com muita freqüência (como fazer faxina, lavar roupa, cozinhar, fazer compras, etc.), mas que prefere morar sozinho a morar com a sua família. Como estava em um estado de inatividade durante muito tempo, seu psiquiatra recomendou o seu encaminhamento para esta pesquisa. Isto serviria como uma maneira de colocá-lo em forma, ativar a sua cognição e criar uma rotina, preparando-o para o início das suas atividades acadêmicas.

A técnica THERECS, diferentemente da técnica CRT, utiliza como suporte terapêutico um *software* desenvolvido pela equipe de Lausanne. Distanciando-se dos exercícios com papel e caneta empregados pela CRT, as sessões da THERECS se dão em face

de um computador. Uma outra diferença distingue as duas técnicas: se o programa CRT prevê três módulos de treinamento (flexibilidade mental, memória e planificação), o programa THERECS, no âmbito desta pesquisa, se concentraria apenas sobre um módulo, a ser escolhido entre os cinco que o compõem, em função dos resultados obtidos na bateria de testes neuropsicológicos (raciocínio, memória verbal, atenção visuo-espacial, memória de trabalho, atenção seletiva). O módulo escolhido para Mr. Lépage englobava exercícios para o treinamento da memória verbal.

No dia em que o conheci, este jovem paciente estava na segunda sessão para o treinamento da sua memória verbal, com o auxílio de Anne e do *software* “Palavras, onde estão vocês?” [*Mots, où êtes-vous ?*], integrante da série de exercícios que compunham o programa THERECS. O exercício consistia em uma espécie de grade, onde palavras diversas apareciam em posições diferentes, de maneira sucessiva, ao longo de um determinado intervalo tempo [ver figuras 17 e 18]. Dizia-se ao paciente para tentar memorizar essas palavras e a sua posição na grade, feito um “jogo da memória”.

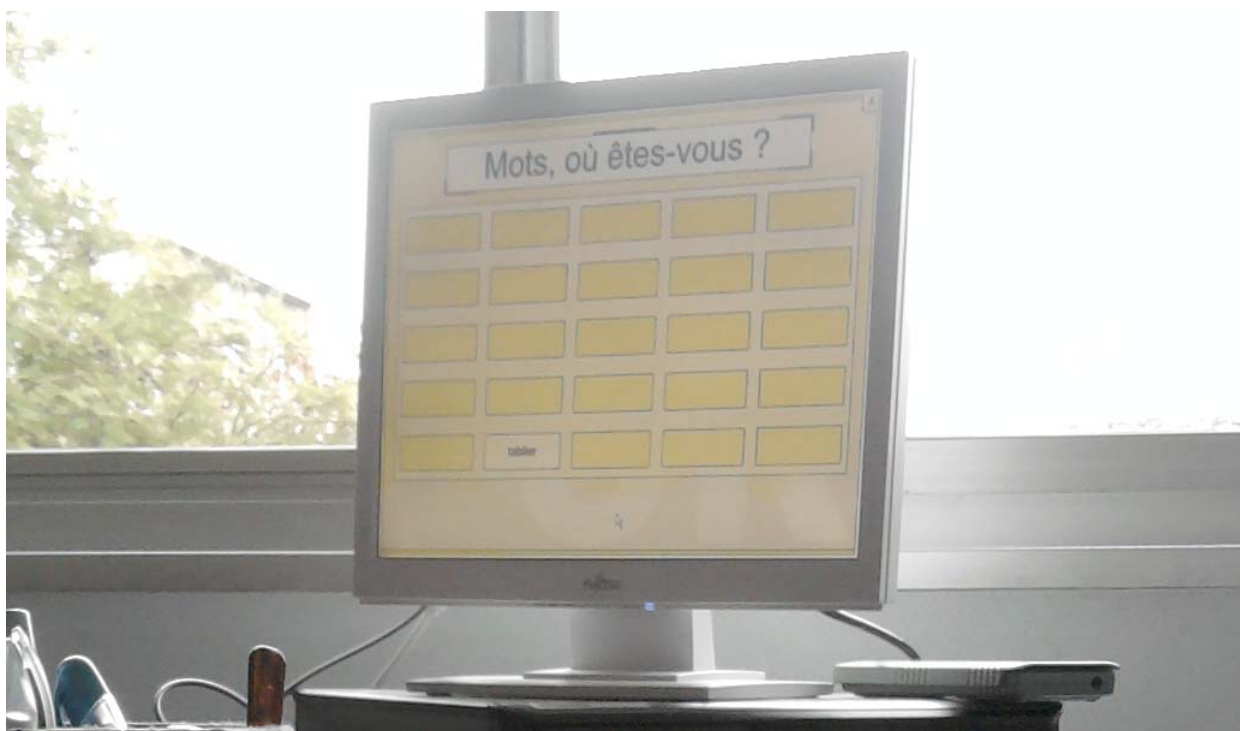


Figura 17: Exercício “Mots, où êtes-vous ?”, integrante do método THERECS de remediação cognitiva.

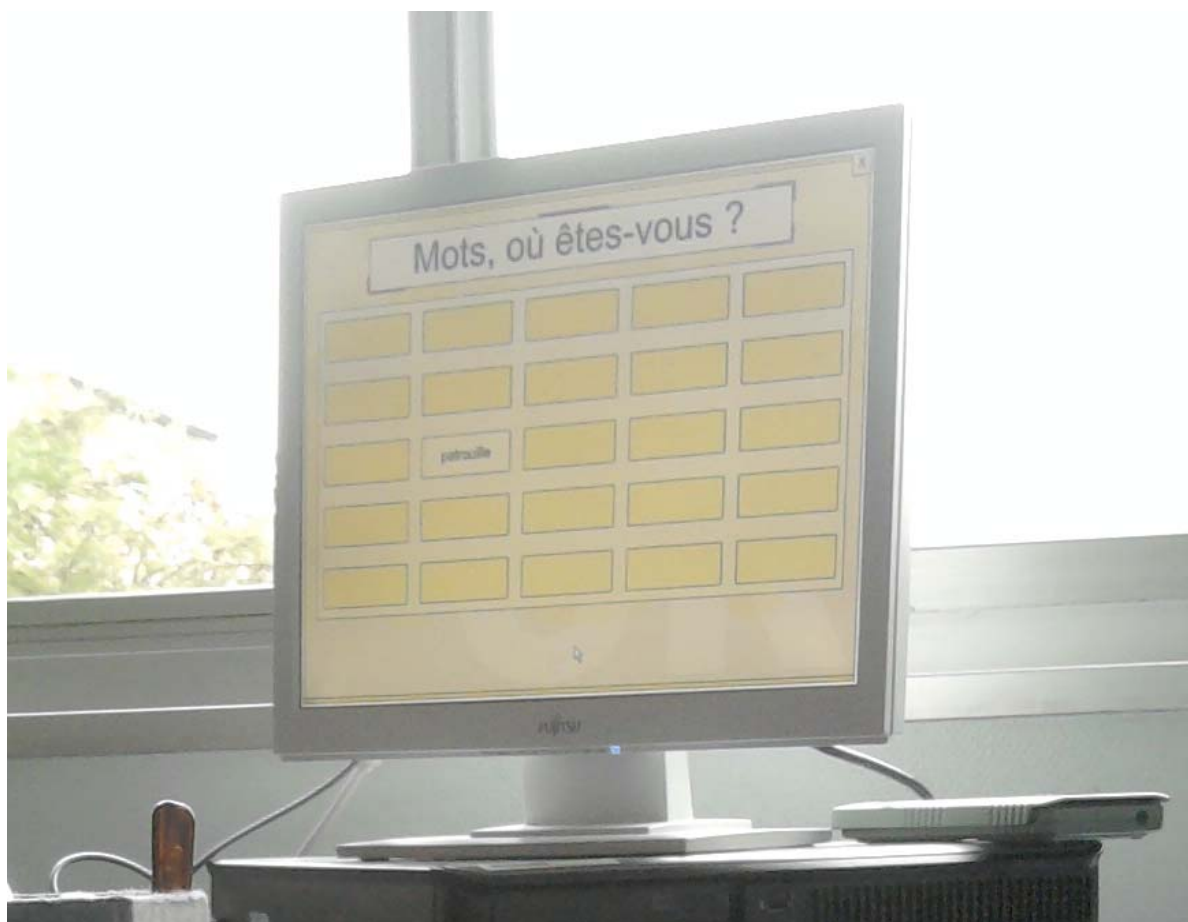


Figura 18: Continuação do exercício “Mots, où êtes-vous ?”.

Em seguida, após a exibição desta grade, era sugerida ao paciente uma série de palavras em seqüência [figura 19]. Metade desta série correspondia às palavras exibidas anteriormente na grade, a outra parte ocupava a função de gerar estímulos falsos, para distrair a sua atenção. Sua tarefa, nesta etapa, seria distinguir as palavras corretamente memorizadas dos estímulos falsos, ou distratores. Assim como em outros exercícios de remediação cognitiva, este tipo de tarefa intermediária teria a função de dificultar a execução da tarefa principal, isto é, de aumentar a lacuna temporal para a memorização de informações, ou obrigar o paciente a gerir múltiplos estímulos, diferenciando as informações relevantes das irrelevantes.



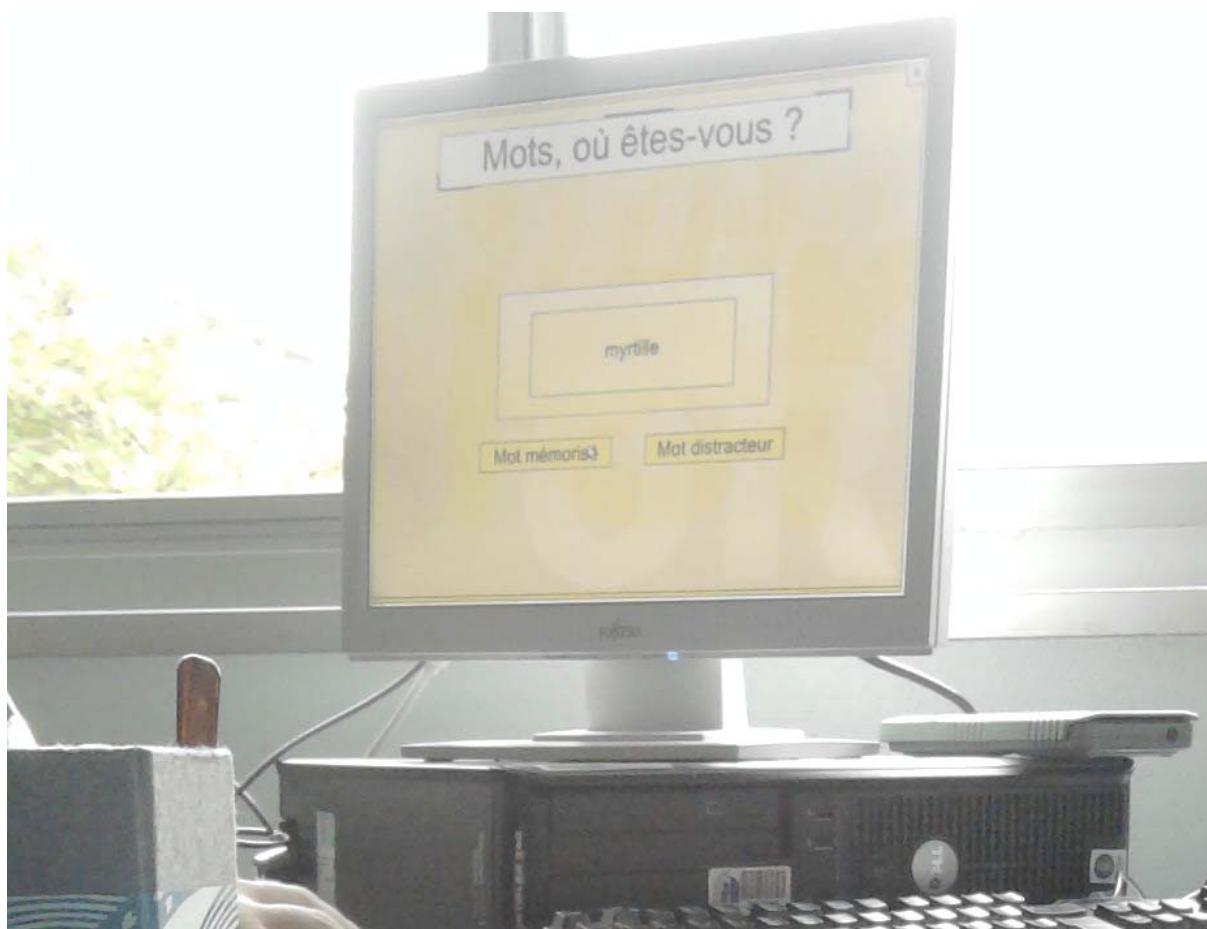


Figura 19: Continuação do exercício “Mots, où êtes-vous ?”.

Na seqüência, finalmente se apresentava ao paciente uma grade semelhante à original. A tarefa de marcar aquilo que foi efetivamente memorizado era decomposta em partes. Primeiro, lhe era pedido que indicasse o local da grade em que cada palavra apareceu originalmente. Isto era feito pela utilização do *mouse* do computador, clicando em cima das casas correspondentes. Logo abaixo da grade, uma barra preta se expandia em uma velocidade contínua, indicando o correr do tempo (que era limitado) para a realização da tarefa [Ver figura 20].

Diferentemente de uma sessão de psicoterapia, onde palavras são trocadas entre terapeutas e pacientes, a realização deste tipo de tarefa se dava em silêncio, em uma interação dual entre Mr. Lépage e o computador. O papel de Anne, durante a execução dos exercícios, era tão somente o de observar os erros e dificuldades dos paciente para, ao final, discutir os resultados e propor estratégias de otimização da performance individual nos exercícios.

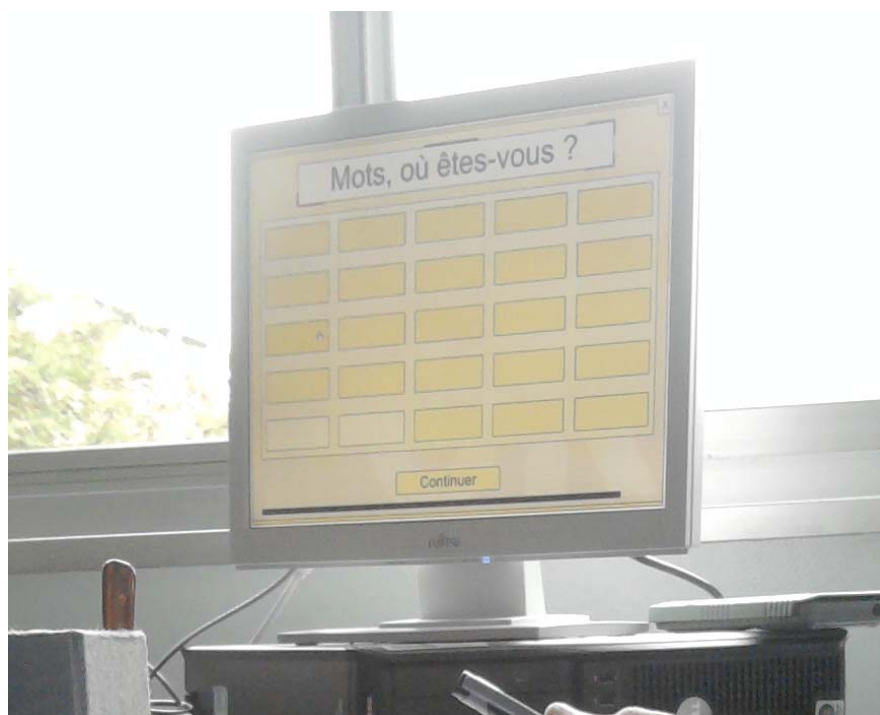


Figura 20: Continuação do exercício “Mots, où êtes-vous ?”.

Uma vez indicada a posição das palavras originalmente exibidas na grade, era mostrada ao paciente a lista de palavras por ele selecionada na figura 18, e lhe era pedido para colocá-las nos seus lugares correspondentes, conforme apareceram em seqüência, no início do exercício [ver Figura 21, abaixo].

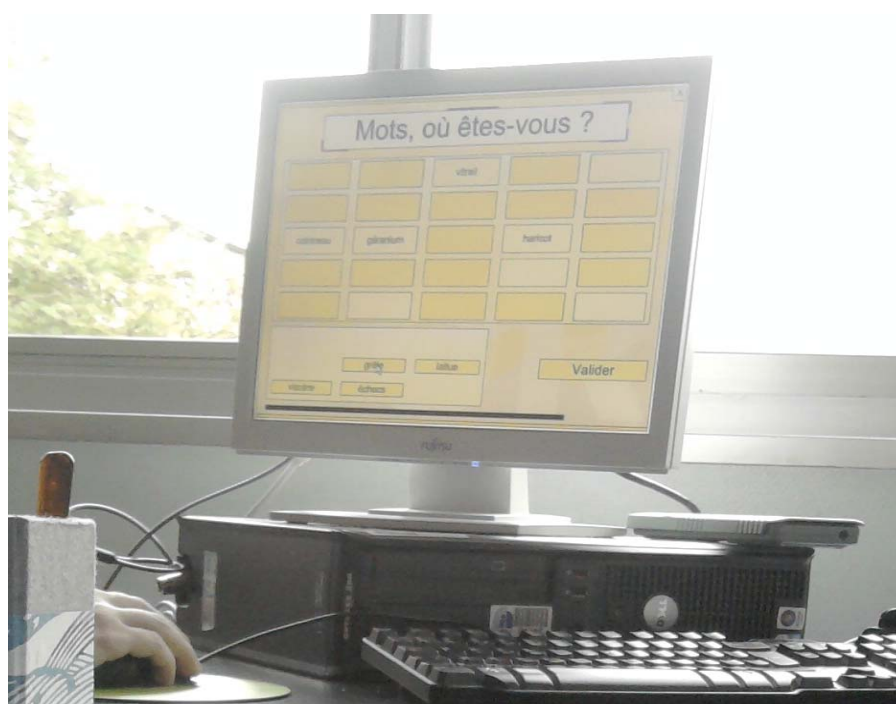


Figura 21: Continuação do exercício “Mots, où êtes-vous ?”.

Uma das novidades do programa THERECS com relação ao método CRT era a sua estruturação em níveis de dificuldade crescente, com regras claras para a passagem de nível. Cada exercício contava com 10 níveis de dificuldade progressiva. Para que um paciente pudesse aceder a um nível superior era necessário que ele acertasse por duas vezes consecutivas todas as respostas demandadas em seu nível atual. No caso do exercício “Palavras, onde estão vocês?”, por exemplo, a progressão da dificuldade dos exercícios se dava em função do aumento do número de palavras a memorizar e da diminuição do tempo disponível para a realização da tarefa.

Esta era a segunda sessão de treinamento de Mr. Lépage no exercício “Palavras, onde estão vocês?”. A enfermeira Anne estava impressionada com a ótima performance deste jovem paciente na última sessão. Em apenas 1 hora de treinamento, ele tinha conseguido chegar ao nível 8 do exercício. Neste nível, Mr. Lépage deveria ser capaz de memorizar uma seqüência de 8 palavras, distingui-las dos falsos estímulos, e localizar a sua posição na grade. O jovem paciente executa, então, o exercício, em silêncio, observado por mim e por Anne. Logo após a finalização de um exercício, uma tela é exibida, contendo os detalhes da sua performance no exercício, através do cálculo da porcentagem dos seus acertos nas três tarefas, bem como o seu tempo de execução [ver, como exemplo, a figura 22, abaixo].

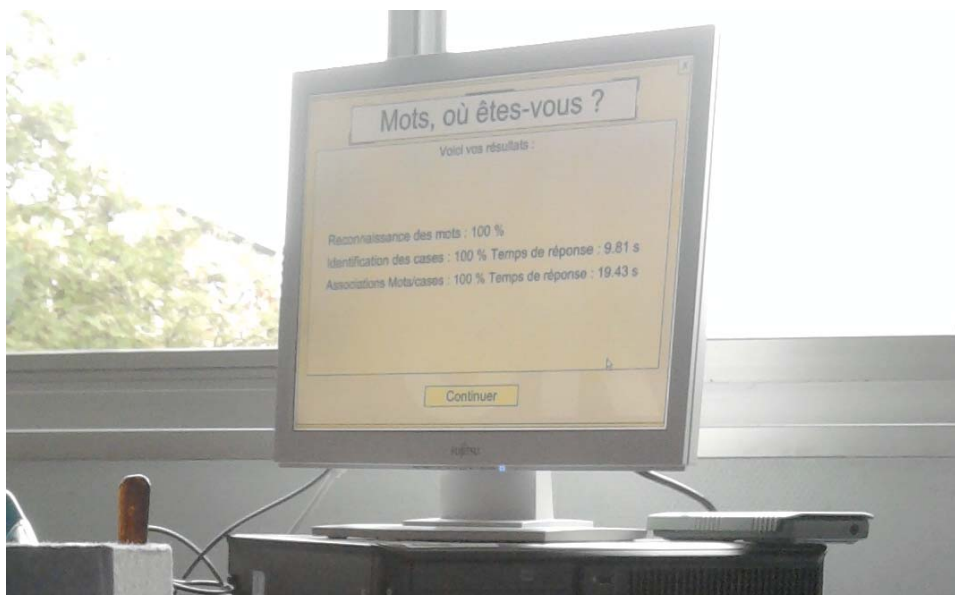


Figura 22: Continuação do exercício “Mots, où êtes-vous ?”.

No momento da exibição desta tela com a performance no exercício, o silêncio na sala é interrompido e os resultados são discutidos entre a terapeuta e o paciente. Mr. Lépage se adianta à Anne e começa a ler os resultados:

*Desta vez, na identificação das casas, tive um erro. E na associação Palavra-Casa, tive dois erros.*

- Você consegue se lembrar de onde você ficou em dúvida?

*Faltou-me uma casa a localizar. Isso eu me lembro. E na associação Palavra-Casa, acho que meus erros ocorreram no final.*

- Sim, o que eu observei é que todas as palavras localizadas na direita você conseguiu se lembrar bem, mas as da esquerda...

*Com 8 palavras fica sempre mais difícil.*

- E que estratégia será que poderíamos utilizar, neste caso? Talvez, aprofundar as que você emprega atualmente, com a diferença que existem agora 8 palavras.

*Não sei, talvez com a repetição eu consiga obter os 100%.*

- Visto que as seis primeiras palavras foram bem memorizadas, você poderia tentar prestar mais atenção nas palavras do fim, se concentrar mais sobre o a aparição das 2 ou 3 palavras do final.

*Ok. Muito bem.*

Apesar de ter ido muito bem na primeira sessão dedicada ao exercício, o nível de complexidade de memorização exigido no nível 8 impedia Mr. Lépage de aceder ao nível 9 do exercício. O restante da sessão se desenvolve de uma maneira uniforme: durante a execução do exercício, ouvia-se na sala apenas o clicar do *mouse* pelo paciente. Ao final de cada tentativa, se discutia e tentava entender o porquê da dificuldade de progressão no exercício. Anne buscava elaborar junto com o paciente estratégias de otimização, como uma melhor gestão do tempo na memorização de um bloco de palavras, tentar visualizar a posição das palavras na grade como se formassem um desenho geométrico, verbalizar as palavras a memorizar... Por mais que a sua performance no exercício fosse por vezes excelente, com taxas de 90% de acerto, somente com duas séries de 100% se poderia atingir o próximo nível. Após tentar o emprego de uma longa série de estratégias propostas em sessão, o paciente finalmente chega ao nível 9 do exercício, sendo por isto vivamente parabenizado por sua

terapeuta. A sessão termina com mais algumas repetições do exercício, sem que o paciente consiga novamente passar de nível. Ao final, para motivá-lo, Anne lhe felicita:

- Realmente, este é um exercício bem complexo, e você está sempre acima de 80%. Por isso, você merece minhas felicitações, mesmo que só tenhamos avançado 1 nível hoje. Eu estou muito satisfeita.

*E, ainda por cima, já estou no nível 9. É realmente muito duro.*

Ao final de uma sessão de treinamentos, como em todos os exercícios que compõem o programa THERECS, foi exibido um gráfico que continha a sua taxa de progresso nos exercícios, levando em conta a evolução nos níveis de dificuldade, a exatidão das respostas e a velocidade de execução das tarefas. [figura 23]. Isto permitia acompanhar de um modo objetivo e graficamente representável o desenvolvimento de cada paciente na realização dos exercícios. A discussão do conteúdo deste gráfico tinha a finalidade, seja de parabenizar o aprimoramento da performance no exercício proposto, seja de discutir a possibilidade de utilização de estratégias para aumentar as taxas de acerto.



Figura 23: Gráfico que exhibe a performance dos pacientes nos exercícios de remediação cognitiva do programa THERECS.

Da mesma forma que se fez com esta sessão de Mr. Lépage, acompanhou-se como observador participante uma série de outras sessões, com exercícios distintos, com pacientes diferentes. Talvez fosse redundante e cansativo para o leitor descrever cada um deles, suas

especificidades, e o seu modo de funcionamento interno. A descrição detalhada de uma sessão já é capaz de expressar a lógica implícita deste programa<sup>134</sup>.

Uma de suas características principais era a progressão nos exercícios, que dava a todos a impressão de que com o treino e a repetição, se estava realmente evoluindo no plano neurocognitivo. Isto deixava contentes terapeutas e pacientes. Os gráficos, ao final das sessões, permitiam ver com objetividade as taxas de acerto e a progressão da velocidade da execução das tarefas. Mas uma questão permanecia sem resposta exata: o que significaria, de fato, a progressão obtida em um exercício do programa THERECS? Seria um sinal de que as funções cognitivas dos indivíduos estavam sendo restauradas, como supunham as hipóteses que justificavam a existência deste protocolo de pesquisas? Ou significava simplesmente que, como em um jogo de *videogames*, os sujeitos aprendiam a fazer os exercícios, com a força da repetição e a incorporação das regras implícitas em cada um deles? Esta questão era de difícil resposta, mesmo para os terapeutas que aplicavam quotidianamente estas técnicas.

\*\*\*

Este mesmo tipo de questão se aplicava à melhora constatada nos testes neuropsicológicos, após as 14 semanas de treinamento cognitivo e 6 meses depois deste período. Como era facilmente constatável, o tipo de exercício proposto, seja pelo método CRT, seja pelo programa THERECS, se parecia em muito com as tarefas a serem executadas nas baterias de testes neuropsicológicos. Portanto, mesmo que geralmente se constatasse uma melhora significativa na performance dos pacientes nesta fase final de avaliação cognitiva (o que supostamente provava a eficácia dos programas de remediação cognitiva), restava ainda uma questão sem resposta: teriam estes pacientes realmente evoluído em funções como a memória de trabalho, a atenção seletiva e as funções executivas? Ou teriam eles simplesmente aprendido com eficácia como se faz um teste neuropsicológico, aplicando estratégias de associação por analogia, técnicas mnemônicas, entre outras regras aprendidas durante a sua participação no protocolo? Uma vez que estas funções não eram “coisas” observáveis, mas tão somente aquilo que estes testes neuropsicológicos eram capazes de medir, tal como *dispositivos de inscrição*, esta questão permanecia em aberto. Mesmo que se aplicasse questionários para avaliar o impacto destes programas sobre o funcionamento social quotidiano dos sujeitos, isto se dava de uma forma absolutamente qualitativa, sem que se

---

<sup>134</sup> Para aqueles que tiverem curiosidade, descrevo nos apêndices A e B da tese mais dois exercícios do programa THERECS.

pudesse isolar a infinidade de variáveis que interferem em um encontro terapêutico, tal como foi discutido no caso de Mlle. Cacoub. Esta avaliação paralela era acessória ao estudo, que se centrava sobre aquilo que se era capaz de medir, padronizar e transformar em curvas, gráficos, dados, etc.

A extrema formalidade dos exercícios de remediação cognitiva, levava a questionar a sua relação com as ações na vida quotidiana: que o que nos faz agir no mundo deriva de raciocínios lógicos, ou de um senso comum adquirido pelo nosso corpo, nossas instituições, nosso gosto por comida, nossa história natural, nossas atrações sexuais, nossa linguagem, e assim por diante? Não se estaria produzindo uma redução daquilo que produz uma ação no mundo, ao associar de uma forma linear déficits cognitivos e funcionamento social? Este tipo de fragilidade conceitual talvez ajudasse a compreender o porquê da necessidade de se criar uma grande rede, capaz de incluir um número enorme de pacientes no estudo (280). Esta amplitude fortaleceria os argumentos em favor destas técnicas, e as atacaria quanto a possíveis ataques de cepticismo quanto à sua validade.

De todo modo, independentemente da sua eficácia real (que não é o objetivo desta tese julgar), este conjunto de práticas e discursos possuía efeitos antropológicos na forma de se conceber e tratar o problema da esquizofrenia naquele ambiente. Esta categoria passava a ser vista pelo viés do déficit para processar informações de uma forma eficaz. Isto implicava em um modelo funcionalista de mente, e de uma concepção de tratamento que passava pela melhora, ou otimização, da performance cognitiva destes sujeitos. Mas seria mesmo este arsenal de práticas e discursos que circundava a equipe de Sainte Anne capaz de produzir um efeito sobre os pacientes, de modificar a sua auto-descrição? Mas que tipo de modificação, ou efeito, se constatava no conjunto de pacientes recrutados para o protocolo? O que significava remediar a própria cognição para esta população? Seria recalibrar as funções executadas pelo cérebro? Mas para quê, afinal? Com que finalidade prática? Em que contexto isto passava a ter valor em sua vida concreta?

### 3.3 Fatos e valores nos Programas de Remediação Cognitiva aplicados à esquizofrenia: dos “efeitos de *looping*” às pressões pela vida autônoma na cidade

Que tipo de impacto descrever a esquizofrenia como uma patologia neurodesenvolvimental, que teria como núcleo central déficits no processamento de informações provenientes do mundo externo, poderia ter sobre os sujeitos que participaram deste protocolo? De que modo estas descrições oriundas das neurociências cognitivas, juntamente com as práticas que elas deram origem, poderiam integrar o repertório narrativo de um *tipo humano*, classificado e tratado de uma determinada forma, com determinados fins? Em que sentido, seria possível falar na “produção de pessoas” [*making up people*], ao estilo de Ian Hacking, tendo como base a interação com este ambiente de pesquisa clínica observado? Mais ainda, de que maneira estas práticas e discursos poderiam abrir um novo horizonte de possibilidades na vida destas pessoas? Com que finalidades? Em que contexto?

A investigação deste tipo de questão se deu por meio do contato direto com os pacientes que se teve acesso ao longo dos 18 meses que se frequentou a unidade de pesquisas de Sainte Anne. Realizou-se entrevistas semi-estruturadas com esta população, com vistas a avaliar: as razões que os levaram a esta pesquisa; as suas expectativas com relação ao programa seguido; o impacto que aqueles discursos e práticas poderiam ter sobre sua forma de significar o seu pertencimento ao espectro da esquizofrenia; a utilização das estratégias aprendidas em sua vida cotidiana real, entre outras questões abertas que surgiam no curso de cada entrevista.

Como estratégia de escrita, se exporá de uma forma sucinta mais 5 casos de pacientes entrevistados, e/ou acompanhados ao longo do tempo nesta pesquisa. A rápida exposição destes casos individuais complementa a apresentação dos casos relatados ao longo desta terceira parte da tese, a saber, Mlle. Cacoub, Mlle. Guéant, Mr. Billard e Mr. Lépage. Em seguida, se tecerá comentários sobre algumas coincidências encontradas entre eles e sentidos comuns encontrados em seus depoimentos.



### 3.3.1 Mlle. Blanc.

Mlle. Blanc é uma mulher de 33 anos, pertencente à classe média francesa, indicada para a pesquisa por seu psiquiatra clínico. Seu contato com o mundo da medicina mental começou ainda no Liceu, quando esta paciente começou a sofrer de anorexia, acompanhada de períodos depressivos. Não queria perder peso para se adaptar a um padrão de magreza, como se observa em alguns destes casos, mas simplesmente tinha perdido o seu apetite. Depois de uma consulta com um clínico geral, foi indicada a um psiquiatra, que lhe prescreveu o uso diário de antidepressivos. Esta época coincidiu com o seu fracasso em obter a nota mínima no exame nacional de ingresso às universidades francesas (o *baccallauréat*, ou simplesmente ‘bac’). Diante deste fracasso, o seu estado depressivo piorou sensivelmente: passou a ter dificuldades para se levantar da cama ao acordar, para executar atividades básicas, como tomar banho, além de sofrer de fortes crises de angústia. Nesta ocasião, foi hospitalizada pela primeira vez. Dada a gravidade da sua crise, permaneceu internada por 5 meses inteiros. Esta hospitalização selou de uma vez por todas o início de uma “carreira moral” (GOFFMAN, 1968, p. 177-201) no mundo da psiquiatria. Porém, distintamente das “carreiras morais” descritas por Goffman, a sua se deu em um meio aberto, no interior da sociedade, freqüentando estruturas extra-hospitalares e consultórios médicos, fora das ditas “instituições totais” conceitualizadas pelo autor.

Ao final desta hospitalização, foi indicada para participar de um hospital-dia, que freqüentou regularmente durante o período de 4 anos e meio. Nesta época, conseguiu retomar os seus estudos, passar no ‘bac’, e ingressar em uma faculdade de assistência social. O primeiro ano do curso foi extremamente penoso, sobretudo no que concernia a socialização com os outros alunos e professores. Estas dificuldades relacionais, de acordo com o seu relato, levaram-lhe a uma recaída, isto é, ao retorno de sintomas depressivos severos. Foi hospitalizada novamente. Porém, desta vez, sua internação durou apenas um mês. A pedido do psiquiatra que a acompanhava no hospital-dia, Mlle. Blanc procurou uma alternativa para sair da casa dos seus pais, com quem habitava desde sempre. Isto serviria para estimulá-la a criar uma vida independente e autônoma. Como solução, encontrou uma vaga em uma residência universitária para moças. No início desta vivência, sentia muitas dificuldades para se relacionar com as outras estudantes que ali moravam. Sentia-se isolada socialmente e passava todos os fins de semana na casa dos seus pais. Aos poucos, começou a se sentir mais à vontade nesta residência e chegou a fazer algumas amizades.

No ano de 2000, esta residência estudantil foi desmontada e Mlle. Blanc viu-se obrigada a novamente morar com os seus pais. Neste ano, teve uma nova recaída, permanecendo quase dois meses hospitalizada. Durante este período de internação, teve o seu diagnóstico e o seu tratamento revistos. Passou a ser diagnosticada como fazendo parte do espectro esquizofrênico com a predominância de uma sintomatologia negativa e substituiu o tratamento a base de anti-depressivos por neurolépticos atípicos.

As suas freqüentes recaídas a fizeram desistir do curso de assistência social. Passou a procurar empregos, pois ansiava uma vida independente financeiramente da sua família. Inicialmente, encontrou uma vaga temporária de inspetora em um centro sociocultural para crianças pequenas. Relata que foi muito difícil se manter neste emprego, sobretudo no que dizia respeito à sua relação com os seus colegas de trabalho. Esta experiência durou 1 ano. Passou alguns meses desempregada, até conseguir uma vaga de tutora em uma escola maternal. Lá enfrentou os mesmos problemas de sempre: não conseguia integrar-se com a equipe, ir até as pessoas, discutir os problemas que surgiam, etc. Ao final de 1 ano de trabalho, pediu demissão. Desde esta experiência, esta jovem de 33 anos trabalhou eventualmente como babá. Atualmente, toma conta de uma criança 4 vezes por semana.

Apesar de suas dificuldades relacionais e do seu equilíbrio precário, Mlle. Blanc deseja a todo custo ter uma vida independente. Entre os seus planos atuais está o de conseguir sair da casa dos seus pais e alugar um pequeno apartamento conjugado. Porém, a sua renda atual é insuficiente: ela conta com um auxílio do governo para adultos com deficiências psíquicas (*handicap psychique*), além do baixo salário que recebe como babá. Por esta razão, prepara-se atualmente para um concurso público para trabalhar em creches e escolas maternais.

Com relação à questão dos déficits cognitivos, Mlle. Blanc é enfática em dizer que a sua primeira grande dificuldade é relacional. Não consegue se socializar de uma forma normal com as pessoas e, por isto, se tornou uma pessoa arredia e isolada. Além disto, desde o início da sua carreira no mundo da psiquiatria, diz ter “menos energia, menos vontade e menos otimismo do que antes”. Entretanto, reconhece que tem muitas dificuldades cognitivas, sobretudo no campo da concentração:

Tenho dificuldades para permanecer trabalhando em uma tarefa durante muito tempo. Às vezes, quando leio um livro, tenho que reler a mesma página duas vezes, porque não me concentrei o bastante. Me dei conta aqui também que tenho problemas para memorizar as coisas. Tudo isto constitui uma desvantagem [*handicap*] para mim. Porque, neste momento, estou em vias de me preparar para um concurso para trabalhar em escolas maternais e creches, e tento organizar o meu trabalho, mas tenho problemas de concentração, de planejamento, etc.

As suas expectativas com relação ao programa de remediação cognitiva CRT que estava seguindo eram estritamente pragmáticas, isto é, voltavam-se sobretudo para a obtenção de uma melhor performance cognitiva, a fim de passar no concurso público que estava em vias de prestar. Embora ela admitisse que os seus supostos déficits cognitivos não interferiam em outros domínios da sua vida (como assistir um filme, planejar o itinerário de um passeio, lembrar dos passos a seguir em uma receita culinária...), ela reconhecia subjetivamente os benefícios do programa CRT:

Sinto que consigo me concentrar melhor, memorizar melhor as coisas, me organizar melhor no meu trabalho. E Mme. Roger (Amélie) é ótima. Ela está me ajudando bastante nisto.

### 3.3.2 Mr. Jambois

Mr. Jambois é um homem de 42 anos cuja primeira crise psicótica se deu ainda no Liceu, quando tinha aproximadamente 18 anos de idade. Possui um olhar cândido e uma fala rápida. Por vezes, em nossos encontros, eu tinha dificuldades para seguir o fio do seu raciocínio, que não raro passava de um assunto para o outro, sem uma conexão óbvia. Em nossas duas entrevistas, além das conversas informais que pudemos ter, nunca consegui compreender as circunstâncias do seu primeiro surto psicótico, nem como ele foi levado ao mundo da medicina mental. Ele sempre procurava, de alguma forma, evitar este assunto, seja me confundindo, seja se confundindo. Porém, estava claro que este homem possuía uma longa carreira de hospitalizações, recaídas, surtos, tratamentos, participação de instituições de atenção psicossocial...

Atualmente, ele mora sozinho em um apartamento conjugado no centro de Paris. Como este *Studio* pertence a um amigo da sua família, Mr. Jambois paga como aluguel a quantia de 150 euros por mês, preço irrisório para o mercado imobiliário parisiense. Sem que eu lhe pergunte, conta-me que consegue gerir de forma razoável o seu domicílio. Lava as suas roupas regularmente em uma lavanderia vizinha, sabe cozinhar o básico (diz-se vegetariano), e não tem problemas para lavar a louça. O único senão é a faxina, que, segundo ele mesmo, precisa ser aprimorada entre as suas habilidades: “minha casa é muito empoeirada. Isso é uma coisa que eu tenho que aprender a gerir melhor”. O modo como me fala da gestão do seu cotidiano parece um reflexo da sua participação, talvez durante anos, em programas de atenção psicossocial voltados para a dita *aquisição de habilidades sociais*, onde se ensina a

esta população como cuidar de uma casa, fazer faxina, cozinhar, lavar a roupa, etc. A promoção destes programas, inspirados de métodos norte-americanos de reabilitação, tem a promoção da autonomia como um valor central.

Invertendo a posição entre entrevistado e entrevistador, pergunta-me se eu estaria por acaso interessado em saber como se dá a gestão do seu dinheiro. Peço a ele que me conte primeiro de onde provém os seus recursos. Ele relata ganhar aproximadamente 600 euros de ajuda do governo, mais 500 euros que recebe como remuneração por trabalhar em um CAT (*Centre d'Aide par le Travail*), em virtude de sua desvantagem [*handicap*]. Orgulha-se de dizer que os 1100 euros que ganha mensalmente “equivalem ao salário de um indivíduo normal”. Com relação ao modo como administra o seu dinheiro, Mr. Jambois me fala do conceito de “gestão qualitativa”:

Eu me organizo em um modo de gestão qualitativa. Não tenho celular, não tenho televisão, não tenho carro... Tudo isso custa muito. Mas me permito beber uma bebida quente por dia, seja um café, seja um chocolate quente. Isto me dá prazer. E me permito também ir a um restaurante vegetariano 1 vez por semana. Assim, eu mantenho minhas contas em ordem. Normalmente, almoço no CAT. Todo domingo, vou a um restaurante vegetariano. Em casa, faço coisas simples, como legumes, pão, etc. Sempre vegetariano.

Quando pergunto se ele enfrenta algum tipo de dificuldade na vida cotidiana em decorrência da sua patologia, Mr. Jambois responde: “Estou sempre muito cansado. E o meu *handicap* não desaparece. É muito, muito cansativo. Mas por isso gosto de trabalhar. Mas sei que nem todo mundo compreende o meu *handicap*. Mas no meu trabalho, almoço com meus colegas, como uma pessoa normal.”

Chegou a esta pesquisa por indicação do seu psiquiatra, que acreditava que a remediação cognitiva poderia ajudá-lo em suas atividades laborais, otimizando a sua performance. Porém, esta demanda não foi elaborada espontaneamente por Mr. Jambois, como expressa a sua fala: “Aceitei fazer parte deste programa porque me disseram que eu tinha dificuldades de concentração, de memorização... e eu acreditei. É possível que eu tenha esses problemas”.

Quando pergunto a ele se a remediação cognitiva o estava ajudando de alguma forma em sua vida cotidiana, este paciente me surpreende, incluindo estas técnicas em um discurso delirante acerca da proporção e da coerência entre o tempo e espaço no mundo: “A remediação cognitiva me fez trabalhar a noção do tempo, além da noção do espaço. Porque, se a gente vir bem, cada um se divide em 50%. Portanto, é 50% para cada lado, que no final dá 100%. Acho que evoluí nesta noção de tempo e espaço”.

### 3.3.3 Mr. Garceau

Mr. Garceau é um jovem adulto de 31 anos de idade, aparentemente lúcido e organizado. Sua carreira no mundo da psiquiatria teve início há dois anos. Antes da sua primeira crise, tinha uma vida aparentemente normal, segundo o seu relato. Coursou informática até o terceiro ano de faculdade. Como tinha bons conhecimentos de informática, arrumou um emprego, através da indicação de um amigo, em uma empresa de filmagem. Começou a ganhar a própria vida e resolveu abandonar o curso de informática. Paralelamente, começou a se especializar na produção de vídeos. No início, trabalhava como editor de vídeos em uma pequena empresa de produção. Depois, tentou trabalhar como *freelancer* na pós-produção de filmes publicitários, exercendo sobretudo funções que incluíam a montagem e a criação de efeitos especiais.

Após uma ruptura amorosa, começou a se sentir depressivo e ansioso. No início, achava natural passar por um período de luto. Entretanto, como relata, sem se dar conta, passou de um estado de normalidade a um estado de depressão severa.

[...] me degradei psicologicamente, a partir daí. Durante 6 meses, fazia rumações muito fortes sobre o ocorrido, que me degradaram. Um certo dia, estava me sentindo muito mal e fui para a casa dos meus pais. Lá, tive um ataque de pânico, com forte angústia, em que achei que iria morrer. Fui hospitalizado por conta desta crise fortíssima. Permaneci no hospital por duas semanas.

De acordo com Mr. Garceau, esta hospitalização marcou a sua entrada em um novo registro: seus problemas haviam “deixado a esfera psicológica, e haviam entrado na esfera psiquiátrica”. Nesta época, abandonou suas atividades profissionais e voltou a morar com os seus pais. Peço a ele que me diferencie o psicológico do psiquiátrico, segundo os seus padrões. Obtenho a seguinte resposta:

O psicológico é o que você sente, o seu estado afetivo. Você pode ter um problema psicológico e, ao mesmo tempo um cérebro que vai bem. Você guarda a integridade do seu cérebro. Já o psiquiátrico têm um aspecto médico, são os transtornos [*troubles*] que você têm: os problemas cognitivos, visuais, a memória, a atenção...

Depois da sua primeira hospitalização, este paciente teve uma recaída depressiva, acompanhada de fortes enxaquecas. Pediu, então, aos seus pais, que o encaminhassem para uma nova hospitalização. Passou três semanas internado e viu os seus “problemas psiquiátricos” se aprofundarem.

Pergunto a ele o que havia mudado essencialmente em sua vida depois que esses problemas psiquiátricos começaram. Mr. Garceau responde:

Tudo. Me sinto prisioneiro de um mundo cheio de transtornos psiquiátricos, medicamentos, tratamentos, que não faziam parte do meu universo. Eu sempre fui uma pessoa muito autônoma e responsável. E, desde então, tive a minha autonomia reduzida, no sentido que não consigo mais trabalhar, por causa da minha desvantagem [*handicap*]. Ele me impede de criar como antes, de fazer montagens... Não consigo me concentrar, memorizar seqüências como antes. Também não me vejo trabalhando em uma empresa, pois me sinto muito perturbado. Então, não me sinto mais autônomo, sou obrigado a viver da ajuda financeira do governo. Vivo como se estivesse em uma prisão virtual, em um mundo à parte.

- E quais são as suas maiores dificuldades?

Em primeiro lugar, é a memória. Não tenho mais a mesma memória que antes, não consigo guardar as coisas. Tem também a capacidade plena para utilizar o meu cérebro. Quando se é normal, é possível trabalhar em uma tarefa durante horas sem se cansar. Hoje em dia, me canso muito facilmente quando realizo uma tarefa que exige do meu cérebro. Não consigo trabalhar durante 7, 8 horas seguidas, como antes, por exemplo. A montagem, por exemplo, me é impossível, pois demanda um esforço de concentração, de memorização, de organização do pensamento, que eu perdi.

- E o que você pensa deste programa de remediação cognitiva que você está seguindo aqui em Sainte Anne?

Eu gostaria muito que isto funcionasse. Por isso, levo à sério os exercícios. Mas se isso será eficaz, não sei ainda. Acho que se eu conseguisse me concentrar melhor, me organizar mais, memorizar as coisas com mais facilidade, isto me tornaria normal. Eu conseguiria me reconectar à vida. Mas o meu *handicap* me impede.

### 3.3.4 Mlle. Laugier

Mlle. Laugier é uma jovem de 25 anos. Filha de pais divorciados, mora com a sua mãe no subúrbio de Paris, com quem divide os afazeres domésticos. A primeira vez que entrou em contato com o mundo “psi” se deu na sua adolescência, aos 16 anos, devido aos sofrimentos gerados pela separação dos seus pais. Entretanto, este encontro se resumiu a algumas sessões de psicoterapia, interrompidas poucos meses após o seu início. Aos 19 anos, quando cursava o seu último ano de Liceu, começou a ter dificuldades mais sérias, que a levaram a um psiquiatra. Recusa-se a me relatar as circunstâncias deste episódio. Resume-se a

dizer que foi obrigada a interromper as suas atividades quotidianas, e que repetiu de ano no colégio por duas vezes seguidas.

Depois deste período de crise, passou a frequentar regularmente um CMP (*Centre Médico-Psychologique*), onde participava de programas de inclusão psicossocial. Neste período, iniciou um curso técnico em “comércio” e começou a fazer estágios profissionalizantes no ramo da hotelaria, onde desempenhava funções técnicas. Não se adaptou a estas experiências profissionais e se voltou para um outro ramo: o da puericultura. Atualmente, estuda pelo segundo ano consecutivo para passar em um concurso nacional que oferece vagas de auxiliar em puericultura. Sua função consistiria em tomar conta de bebês e crianças pequenas em instituições públicas, como maternidades, hospitais, creches, escolas...

A psiquiatra encarregada do seu tratamento foi a pessoa que a encaminhou para esta pesquisa. De acordo com Mlle. Laugier, a razão desta indicação eram as constantes queixas quanto à sua capacidade de concentração para ler textos e estudar: “desde a época do Liceu que eu tenho esses problemas”.

- E quais dificuldades geradas pela sua patologia são as mais perturbadoras pra você?

Meus problemas de atenção e de concentração.

- Por que?

Porque me atrapalham a estudar para o concurso. E eu gostaria muito de passar neste concurso, ter o meu próprio trabalho, meu dinheiro.

### 3.3.5 Mr. Martin.

Mr. Martin é um homem de 43 anos, que teve o seu primeiro surto psicótico no início da sua idade adulta, com 24 anos, quando começou a trabalhar como professor de literatura francesa em escolas públicas francesas. Desde esta época, nunca mais trabalhou, ou exerceu qualquer tipo de atividade remunerada.

Mora sozinho em um apartamento conjugado em Paris, e sobrevive com a pensão que recebe do governo pela sua aposentadoria por invalidez. Frequenta um hospital-dia, onde vai sobretudo para almoçar e participar de um atelier de *tai chi chuan*. Faz parte também de uma associação de pacientes portadores de esquizofrenia, onde desempenha funções diversas,

como, por exemplo, a de receber e conversar com pais de pacientes recentemente diagnosticados com este transtorno.

Atualmente, tem a intenção de começar um mestrado [*Master 2*] em literatura, tendo como tema a obra do escritor francês Stendhal. Trabalha também em um outro projeto paralelo, incentivado por uma psiquiatra, em que tenta escrever memórias autobiográficas, focalizadas principalmente sobre a sua entrada na psicose, o conteúdo dos seus delírios e vivências psicóticas. Ainda não começou a redação deste texto, mas ainda estuda uma maneira de realizá-lo de uma forma interessante.

Foi recomendado a esta pesquisa por um dos psiquiatras responsáveis pelo hospital-dia que frequenta. O motivo principal deste encaminhamento eram as suas freqüentes queixas para memorizar o conteúdo das suas leituras a propósito de Stendhal, que dificultavam o seu projeto de iniciar um mestrado em letras. Apesar das suas queixas de memorização, os testes neuropsicológicos verificaram que o seu grande problema residia nas funções ligadas à atenção. Como Mr. Martin foi incluído no grupo submetido ao programa THERECS, apenas a sua atenção seria trabalhada, fato que lhe desagradou. “Eu fui encaminhado por causa das minhas queixas de memória, mas me obrigaram aqui a trabalhar a minha atenção”.

Mr. Martin é um grande crítico do programa THERECS de remediação cognitiva:

*Acho que às vezes a razão é tão valorizada neste programa que chega às raias da loucura. Sou obrigado a definir estratégias para fazer o “jogo dos 7 erros”. Não é possível. É uma hiper-racionalização de qualquer pequena tarefa. Isto é a razão tomada como loucura... É Descartes aplicado ao “jogo dos 7 erros”.*

- Mas você pensa que o programa de remediação te ajuda realmente nos seus objetivos?”

*Sinceramente não. Não vejo um laço claro entre as estratégias ensinadas aqui e o que eu faço em casa. Talvez o programa ajude-me a me concentrar mais sobre os textos. Não sei. Mas eu acho que o meu grande problema é a memorização. Não vim em busca de melhorar a minha concentração, e sim a minha memória. Mas é interessante saber como funciona o programa, os exercícios são bem lúdicos... Por isso, continuo a vir.*

Este paciente não acha que os déficits cognitivos constituam um problema relevante em sua vida quotidiana. Queixa-se apenas das suas dificuldades de memorização de textos, que o impedem de realizar leituras aprofundadas em um nível requerido em uma pós-graduação. Define a esquizofrenia, não como uma questão ligada a déficits cognitivos, mas como “um problema social”, ligado sobretudo a questões vocacionais e financeiras:

*Em primeiro lugar, porque eu não pude, ou não quis, voltar a trabalhar. De todo modo, eu não encontraria um emprego muito interessante depois que interrompi a minha carreira de professor. Se eu tivesse dinheiro, acho que não teria problemas com a questão da esquizofrenia.*



### 3.3.6 Fatos e valores no problema da cognição deficitária em pacientes com esquizofrenia e sua remediação

Como bem resume Tim Thornton (2007, p. 11-39), o campo da medicina mental foi historicamente polarizado entre basicamente duas correntes filosóficas opostas. Em um extremo, poderíamos localizar a corrente materializada por figuras da antipsiquiatria, como Thomas Szasz, para quem uma patologia mental não poderia ser tratada da mesma forma que uma patologia somática: enquanto a primeira seria exclusivamente um desvio de normas sociais valorativas, a segunda violaria normas de funcionamento do organismo. Neste sentido, chamar uma patologia mental de “doença” seria um erro epistemológico grosseiro, na medida em que se estaria referindo muito mais a normas morais e seus desvios, do que a normas biológicas e suas disfunções. No extremo oposto desta querela, estariam as visões materializadas por autores biologicamente orientados, como R. E. Kendell e Christopher Boorse, para quem as patologias mentais deveriam ser tratadas como patologias somáticas justamente por representarem uma violação das normas de funcionamento do organismo. Neste caso, o órgão privilegiado seria o cérebro, que poderia deixar de funcionar corretamente, isto é, deixar de funcionar da forma como ele foi desenhado evolutivamente, de modo a permitir a adaptação do organismo ao ambiente externo<sup>135</sup>. Neste sentido, poderíamos falar em doença mental como uma disfunção neurobiológica a ser corrigida, modulada, ou regulada, tal como se poderia fazer com os demais órgãos do corpo humano, concebido idealmente pela metáfora do corpo-máquina.

No cerne desta disputa encontra-se a querela filosófica da possibilidade de se estabelecer uma dicotomia entre fatos e valores. Os fatos pertenceriam a uma esfera da objetividade, ao passo que os valores implicariam algo de subjetivo. Szasz sustenta que a patologia mental pertenceria ao campo dos valores, enquanto a patologia física pertenceria ao campo dos fatos. Kendell e Boorse sustentam que a distinção entre estes dois tipos de patologia seria apenas uma distinção formal (e não ontológica) e que, neste sentido, ambas seriam somáticas e, por conseguinte, pertenceriam à esfera dos fatos. Neste sentido, a tarefa da pesquisa em psiquiatria seria justamente a de estabelecer uma imagem das patologias

---

<sup>135</sup> Kendell justifica a sua posição pela evocação da noção evolutiva de “desvantagem biológica” trazida pelas doenças mentais, evidenciadas pelo crescimento da mortalidade e da redução da fertilidade que elas implicariam. Este critério poderia ser igualmente estendido, segundo o autor, às patologias somáticas. Daí a indistinção ontológica entre esses dois tipos (THORNTON, 2007, p. 20-21).

mentais que excluísse a variação e a subjetividade impostas por valores. Avançar neste campo, seria estabelecer fatos científicos objetivos e universais.

De acordo com Thornton, embora exista uma aparente contradição entre as posições sustentadas por estas duas correntes opostas, ambas concordariam em um ponto fundamental: as doenças somáticas poderiam ser compreendidas em um campo puramente factual, livre de valores, como desvios de uma ordem biológica pré-estabelecida. Se para Kendell e Boorse esta posição estaria mais ou menos explícita, em Szasz ela se expressaria em afirmações do tipo: “a noção de sintoma mental é inextricavelmente ligada ao contexto social, e particularmente ao ético, no qual é criada, da mesma forma que a noção de sintoma corporal é ligada ao contexto anatômico” (SZASZ, 1972, p. 14 apud THORNTON, 2007, p. 15).

Para Tim Thornton, esta dicotomia entre fato e valor reproduzida pelas duas correntes seria equivocada justamente na medida em que concebe na noção de patológico um terreno que poderia ser reduzido à objetividade puramente factual, livre de valores, a saber, o caso das patologias ditas somáticas. Para criticar esta visão implícita nas ontologias sustentadas pelas duas correntes opostas, o autor se utiliza dos argumentos do filósofo da psiquiatria William Fulford. Este último concorda com Szasz quando ele diz que toda patologia mental repousa sobre valores e normas sociais. No entanto, discorda dele quando, para defender o seu argumento crítico, o filósofo da antipsiquiatria contrasta conceitualmente as perturbações físicas e mentais. Para Fulford, em ambos os tipos de patologia a dimensão dos valores seria irreduzível. Da mesma forma, o autor concorda com Kendell e Boorse quando estes tentam equiparar ontologicamente as doenças físicas e mentais. Entretanto, discorda deles quando a dupla afirma que a psiquiatria, para ser científica, deva se fundar em elementos objetivos, factuais, livre de valores. Este desejo faria parte de uma “quimera epistemológica”.

Para justificar o seu argumento, Fulford se utiliza de um filósofo da moral inglês: R. M. Hare. Para este filósofo, não seria verdadeiramente possível estabelecer uma dicotomia ontológica entre fatos e valores no julgamento humano. De acordo com os seus argumentos, esta possibilidade é imaginada apenas quando determinados valores são amplamente partilhados, em diversos contextos, pela ampla maioria dos seus atores sociais. Entretanto, isto não quereria dizer que os valores estariam ausentes do julgamento intrínseco a estes contextos; eles tão somente tenderiam a ficar implícitos, fornecendo a ilusão de que se estaria apenas descrevendo fatos objetivos. Da mesma forma, quando o nível de discordância de valores em um dado contexto é grande, a sua presença tenderia a se tornar explícita, visível, ressaltando aspectos aparentemente subjetivos do julgamento. Por exemplo, em uma ampla

gama de contextos e situações se poderia afirmar que quando está “doce, suculento e sem bichos, um morango pode ser considerado bom”. Não existiria um nível de discordância alto com relação a afirmações deste tipo. Neste sentido, se poderia imaginar que o julgamento de valor “bom” poderia ser reduzido à uma descrição puramente factual: “doce, suculento e sem bichos”. No entanto, esta dicotomia não poderia ser concebida em um nível ontológico. Esta possibilidade de separar aspectos meramente descritivos do aspecto valorativo, no seu “exemplo dos morangos”, só seria vislumbrada pela baixa discordância existente para essa afirmação. Já no campo das artes visuais, ou da estética, por exemplo, seria muito mais difícil definir factualmente, ou descritivamente, o que é um “bom quadro”, ou uma “boa obra de arte”. O campo de discordância entre contextos distintos, que incluísse pessoas de diferentes origens, vertentes e tendências da arte mundial ao longo dos séculos, nos obrigaria a admitir a impossibilidade de uma tarefa como esta. Assim, campos como o da estética deixariam mais clara e explícita a presença de valores e de preferências individuais em um julgamento.

Aplicando as idéias de Hare para o debate acerca da dicotomia entre patologias mentais e somáticas, Fulford argumenta que as perturbações mentais repousariam sobre valores tanto quanto as doenças ditas somáticas. Entretanto, o objeto das primeiras (isto é, tudo o que pertence ao campo da dita intencionalidade, como as emoções, os desejos, as crenças, etc.) as abriria para um campo de discordância e multiplicidade de valores maior do que o objeto das últimas (desvio em funções orgânicas e estruturas anatômicas). Neste sentido, se o caráter indesejável (logo, valorativo) de um sintoma somático poderia aparecer como objetivo em múltiplas eras e lugares, o significado de um sintoma mental dependeria fundamentalmente do contexto em que este é avaliado<sup>136</sup>. Como resume Thornton, “existe muita concordância acerca dos valores que concernem as doenças físicas, mas existe uma ampla discordância acerca daqueles relacionados às perturbações mentais”. Daí a possibilidade da existência de um movimento anti-psiquiatria e a impossibilidade de se fundar um movimento anti-dermatologia, ou anti-cardiologia. Para Fulford, isto não quer dizer que a medicina mental seja cientificamente deficiente, e sim que ela é valorativamente complexa. As questões morais colocadas pelas patologias mentais ressaltariam esta maior complexidade relativa aos sistemas de valor que as avaliam como fazendo parte do campo do patológico, bem como o estabelecimento de limites com o campo da normalidade.

Em seu *Moral Theory and Medical Practice* (1989, p. 141-164), William Fulford tenta escapar da dicotomia fato-valor, afirmando que toda patologia implica primordialmente

---

<sup>136</sup> Para uma leitura sociológica da dependência de um sintoma mental de contextos de significação, ver o texto clássico de Erwin Goffman (1972).

em uma “falha no agir ordinário” [*failure in the ordinary doing*], isto é, nas ações que executamos com naturalidade em nosso dia-a-dia, sem que precisemos nos dar conta disto. Esta concepção, que serviria tanto para as patologias mentais, como para as patologias somáticas, implicaria necessariamente em julgamentos de valor. Este tipo de julgamento ficaria mais ou menos explícito em função do nível de concordância ou discordância para o que se considera como um “agir ordinário”. Se na ortopedia, por exemplo, seria relativamente fácil constatar que um fêmur quebrado impede a mobilidade de um sujeito (logo, o impede de agir ordinariamente), na medicina mental a noção de “agir ordinário” exigiria um sistema mais complexo de avaliação, mobilizando interpretações e negociações mais ou menos explícitas.

Esta querela filosófica trazida por Thornton e Fulford é interessante para a clarificação das relações entre a esquizofrenia, a centralidade concedida aos déficits cognitivos nesta categoria, o interesse pelo desenvolvimento e a validação de programas de remediação cognitiva, e o discurso apresentado pelos pacientes com os quais se conviveu ao longo deste protocolo de pesquisas.

Na base destes programas, como se procurou mostrar na primeira parte desta tese, estavam teorias naturalistas que desejavam desenvolver um modelo unificado para a categoria de esquizofrenia. Na base deste modelo, estava a hipótese neurodesenvolvimental e a noção de endofenótipo, que têm origem nas dificuldades de se estabelecer uma linearidade determinista entre os dados das pesquisas em genética psiquiátrica e a multiplicidade de formas fenotípicas que o espectro da esquizofrenia poderia apresentar. Decidiu-se que, metodologicamente, seria mais viável construir um modelo naturalista unificado, caso se concentrasse em feições menos complexas, que não envolvessem a dimensão da intencionalidade humana, utilizada sobretudo no diagnóstico qualitativo de uma categoria psicopatológica. Estes endofenótipos, ou fenótipos intermediários, seriam menos variáveis e se prestariam com mais facilidade à produção de dados quantificáveis, padronizáveis e comparáveis. Eles seguiriam, neste sentido, as exigências de um estilo de pensamento desejoso de incluir a psiquiatria no seio dos métodos utilizados pelo restante das disciplinas médicas. Foi neste contexto em que pesquisas sobre os déficits neurocognitivos em pacientes com esquizofrenia se multiplicaram e desenvolveram. Estes déficits seriam encontrados transversalmente em todo o espectro da patologia, sem que precisasse haver uma forte concordância para as feições fenotípicas dos sujeitos em questão. Isto ficou claro com a diversidade de perfis sintomáticos dos sujeitos recrutados para este protocolo de pesquisa. O

que unificava esta população não era tanto as suas características sintomáticas, mas a sua performance nas baterias de testes neuropsicológicos.

Paralelamente, se passou a considerar esta constelação de déficits atencionais, mnemônicos e executivos como as principais causas das dificuldades de inserção desta população no mundo do trabalho, das relações pessoais e da gestão autônoma do quotidiano. Como não existiam medicamentos comprovadamente eficazes para melhorar a performance cognitiva desta população (como até hoje não existem), se procurou desenvolver programas de remediação cognitiva inspirados das técnicas de reabilitação aplicadas na clínica neurológica. Embora neurologia e psiquiatria pertencessem a domínios de ação distintos, este tipo de técnica estaria na interface entre estas duas disciplinas, borrando as suas especificidades. Onde o uso corrente de termos como “neuropsicologia”, “neurocognitivo”, “neuroplasticidade” em ambos os campos.

Como se procurou defender ao longo da tese, existiria no estilo de raciocínio empreendido por esta unidade de pesquisa de Sainte Anne uma pretensão de construir uma linha de coerência que começaria com a vulnerabilidade genética dos sujeitos com esquizofrenia e culminaria com a validação de técnicas de treinamento cognitivo. Esta visão unificada da esquizofrenia estaria muito mais próxima do estilo de raciocínio de Kendell e Boorse, do que das idéias do seu antípoda Thomas Szasz. Mesmo que o interesse da unidade de pesquisa de Sainte Anne fosse muito mais voltado para questões metodológicas e institucionais do que filosóficas, estas equipas partilhavam uma ontologia afinada com uma concepção funcionalista da mente. Nesta, a mente seria concebida como aquilo que o cérebro faz, com vistas a se adaptar ao meio de uma forma eficaz. Deste modo, os métodos de remediação cognitiva, seja o THERECS, seja o CRT, seriam um conjunto de técnicas que visariam restaurar funções que deixaram de desempenhar o seu papel do modo como deveriam, ou foram planeadas para tal. A analogia com as técnicas de reabilitação neurológica expressaria esta suposição de um órgão disfuncional, ou um “cérebro quebrado”, para parafrasear o título de um *best seller* da psiquiatra e neurocientista norte-americana Nancy Andreasen.

No protocolo que se observou, tudo isto pertencia à esfera das hipóteses de trabalho, onde se fazia menções com certa frequência à noção de plasticidade neuronal e de recomposição de redes neurais anômalas, que perturbariam o processamento de informações vindas do mundo externo. Porém, os únicos meios de se avaliar a melhora destas funções após a aplicação dos programas de remediação cognitiva eram as baterias de testes neuropsicológicos, cuja lógica interna em muito se assemelhava ao que estava em jogo nos

exercícios de treinamento propostos aos pacientes. Outras equipes de pesquisa tentam justificar a eficácia destes programas de outras formas, fazendo uso de tecnologias de neuroimageamento, com vistas a mostrar o impacto “real” destes programas sobre o cérebro dos pacientes, na recomposição de redes neuronais deficitárias. Como afirmam Eack et al. (2010, pp.2), em um artigo que visa provar os efeitos da remediação cognitiva sobre a redução de perda de substância cinzenta no início da esquizofrenia:

[...] melhoras na cognição produzem presumivelmente produzem mudanças neurobiológicas associadas; assim, os ganhos no funcionamento cognitivo-social na esquizofrenia observados durante a reabilitação cognitiva resultam em mudanças no cérebro. Além disto, dada a progressiva deterioração neurobiológica observada na esquizofrenia, a reabilitação cognitiva deveria ser aplicada nas fases iniciais da doença, presumindo-se que a reserva de neuroplasticidade protege contra um declínio neurobiológico futuro.

Em um de seus artigos publicados no *Schizophrenia Research*, a pesquisadora inglesa Til Wykes (1998), especialista no programa CRT, coloca a pergunta: “o que estamos mudando com a reabilitação neurocognitiva?”. Neste artigo, ela tenta mostrar como as mudanças na performance neuropsicológica dos sujeitos tratados pela remediação cognitiva seriam acompanhadas de transformações nas áreas cerebrais implicadas nestas funções (sobretudo as áreas frontocorticais), aferidas pelo uso de tecnologias de neuroimageamento funcional. Este tipo de estudo poderia ser multiplicado, como no artigo de Wykes, Brammer et al. (2002), ou no de Wykes (2002), sempre visando correlacionar o efeito destes programas sobre a ativação funcional de certas zonas cerebrais perturbadas.

Caso se aplique o argumento crítico de Thornton e Fulford a estes programas, é possível dizer que eles incorrem no mesmo erro defendido por Boorse e Kendell, isto é, que os déficits cognitivos seriam propriedades intrínsecas a esquizofrenia, cuja aferição e tratamento estariam em uma zona factual, objetiva, livre de valores. Aliás, para pertencer a um certo estilo de raciocínio biomédico, o grupo de pesquisa observado construiu metodologicamente este protocolo de modo a ressaltar a universalidade e a objetividade destes déficits e eficácia dos programas de remediação cognitiva. Esta produção ativa da objetividade, presente na medicina pela prática dos ensaios clínicos randomizados, foi o objeto de análise da segunda parte desta tese. Nesta, todo o esforço metodológico era eliminar ao máximo qualquer feição que lembrasse a dimensão valorativa implicada nas questões que circundavam as noções de déficit cognitivo, esquizofrenia e a eficácia da sua remediação por programas de treinamento cerebral.

No entanto, se analisarmos o conteúdo do discurso dos pacientes que participaram do protocolo é possível perceber que a noção de déficit cognitivo na esquizofrenia é indissociável de um certo contexto valorativo que lhe dá sentido. Isto vem justamente da impossibilidade de se fazer uma dicotomia entre corpo, cérebro, cognição e o mundo social em eles são pensados. Neste sentido, assim como Fulford, poderíamos considerar uma “quimera epistemológica” querer separar a categoria de esquizofrenia do universo complexo de valores em que esta é descrita e conceitualizada. Porém, esta maneira de se descrever esta categoria comportaria uma “verdade sociológica”<sup>137</sup>. Esta, por sua vez, seria expressa no discurso compartilhado pelos especialistas que se interessam pelo desenvolvimento e aprimoramento destas técnicas, bem como pelos anseios e expectativas dos pacientes que se submeteram ao protocolo de pesquisa. Mas que “verdade sociológica” seria essa? Que mutações antropológicas ela seria capaz de produzir no modo de ser um paciente com esquizofrenia, segundo as descrições cognitivistas.

### 3.3.7 A circularidade entre oferta e demanda de aumento da performance cognitiva: como se produz em efeito de *looping*.

Mlle. Blanc queixa-se das dificuldades impostas pelas suas deficiências psíquicas [em francês, *handicap psychique*], que incluem problemas de concentração e memorização. Isto vem atrapalhando a sua preparação para um concurso público, que lhe daria acesso a um salário digno e lhe permitiria sair da casa dos seus pais e ter uma vida independente. As suas expectativas com relação ao programa de remediação cognitiva CRT que estava seguindo eram estritamente pragmáticas, isto é, voltavam-se sobretudo para a obtenção de uma melhor performance cognitiva, a fim de passar no concurso público que estava em vias de prestar. Já Mr. Jambois, apesar de não relacionar déficits cognitivos e esquizofrenia em seu discurso, tem um modo de pensar a sua condição inteiramente pautado pela incorporação de técnicas de aquisição de habilidades sociais, incorporadas ao seu repertório narrativo ao longo dos anos que frequentou estruturas de reabilitação psicossocial. Apesar do seu *handicap*, como ele mesmo se refere à sua patologia, orgulha-se de poder trabalhar, ganhar o seu próprio dinheiro,

---

<sup>137</sup> Tomo esta expressão emprestada do sociólogo Alain Ehrenberg (2008, p. 3), segundo quem “o naturalismo de hoje em dia não é somente um problema de verdade e erro, não apenas um problema epistemológico. Ele também é parte de uma atitude global na sociedade da escolha e da iniciativa individual em que vivemos”.

gerir sozinho a sua residência e o seu domicílio, aproximando-se de algo considerado por ele como fazendo parte do espectro da “normalidade”. Mr. Garceau estabelece uma clara distinção entre dificuldades de ordem psicológicas e dificuldades de ordem psiquiátrica. Estas últimas incluiriam os seus problemas de concentração e de memorização que, segundo ele, o impediriam de ter uma vida normal, isto é, morar só, trabalhar como antes, ter uma vida autônoma. Julga que, caso conseguisse ter restaurada a sua performance cognitiva perdida, ele voltaria a ser “normal”. Mlle Laugier, assim como Mlle. Blanc, também deseja passar em um concurso público que lhe proporcionaria independência financeira e uma maior autonomia pessoal. Para tanto, precisa remediar a sua falta de concentração e de atenção que, de acordo com o seu relato, lhe atrapalham a estudar para o concurso. Mr. Martin gostaria de entrar para um mestrado em letras. Porém, segundo ele, as suas dificuldades de memorização impedem que ele obtenha uma performance condizente com as obrigações de leitura existentes em uma pós-graduação. Mesmo que critique o programa de remediação cognitiva a que foi submetido, acha que a melhora da sua performance cognitiva o aproximaria do nível ótimo exigido por um curso universitário. O jovem Mr. Lépage quer tentar entrar novamente na universidade. A remediação cognitiva seria uma forma de “esquentar os motores” para esse grande desafio. Mlle. Guéant faz um curso à distância em história e se queixa das dificuldades de organização nos estudos, da sua falta de atenção para realizar leituras e de memorização correta de datas. Acredita que com a sua participação no estudo poderia melhorar a sua performance como estudante. Mlle Cacoub não tem plena consciência de estar doente. Mas todos ao seu redor gostariam que ela obtivesse mais autonomia e mais independência com relação aos seus pais. Os menores signos que apontavam para este sentido (como conseguir tomar um transporte público) eram valorizados e incentivados por aqueles que a cercavam.

Além dos pacientes citados acima, mais um dezena de sujeitos com quem se travou contato durante a pesquisa completavam uma paisagem composta de vivências (muitas vezes perturbadoras), dificuldades e expectativas. De uma forma, ou de outra, a associação entre déficit cognitivo e esquizofrenia fazia parte do modo como se descrevia os pacientes incluídos no protocolo de pesquisa e, em muitos casos, no modo como estes se auto-descreviam. Ficava claro que esta associação, no caso destes pacientes, havia se tornado uma espécie de “idioma” para expressar suas queixas quotidianas. Porém, para além de qualquer discurso que identificasse estes déficits a problemas de ordem cerebral, o que se observava em todos eles era a preocupação com problemas de ordem eminentemente prática: passar em um concurso, entrar em um mestrado, gerir o seu quotidiano, estudar melhor, conseguir trabalhar novamente, deixar de depender das bolsas do governo, não depender dos pais..., enfim, se



aproximar ao máximo do mundo dos “normais”. Neste sentido, entendia-se porque os déficits cognitivos na esquizofrenia eram frequentemente associados à noção de funcionamento social pelos especialistas, mesmo que fosse difícil precisar exatamente como se daria a cadeia causal que uniria estes dois pólos, dada a infinidade de variáveis entrepostas entre as funções cognitivas básicas estudadas e as ações humanas complexas envolvidas na vida em sociedade.

O discurso de cada um deles mostrava o quanto se estava mais próximo da noção de “falha no agir ordinário” proposta por Fulford, do que da noção de “falha nos sistemas de processamento de informação” proposta pelos pesquisadores. Uma questão permanecia em aberto, com relação a este ponto: os programas de remediação cognitiva adviriam linearmente das pesquisas em neurociências cognitivas, como se procurava justificar em artigos e na retórica construída para a sua validação? Ou existiria um momento anterior, marcado pelas queixas subjetivas dos pacientes que relacionavam dificuldades cognitivas e dificuldades de agir ordinariamente, tal como os “normais”? O que vinha primeiro: os fatos acerca da esquizofrenia, ou os valores apresentados na queixa dos pacientes? Na verdade, esta questão só faria sentido se fosse possível de fato estabelecer uma dicotomia entre fato e valor no que concerne o problema dos déficits cognitivos na esquizofrenia e a sua remediação. No protocolo que observei, havia realmente uma demanda pré-existente nos pacientes para que alguns de seus problemas de ordem prática fossem levados em conta pelos profissionais, como conseguir ler um texto, estudar para um concurso, etc. Os encaminhamentos para a pesquisa foram feitos, em sua grande maioria, com base neste tipo de demanda. Porém, uma vez incluídos no protocolo, em um movimento circular, esta demanda era retrabalhada conceitualmente, re-descrita em um novo vocabulário, interpretada à luz de teorias e hipóteses sobre a esquizofrenia, e devolvidas aos pacientes de diversas maneiras: no encaminhamento feito para a pesquisa, nas entrevistas de pré-inclusão no protocolo, nas baterias de testes neuropsicológicos, nas sessões de psicoeducação e, finalmente, nas sessões de treinamento cognitivo propriamente ditas.

Ao longo deste processo, ficava cada vez mais claro para os pacientes a importância destas dificuldades na realização de determinadas expectativas sociais que demandam uma performance cognitiva ótima. Como expressa de forma exemplar a narrativa de Mlle. Guéant, ao final das suas 14 semanas de participação no protocolo:

*Tenho dificuldades em me concentrar e isto é uma desvantagem [handicap] para quem segue um curso universitário. Eu já me sentia assim antes, mas aqui as pessoas me fizeram ver com mais clareza tudo isso. Eles apontaram com precisão as minhas dificuldades. Ao colocarem o dedo sobre as minhas dificuldades, eles me fizeram ver coisas que eu não me dava totalmente conta.*

Desta forma, poderíamos falar, como Ian Hacking, na produção de um efeito de *looping*, em que aquilo que se observava em determinados *tipos humanos* era incorporado ao modo de os especialistas os descreverem. Ao mesmo tempo, a partir desta descrição, uma nova imagem de si lhes era devolvida. Em um movimento de interação dinâmica, isto provocaria uma mudança na linguagem, ou no “idioma”, utilizado para falar de si e das suas dificuldades. De acordo com o filósofo, esta mudança pode acarretar transformações nas descrições futuras dos especialistas, e assim por diante, em um movimento em espiral sem fim. Isto não invalidaria a existência de qualquer coisa no espectro da esquizofrenia que se poderia nomear como déficit cognitivo, mas apenas apontaria como esta noção seria móvel, sujeita a transformações, no momento em que mutações antropológicas se produzissem na forma dos pacientes expressarem as suas queixas, e no contexto em que certos fatos se apresentam como dotados de valor.

Um último ponto completa esta análise acerca da inextricável presença de valores quando se trata da questão do déficit cognitivo na esquizofrenia: o do contexto macrossociológico em que as descrições microssociológicas que se procurou fazer se inserem. Este ponto completa o panorama que tem por intenção alargar as possibilidades de compreensão do interesse recente dos déficits cognitivos na esquizofrenia, bem como o desenvolvimento e validação de métodos para a sua remediação.

### 3.3.8 Das instituições totais ao mandato da vida autônoma.

A vida das pessoas designadas como portadores de esquizofrenia mudou inteiramente nas últimas décadas no mundo ocidental. Atualmente, conviver com uma psicose no interior das sociedades liberais difere em vários sentidos do modo descrito por Erving Goffman em seu estudo pioneiro sobre a condição social dos doentes mentais, publicado no início dos anos 1960 nos Estados Unidos (GOFFMAN, 1968). Neste estudo, Goffman analisou um quadro institucional onde o tratamento das pessoas acometidas de uma perturbação mental grave se dava em um ambiente fechado, a saber, os asilos psiquiátricos. Esses sujeitos viviam uma vida reclusa, separada do mundo externo durante um período relativamente longo (não raro, por toda a vida), e minuciosamente regado por normas homogeneizantes. Os altos muros que ainda hoje cercam Sainte Anne simbolizam esta

orientação institucional passada que impedia toda e qualquer tipo de troca com o exterior, bem como a possibilidade do estabelecimento de relações sociais ordinárias. Goffman cunhou o termo “instituição total” para pensar conceitualmente esta situação de controle sobre a vida, que interditava aos enclausurados o direito a uma existência autônoma, independente, singular.

No prefácio da edição francesa do livro de Goffman, Robert Castel sublinha que, do ponto de vista de uma análise sociológica, a instituição psiquiátrica representava “um meio patogênico privilegiado, não tanto por que ali são encontrados os doentes mentais, mas por que se trata de uma instituição total... há um trágico da despersonalização, do amontoamento de pessoas e da planificação burocrática dos seus desejos e de suas necessidades, que em nada deve à doença mental” (CASTEL R. In GOFFMAN, 1968). Em seu clássico, *A Ordem Psiquiátrica*, Castel vai ainda mais longe em sua sociologia crítica, ao afirmar que

[...] medicalizar um problema, é mais deslocá-lo do que resolvê-lo, porque é autonomizar uma de suas dimensões, trabalhá-la tecnicamente, e assim recobrir a sua significação socio-política para fazer dela uma questão puramente técnica, repousando sobre a competência de um especialista *neutro*... A neutralidade médica constituiu como o seu 'fora' o que era o seu 'dentro'. Ao fazer *como se* o conjunto de problemas que lhe são apresentados fossem dirigidos à sua competência apenas, ela reproduz através de cada uma de suas intervenções concretas, a escolha política que constitui o estatuto social do alienado. A medicina mental reproduz, logo, a exclusão social. Mas ela lhe dá a sua forma a mais humana justificando em termos médicos as suas razões e tratando em termos médicos os seus efeitos (CASTEL, 1972, p. 206).

Em outras palavras, em uma tal perspectiva crítica, a medicina mental, simbolizada neste período pela *instituição total* goffmaniana, seria tão somente uma estratégia de racionalização da vida, típica de uma sociedade disciplinar, que teria como objetivo real implícito o isolamento, o controle e, por fim, a exclusão do que ameaçava uma a norma social constituída. Como consequência, haveria a imposição de um regime de alienação social aos sujeitos capturados por este dispositivo de poder; uma alienação que não derivaria da doença propriamente dita, mas de um tratamento institucional coletivo e homogeneizante, redundando no “apagamento de singularidades”, “mortificação” e em “desposseção subjetiva”. Assim, esta tradição sociológica crítica considerava a psiquiatria, não como uma disciplina verdadeiramente terapêutica, mas como mandatária de forças de exclusão e aprisionamento voltadas para formas de existência não aceitas socialmente, dada a sua radical e ameaçadora diferença. As palavras-chave neste contexto eram o “desvio” e a sua contrapartida política, o “controle”.

Atualmente, passados quase meio século destas descrições socio-antropológicas, dispositivos de tratamento como a “remediação cognitiva”, a “psicoeducação” e o

“treinamento à aquisição de habilidades sociais”, vigoram na medicina mental parisiense. Os pacientes com os quais tive contato, jovens em sua grande maioria, nunca tiveram o asilo como uma realidade em suas vidas. Em cada recaída, o esforço maior do *staff* das emergências dos hospitais psiquiátricos franceses é que o paciente permaneça hospitalizado o menor tempo possível<sup>138</sup>. Em suma, a medicina mental da atualidade, bem como seu dispositivo institucional, está bem distante daquela retratada pelo conceito de “instituição total”. Pois, como explicita Marcel Gauchet (2007), no prefácio da nova edição do seu *La Pratique de L’Esprit Human*, escrito com Gladys Swain, se a novidade asilar é marcada pela união entre enclausuramento e tratamento, por fazer do isolamento o suporte e o vetor da terapêutica, na atualidade, o laço que amarrava o binômio enclausuramento-tratamento se desfez. Ao desfazer-se, deslocou a instituição psiquiátrica de função, além de ter contribuído para a transformação das representações leigas e científicas das patologias mentais e para a modificação da experiência daqueles que recorrem aos serviços de psiquiatria na atualidade. O hospital, na psiquiatria pública francesa, assim como na maioria das sociedades liberais avançadas, não é senão “um” dos elementos que compõem a rede complexa de dispositivos institucionais que acompanham o sujeito acometido de uma perturbação mental grave ao longo do seu percurso de vida.

O movimento de desospitalização francês foi marcado pela chamada psiquiatria de setor, instaurada a partir de dois decretos, entre os anos 1960 e 1970. Para viabilizar o tratamento de pacientes psiquiátricos para além dos muros dos asilos, criou-se na França uma série de dispositivos extra-hospitalares, como Centros Médico-Psicológicos (CMP), Centros de Acolhida Terapêutica a Tempo Parcial (CATTP), hospitais-dia, apartamentos terapêuticos, apartamentos associativos, alojamentos familiares, hospitalização em domicílio... Se, como descreveu Goffman, as “instituições totais” representavam uma ruptura com o universo familiar, no modelo atual, a família é um dos principais vetores do sucesso de um tratamento. Com as sessões de psicoeducação direcionadas para os familiares, instrui-se cada pessoa deste círculo a respeito das perturbações mentais, dos seus efeitos, da forma de se lidar com o membro doente, da importância da família como um coadjuvante em um tratamento bem-sucedido, etc. Se as “instituições totais” eram incompatíveis com a relação trabalho-salário, hoje em dia é ideal que um paciente psiquiátrico possa ter uma atividade profissional remunerada, mesmo que em um ateliê protegido. Quando este não se sente capaz, o trabalho

---

<sup>138</sup> Esta é a regra no sistema psiquiátrico de qualquer sociedade liberal democrática da atualidade. Um bom exemplo de descrição etnográfica deste tipo de realidade é o trabalho da antropóloga americana Lorna Rhodes, que descreveu a lógica de funcionamento de uma unidade psiquiátrica de emergência dos anos 1990, nos Estados Unidos (RHODES, 1991).

permanece, em larga medida, como um horizonte ideal (nem sempre possível) a ser alcançado. Se as “instituições totais” levavam a uma despersonalização trágica do sujeito, na medida em que, ao isolá-lo do mundo externo, impedia-o de gerir “identidades sociais múltiplas”, atualmente a situação relatada pelos pacientes com os quais se teve contato é exatamente o contrário: o de como conseguir desempenhar os vários papéis sociais, na esfera pública, como na privada, exigidos pelo universo complexo de uma grande metrópole europeia deste início de século XXI.

Enfim, um consenso guia a orientação da política de setor francesa, assim como a de qualquer país industrializado: as pessoas acometidas de patologias mentais severas devem ser tratadas no interior da comunidade, próximas do seu círculo familiar e das relações sociais ordinárias. O acompanhamento institucional regular tem duas funções principais neste contexto: em primeiro lugar, a estabilização e, por fim, a inserção desta população, na medida do possível, no tecido social, o que se materializa pelas noções de funcionamento social e autonomia pessoal.

Em um tal modelo, todos os que gravitam em torno de uma patologia mental grave se vêem transformados, incluindo aí os pacientes, os seus familiares e os profissionais de saúde mental. A antropóloga americana Lorna Rhodes (1991), por exemplo, descreve como o movimento de desinstitucionalização reconfigurou o papel de todos os atores engajados no tratamento de patologias mentais. Em seu trabalho de campo, ela mostra as tensões e as contradições vividas e negociadas cotidianamente pelo *staff* de uma unidade de emergência psiquiátrica do fim dos anos 1980, nos Estados Unidos, onde um “mandato impossível” deveria ser seguido: o de liberar os pacientes o mais rápido possível e, ainda assim, tratá-los de uma forma adequada. Contrariamente à lógica manicomial, favorável à permanência em regime fechado dos doentes, Rhodes mostra como o serviço de emergência que observou tinha como meta “esvaziar leitos” [*emptying beds*]. Deste modo, este tipo de instituição criava um espaço indefinido de circulação dos pacientes, que passavam a errar de um território a outro, que, além de serviços de urgência, incluíam múltiplos espaços e serviços urbanos.

De forma semelhante, Jerry Floersch (2002) em sua etnografia de um dispositivo extra-hospitalar americano do início dos anos 2000, chamado “gestão de casos” [*case management*], descreveu um universo onde os assistentes sociais (e não os psiquiatras, psicoterapeutas e enfermeiros) eram os principais agentes do tratamento dentro da comunidade. Denominados “gestores de caso” [*case managers*], estes profissionais coordenavam respostas às necessidades múltiplas dos usuários, manejavam as burocracias

“por eles” ou “com eles”<sup>139</sup>, e os ajudavam a desenvolver competências necessárias para viver fora dos muros dos manicômios. De acordo com Floersch, seis dimensões diferenciam o campo da comunidade (lugar de gestão do *case management*) do hospital psiquiátrico:

<b>DIMENSÕES</b>	<b>COMUNIDADE</b>	<b>HOSPITAL PSIQUIÁTRICO</b>
<b>Espaço</b>	Comunidade Aberta	Clínica Fechada
<b>Tempo</b>	Privado / Pessoal	Institucional
<b>Mobilidade</b>	Corpos Móveis	Corpos fixados em um espaço
<b>Economia</b>	Economia de Mercado e de Consumo	Economia Socializada
<b>Saber Disciplinar</b>	Farmacológico / Médico [ <i>medical</i> ] / <i>Case Management</i>	Médico [ <i>medical</i> ] / Psiquiátrico
<b>Ajudante e Beneficiário do Serviço</b>	<i>Case Manager</i> e Usuário	Médico e Paciente

Neste esquema proposto, Floersch tenta mostrar como cada dispositivo reproduz relações sociais e conduz o sujeito a uma “carreira moral” distinta. Tratar o doente na cidade, ou na comunidade, significa inscrevê-lo em uma nova rede de relações sociais e econômicas nem sempre adaptadas às suas necessidades. Logo, uma nova forma de tratar, com novos objetivos, novos atores, novos objetivos, se desenha na lógica pós-hospitalar, assim como uma outra forma de ser doente.

Além da transformação dinâmica do papel dos profissionais implicados no tratamento das patologias mentais, alguns trabalhos se voltaram para a compreensão do universo complexo vivido pelas pessoas acometidas de patologias mentais severas à partir da desinstitucionalização. Como exemplo maior, cito o trabalho de Sue Estroff (1981), desenvolvido no cenário americano do final dos anos 1970. A autora descreve de uma forma

<sup>139</sup>Floersch desenvolve os conceitos “fazer por” [*doing for*] e “fazer com” [*doing with*] para se referir aos saberes locais utilizados pelos *case managers* na avaliação e acompanhamento dos usuários, em função dos seus diferentes graus de autonomia. Livia Velpy (2008), em seu trabalho de campo sobre a realidade francesa, acrescenta um terceiro grau de autonomia, o “fazer fazer” [*faire faire*], em que se instrumentaliza e delega responsabilidades de autogoverno ao usuário, sempre que este estiver em condições de ultrapassar os dois primeiros graus descritos acima.

aprofundada o cotidiano de um grupo de pessoas que, apesar do seu "equilíbrio precário", marcado por dificuldades e recaídas, viviam no interior da comunidade, em um meio urbano, e que participavam (ou haviam em algum momento participado), de um programa de tratamento intensivo, concebido como uma alternativa à sua hospitalização. Estroff tenta penetrar neste mundo, adotar o ponto de vista desta população, descrever "o que é ser um paciente psiquiátrico na cidade". Sua descrição mostra elementos do seu dia-a-dia, tais como a relação com os medicamentos, a vida nos apartamentos terapêuticos, o laço muitas vezes complexo com o trabalho, os modos de socialização, etc. Habilidades aparentemente banais na vida dos "normais", como a capacidade para desenvolver uma atividade remunerada, para administrar a própria casa, para desenvolver relações sociais, para preparar as próprias refeições, para manter-se limpo, são descritas como atividades complexas, nem um pouco evidentes na vida desta população. Em suma, Estroff descreve uma nova experiência e uma outra forma de ser paciente no mundo da medicina mental, onde a gestão de uma realidade muito mais complicada do que aquela do universo monótono dos asilos torna-se um fato inelutável.

A exemplo das instituições descritas por Rhodes, Estroff e Floersch, dispositivos como a remedição cognitiva também fazem parte deste universo "pós-instituição total", onde novos impasses, que demandam estratégias, se criaram: não se trata mais de libertar singularidades aprisionadas em um espaço carcerário que produz um "duplo da doença" – para citar a expressão célebre de Franco Basaglia –, mas de instrumentalizar cidadãos em dificuldade, desmunidos, para a sobrevivência dentro da cidade, em um espaço aberto, complexo, que exige habilidades relacionais e capacidades sociais de cada um de nós. Uma vez ultrapassada a realidade dos manicômios, os profissionais de "saúde mental" se vêem às voltas com a nova tarefa de inserir os sujeitos nos circuitos da vida social ordinária, ao mesmo tempo que uma nova imagem do doente mental se constitui: este se torna um "usuário" de serviços, informado acerca de sua patologia, batalhando para fazer parte das redes que compõem o nosso ideal de vida contemporâneo: trabalho, relações sociais, responsabilidade, autonomia, consumo, participação de atividades, reconhecimento...

Este contexto, descrito por antropólogos e sociólogos da medicina mental, estava a todo momento presente nesta pesquisa, seja no modo como o *staff* se referia a um paciente, seja na forma que os terapeutas se referiam ao seu trabalho, seja na maneira pela qual os pacientes descreviam as suas vidas. Isto dava margem a uma questão fundamental: será que a valorização dos déficits cognitivos na esquizofrenia, bem como a sua remediação, poderiam ser dissociados deste contexto recheado de valores, como autonomia e independência? Será

que estes pacientes poderiam formular as suas queixas em termos de desvantagem [*handicap*], dificuldades de memorização, de concentração, de raciocínio, de organização das ações, em um contexto onde estes fatos não constituíssem valores importantes para a sua inserção no espaço urbano? De que serviria passar em um concurso, ou entrar em uma faculdade, em uma realidade asilar? De que serviria uma performance cognitiva excelente no interior de uma “instituição total”? Neste sentido, se a valorização dos déficits cognitivos na esquizofrenia, bem como a elaboração de programas de remediação cognitiva, estavam ligados, de uma forma, ou de outra, a teorias unificadas sobre esta patologia, eles não poderiam ser dissociados das demandas de inserção social geradas pelo contexto analisado neste item. Em um ensaio clínico ideal se deseja eliminar o julgamento humano da sua produção. Entretanto, o estilo de raciocínio em jogo nos modelos que se procurou descrever nesta tese mostram que qualquer produção discursiva sobre os seres humanos não pode ser separada dos valores impressos pelas instituições, pela linguagem e pelo mundo social em que estes se inserem.



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incrível desenvolvimento das neurociências cognitivas nas últimas décadas passou a chamar a atenção dos pesquisadores em ciências humanas. Por que este superinvestimento recente em representações que tomam o cérebro como um ator social privilegiado? Que conseqüências sobre o nosso modo de pensar as ações humanas, os sentimentos morais e as emoções, este tipo de representação poderia ocasionar? Que impacto sobre disciplinas situadas entre o biológico e o social, como a psiquiatria, poderia existir? Porém, interessa-se muito sobre o que as neurociências dizem, mas pouco sobre o que elas fazem. Em sociologia e antropologia, dispõe-se sobretudo de pesquisas preocupadas em fazer uma crítica política destas disciplinas, por vezes marcadas pela retórica do “controle social” e da “medicalização da vida”. Tem sido raro, até o presente, encontrar trabalhos de campo em sociologia e em antropologia que descrevam estas práticas em ação. Talvez isto se deva à alta tecnicidade das disciplinas neurocientíficas, que faz com que o interessado em estudá-las de um ponto de vista sócio-antropológico veja-se obrigado a adquirir uma familiaridade com conceitos, estilos de pensamento e questões muito diferentes do seu campo de origem. Entretanto, é no campo concreto das práticas clínicas e terapêuticas que a eficácia das neurociências pode ser avaliada. Mas esta eficácia seria de que natureza? Sobre o que se estaria agindo? Como elas constroem as entidades sobre as quais agem os seus remédios? Como são construídos os seus experimentos?

Esta tese se dedicou a fazer uma investigação empírica, de cunho antropológico, sobre a tentativa de validação de uma técnica de tratamento para a esquizofrenia, baseada em hipóteses e teorias oriundas das pesquisas acerca da fisiopatologia desta entidade nosográfica, tendo o cérebro como órgão privilegiado de estudo. Com isto, tentou-se alargar as possibilidades de compreensão de como o remodelamento de uma determinada representação científica para a esquizofrenia era capaz de provocar impactos reais na forma se conceber os problemas práticos colocados por esta categoria, e, sobretudo, na forma de remediá-los.

No remodelamento da imagem científica da esquizofrenia observado, esta era concebida como uma anomalia neurodesenvolvimental, que tinha como núcleo central, não os clássicos sintomas positivos que caracterizam popularmente a loucura, mas déficits no processamento de informações que, por sua vez, provocariam dificuldades em diversas funções cognitivas de base, como a capacidade para a memorização de informações, para manter o foco da atenção, para raciocinar logicamente, para planejar uma seqüência de ações,

para mudar o curso de uma ação diante de um obstáculo, entre outros conceitos neuropsicológicos. Em decorrência desta forma inovadora de se conceber a esquizofrenia, programas de tratamento inspirados da clínica neurológica foram adaptados para treinar estas funções deficitárias: os chamados programas de remediação cognitiva.

Como se observou uma unidade de pesquisa em ação, compromissada com a produção constante de inovações científicas, o olhar analítico adotado neste trabalho inspirou-se em larga medida nos chamados *Estudos Sociais da Ciência*. O acompanhamento desta unidade de pesquisa se deu em fases sucessivas, indo de um ponto de vista distanciado (onde se tentou retrair o modo pelo qual a categoria de esquizofrenia era redefinida) até uma perspectiva hiper-aproximada, com a descrição de cenas do cotidiano desta equipe, das suas práticas e dos pacientes que participaram do programa.

Na primeira parte desta tese, se teve a intenção de colocar em contexto o protocolo de pesquisa para a validação de uma técnica de remediação cognitiva, que se viria a descrever mais tarde. Com isto se dava uma noção de conjunto, em que cada elemento se relacionava a outros, de uma forma articulada e coerente, segundo as justificativas para agir fornecidas pelos atores sociais em questão, a saber, o que se nomeou como *clínicos-pesquisadores*. Estes sujeitos mostravam o quanto era necessário, na pesquisa em psiquiatria, simplificar a complexidade, caso se quisesse participar de uma determinada *cultura epistêmica*, mais preocupada com o “reino das causas” do que com o “espaço das razões”. Participar desta cultura não implicava em “descobrir fatos verdadeiros” a propósito das entidades nosográficas estudadas, mas adotar metodologias de pesquisa valorizadas e aceitas pelos seus pares, que “produzissem fatos confiáveis”. Estas metodologias deveriam ser capazes de produzir dados quantificáveis, padronizáveis e comparáveis, o que obrigava esta unidade a se concentrar em feições relativamente pouco complexas de categorias como a esquizofrenia. Estas feições privilegiavam o que haveria de transversal aos sujeitos enquadrados nesta categoria (como buscavam as pesquisas em oculomotricidade descritas), em detrimento de características relativamente dependentes da interpretação de contextos locais, como as crenças delirantes, por exemplo.

Procurou-se descrever como a adoção de determinadas posições metodológicas era indissociável do contexto institucional em que esta unidade de pesquisa se inseria, segundo a noção de *simetria generalizada*. Para se manter como uma importante produtora de conhecimentos, com reconhecimento local, a unidade de pesquisa de Sainte Anne deveria que se adaptar a certas exigências institucionais que regem a pesquisa biomédica contemporânea, como: produzir uma certa quantidade de protocolos de pesquisa por ano, ter um projeto geral

de pesquisas que unificasse todas as atividades ali desenvolvidas, conseguir publicar um grande número de artigos em revistas científicas bem classificadas, manter estudos colaborativos com outras equipes de pesquisa, etc. Isto garantiria a sua existência, a expansão de suas atividades, bem como a de suas fontes de financiamento. Para manter um certo nível de produtividade, a associação com outras equipes mostrava-se como fundamental. Ela permitia a realização de estudos multicêntricos, com grande inclusão de pacientes, o que na medicina mental (talvez mais do que em qualquer outra disciplina médica, dada a complexidade do seu objeto e a amplitude das controvérsias que cercam este campo), garantia a produção de enunciados estáveis, menos fáceis de desmontar.

Na *cultura epistêmica* a qual estes profissionais pertenciam, a adoção de um projeto geral de pesquisas também era fundamental. Este deveria ser coerente e conseguir articular todas as atividades ali desenvolvidas. Como a identificação de signos precoces para a esquizofrenia era o seu tema de pesquisa, e eles trabalhavam com modelos animais, pesquisas em genética psiquiátrica, em neuropsicologia, assim como programas de intervenção terapêutica, era necessário encontrar estratégias de justificação destas atividades em torno de um denominador comum. Estas estratégias de justificação giravam em torno do modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia e da noção de endofenótipo. Estes permitiam a criação de uma imagem científica unificada e coerente desta categoria, possibilitando a criação de protocolos de pesquisa afinados com as exigências metodológicas de quantificação, padronização e comparação de resultados. Entretanto, um dos resultados práticos da adoção destes modelos era a desvalorização da dimensão semântica da psicose, em detrimento de feições mais simples da esquizofrenia. Aliás, este modelo permitia expandir os estudos para além de uma definição estrita desta categoria, para uma definição mais alargada, que incluía categorias aparentadas (o transtorno de personalidade esquizotípica, por exemplo), bem como características encontradas em familiares de portadores deste diagnóstico. Nestas hipóteses e modelos, valorizava-se os déficits cognitivos na medida em que se desvalorizava os sintomas psicóticos na caracterização do espectro da esquizofrenia. Diferentemente dos sintomas psicóticos (que lidam com noções como “sentido”, “contexto”, “visão de mundo”, caras às tradições hermenêuticas da psiquiatria), os déficits cognitivos podiam ser facilmente manejados e quantificados por instrumentos de aferição. Isto tornava mais cômoda a comparação entre populações diferentes e a integração com pesquisas em genética e modelos animais, visto que estes traços de vulnerabilidade se situariam em um nível subpessoal, a-semântico, não-intencional, interdependentes de qualquer contexto singular de descrição.

A sustentação de enunciados deste gênero ia ao encontro de projetos internacionais de grande amplitude, como o projeto MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*), cujo objetivo é lançar bases sólidas para ações terapêuticas eficazes sobre a dimensão dos déficits cognitivos no espectro da esquizofrenia. Este tipo de projeto, seguido de perto pela unidade de Sainte Anne, sustenta que 85% dos portadores do diagnóstico de esquizofrenia sofreriam de déficits cognitivos e que estes seriam a principal causa dos problemas de inserção social desta população. Como abordagens farmacológicas se revelaram como ineficazes até o momento, práticas de treinamento cognitivo, inspiradas da clínica neurológica, foram desenvolvidas nas últimas décadas para treinar dimensões como a memória, a atenção e as funções executivas de pacientes pertencentes ao espectro da esquizofrenia.

A segunda parte desta tese se concentrou sobre a elaboração do protocolo de pesquisa para a validação de um novo programa de remediação cognitiva, o programa THERECS. Procedeu-se inicialmente por uma análise dos sentidos históricos dados à noção de validação de uma prática médica. Conjugando teses de diversos historiadores da medicina, em especial a de Harry Marks, admitiu-se que a garantia de objetividade científica nos ensaios clínicos controlados seguiu dois grandes modelos: o primeiro, que vigorou em sua plenitude na primeira metade do século XX, era caucionado por um conselho de especialistas, que legislava sobre a justeza das práticas clínicas em questão. O segundo, que passou a vigorar a partir da segunda guerra mundial, foi balizado pelos *Ensaio Clínicos Randomizados*. Este modelo, que mantém a sua hegemonia até o presente, substituiu a autoridade de especialistas por metodologias padronizadas que pudessem ser aplicadas por qualquer médico. Estas privilegiavam muito mais as evidências impessoais, extraídas da padronização de grandes amostras, do que o julgamento clínico individual.

Procurou-se mostrar como na medicina mental a aplicação dos *Ensaio Clínicos Randomizados* se revelou como problemática, o que refletiu em um atraso de 40 anos no uso generalizado deste tipo de metodologia nesta disciplina. O motivo disto era a sua posição anômala com relação ao restante das especialidades médicas. Com a crise de legitimidade vivida por esta disciplina a partir dos anos 1960, desejou-se incluí-la de vez na mesma lógica que guiava as pesquisas no restante da medicina. Entretanto, para que fosse possível aplicar um ECR na psiquiatria, seria necessário redefinir os alvos de ação dos experimentos e, conseqüentemente, o objeto de estudo desta disciplina: sairia de cena tudo o que dependeria de narrativas pessoais, de conteúdos biográficos e do julgamento clínico individual. Entrariam em cena a padronização diagnóstica (representada pela revolução trazida com o DSM III), as

escalas de aferição de sintomas e de funcionamento social, bem como as metodologias de pesquisa centrada na produção de dados logicamente independentes de contextos singulares.

Tendo este contexto em vista, desejou-se mostrar como o protocolo de pesquisa para a validação do programa de remediação cognitiva THERECS foi montado. Descreveu-se, através de depoimentos e entrevistas, como este programa foi concebido e, em que circunstâncias ele foi capturado por uma rede científica de parceiros, com vistas à sua validação. Validá-lo seria importante por várias razões: em primeiro lugar, se poderia distingui-lo das técnicas de auto-ajuda cerebral populares na cultura de massa, contestadas por especialistas; em seguida, a validação serviria para atar o nome de cada um dos centros de pesquisa envolvidos a uma técnica inovadora, o que permitiria a publicação de resultados em revistas bem classificadas, e aumentaria a credibilidade e visibilidade destes centros. Neste caminho, voltam à cena as exigências institucionais de equipes de pesquisa em busca de protocolos de pesquisa factíveis e afinados com métodos exigidos pela *cultura epistêmica* a qual participam. Para conseguir conciliar validar um método deste gênero, um rede científica de parceiros teve que ser montada, equilibrando interesses distintos: a rede que se apelidou de *Paris-Lyon-Lausanne-Etc.*

Descreveu-se, em seguida, cada etapa prevista no protocolo para que se conseguisse estabilizar o programa THERECS como técnica válida. Neste momento, voltou-se para as estratégias de produção de ordem, de regularidades e de padrões, em uma prática clínica aplicada à esquizofrenia. Entre estas estratégias estariam: 1) a seleção de um ponto sólido de comparação, isto é, de um método controle compatível e já validado; 2) a seleção de métodos de aferição de déficits cognitivos, que serviriam como o que Bruno Latour chamou de *dispositivos de inscrição*, ou seja, instrumentos de produção de dados passíveis de serem transformados em gráficos, curvas de evolução, imagens, ou qualquer outra forma de exibição visual que expressasse dados quantitativos padronizados; 3) a seleção de uma população homogênea e estabilizada, que teria os déficits cognitivos como característica unificadora central. Todas estas estratégias metodológicas atuariam no sentido de eliminar valores individuais e perspectivas locais que poderiam “sujar” a qualidade dos resultados e comprometer a validade científica do protocolo.

A terceira e última parte desta tese teve dois objetivos interligados: em primeiro lugar, fazer uma descrição de todas as etapas acompanhadas do protocolo para a validação do programa THERECS. A observação *in situ* destas etapas mostra que, entre os regimes de justificação de uma pesquisa clínica em psiquiatria, e o seu desenvolvimento real, permanece sempre uma zona de indecisão, em que não se pode encadear causalmente todos os elos da

cadeia. Tentou-se mostrar como a produção de objetividade na medicina mental, ou seja, de fatos livres de valores, é especialmente complexa. Apesar dos modelos funcionalistas que subjazem estas práticas de treinamento, isto se manifestou em diversas etapas da observação: ora na necessidade da adoção de um julgamento clínico tácito para se determinar o que se entende como “estabilização”, no espectro da esquizofrenia; ora na impossibilidade de se dividir o sujeito em sub-sistemas de processamento de informações em um *setting* terapêutico real; ora na invasão de variáveis estranhas ao treinamento cognitivo puro e simples que poderiam interferir nos resultados finais obtidos, como o desenvolvimento de um laço terapêutico afetivo.

Em segundo lugar, tentou-se mostrar como estes discursos e práticas que circulavam nesta equipe de pesquisa, ao mesmo tempo que interagiam com os pacientes, na modificação da sua auto-descrição, também eram engendrados por um contexto social particular. Como em um efeito de *looping*, tal como o define Ian Hacking, estes discursos e práticas remodelavam o modo como pacientes e profissionais descreviam o problema da esquizofrenia, colocando os déficits cognitivos em primeiro plano. Entretanto, ao mesmo tempo, estas práticas e discursos só poderiam fazer sentido dentro de um contexto social particular, marcado pela desospitalização. Neste, tecnologias humanas (como o treinamento para a aquisição de habilidades sociais, a psicoeducação), inovações médicas (como as técnicas em remediação cognitiva) e representações científicas (esquizofrenia como problema neurodesenvolvimental), formariam um sistema indissociável. Apesar da utilidade de aparatos técnico-científicos na determinação das bases neuropatológicas de uma condição clínica, como a esquizofrenia, eles serão sempre submetidos a um acordo quanto aos motivos de incluir tal ou qual comportamento no campo do patológico. Este acordo, por sua vez, é inevitavelmente enraizado em uma norma social compartilhada, isto é, nos costumes de uma sociedade. No caso específico da pesquisa acerca dos déficits de funções cognitivas e executivas da esquizofrenia, a dimensão social da vida humana invade inexoravelmente o laboratório de pesquisas, *malgré lui*, como se procurou sustentar. Para que este tipo de pesquisa adquira sentido, é necessário todo um contexto social e institucional que contribua para que os déficits neurocognitivos sejam considerados como o núcleo central da esquizofrenia e o alvo da ação de estratégias terapêuticas específicas. Este contexto reenvia diretamente à situação concreta de vida das pessoas descritas como portadores de esquizofrenia atualmente em nossas sociedades, articulada a um contexto normativo externo à dimensão individual de cada sujeito.

Se a atenção dos pesquisadores se voltou nas últimas duas décadas para as dificuldades cognitivas e executivas da esquizofrenia, é porque, no contexto social e institucional atual, funções como a memória, a atenção, o reconhecimento de emoções, a capacidade para planificar e executar uma ação são indispensáveis para que os sujeitos possam “funcionar” de uma forma autônoma no interior da sociedade. Que utilidade prática esses constructos teóricos advindos das pesquisas em neurociências e em ciências cognitivas poderiam ter no universo monótono e regrado do asilo? Para que serviria utilizar *jogos de linguagem* como “função executiva”, “atenção seletiva”, “memória de trabalho”, “atenção visuo-espacial, senão em um contexto onde esses constructos podem orientar a ação dos profissionais, pesquisadores e mesmo dos pacientes? Neste sentido, não se é apenas confrontado com problemas de ordem metodológica, mas também a mudanças institucionais, concepções de pessoa e a normas sociais. Esta nova normatividade social, expressa por este tipo de práticas, discursos e instituições, pode ser descrita por aquilo que o sociólogo Alain Ehrenberg chamou de “sociedade da autonomia generalizada” (EHRENBURG, 1998, 2005), em que o valor da disciplina se tornou inferior ao da autonomia. Esta última se caracteriza pela ancoragem na vida quotidiana nos ideais de realização pessoal e iniciativa individual. Da mesma forma, a responsabilidade individual está intimamente ligada a estes ideais, tão pregnantes na sociedade francesa contemporânea. Neste modelo, a socialização bem sucedida consiste em esquemas que obrigam cada um de nós a ser agente da sua própria mudança, através da transformação permanente de si e do desenvolvimento de competências sociais, relacionais e cognitivas. Isto pôde ser constatado no discurso de cada paciente entrevistado ao longo da pesquisa, bem como dos profissionais e terapeutas dedicados ao seu cuidado. Não se trataria de libertar almas aprisionadas por forças sociais coercitivas, mas de armar cidadãos livres em dificuldade. Se as abordagens em termos de desenvolvimento neurocognitivo começam a ganhar força no mundo da psiquiatria globalizada, é também porque estas competências ocupam um valor social decisivo para uma boa socialização ao longo da vida naquela sociedade. Se estas abordagens oriundas das neurociências possuem elas mesmas um valor social tão grande na atualidade, apesar dos fracos resultados em matéria de fisiopatologia da esquizofrenia, é também porque elas fazem parte de uma dinâmica global em que a luta contra as desigualdades passa por competências que permitam a cada um ser o agente da sua própria mudança.

## REFERÊNCIAS

- ABBOTT, A. *The system of professions: an essay on the division of labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- ACKERKNECHT, E. *A short history of medicine*. Rev. ed. Baltimore: John Hopkins University Press, 1982.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. Washington D.C., 2000.
- ANSCOMBE, G. E. M. *Intention*. Cambridge: Harvard University Press, 2000.
- BARON, J. S. *Neuropsychological evaluation of the child*. New York: Oxford University Press, 2004.
- BARR, C. E.; MEDNICK, S. A.; MUNK-JØRGENSEN, P. Exposure to influenza epidemics during gestation and adult schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, v. 47, p. 869-874, 1990.
- BARRETT, R. *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998.
- BELLACK, Alan S. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizophrenia Bulletin*, v. 18, n. 1, p. 1-156, 1992.
- \_\_\_\_\_. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, v. 32, n. 3, p. 432-442, 2006.
- BENEDICT, R. Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, v. 10, p. 59-80, 1934.
- BERRIOS, G. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XX*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- \_\_\_\_\_.; LUQUE, R.; VILLAGRÁN, J. Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003, v. 3, n. 2, pp. 111-140, 2003.
- BEAULIEU A. From brainbank to database: the informational turn in the study of the brain. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 35, p. 367-390, 2004.
- \_\_\_\_\_. Images are not the (only) truth: brain mapping, visual knowledge, and iconoclasm, *Science, Technology & Human Values*, v. 27, n. 1, p. 53-86, 2002.
- BOYLE, M. *Schizophrenia: a scientific delusion?*. London: Routledge, 1990.



BRENNER, H. D. Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Scandinavica*, v. 102, suppl. 407, p. 74-77, 2000.

BRIAND, C. et al. Including integrated psychological treatment as part of standard therapy for patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 194, n. 7, July 2006.

BUSCH, R. On the history of cystic fibrosis. *Acta Universitatis Carolinae, Praha*, n. 36, v. 1-4, p. 13-5, 1990.

CALLON, M.; FERRARY, M. Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies Pratiques*, n. 13, 2006/2.

\_\_\_\_\_. *L'esprit malade : cerveau, folie, individus*. Paris: Ithaque, 2009.

CASTEL, P.-H. *À quoi résiste la psychanalyse?* Paris: PUF, 2006.

\_\_\_\_\_. *La querelle de l'hystérie : la formation du discours psychopathologique en France (1881-1913)*. Paris: PUF, 1998.

CASTEL, R. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Éditions de Minuit, 1981.

\_\_\_\_\_. *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'alienisme*. Paris: Éditions de Minuit, 1976.

CASTEL, R.; CASTEL, F.; LOVELL, A. *The psychiatric society*. New York: Columbia University Press, 1982.

CHUNG, M.; FULFORD, W.; GRAHAM, G. Introduction: on reconceiving schizophrenia. In: \_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. (Ed.). *Reconceiving schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

CLARKE, E.; JACYNA, L. S. *Nineteenth century origins of neuroscientific concepts*. Berkley: University of California Press, 1987.

CONRAD, P. *The medicalisation of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University, 2007.

\_\_\_\_\_.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalisation: from badness to sickness*. Saint Louis: C. V. Mosby, 1980.

CROSSLEY, N. *Contesting psychiatry: social movements in mental health*. New York: Routledge, 2006.

DASTON, L. Objectivity and the escape from perspective. *Social Studies of Science*, v. 22, n. 4, p. 597-618, 1992.

\_\_\_\_\_.; GALISON, P. The image of objectivity. *Representations*, v. 40, p. 81-128, 1992.

DAVIDSON, D. Mental events. In: \_\_\_\_\_. *Essais on actions and events*. Oxford: Oxford University Press, 2002. p. 207-227

DEFRANCO, C.; TARBOX, A. R.; MCLAUGHLIN, E. J. Cognitive deficits as a function of years of alcohol abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. v. 11, n. 3-4, p. 279-93, 1985.

DELAHUNTY, A; MORICE, R. A. *Training program for the remediation of cognitive deficits in schizophrenia*. Albany: Department of Health, 1993.

DEMILY, C.; FRANCK, N. Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, v. 7, n. 8, p. 1029-1036, 2008.

DUMIT, J. *Picturing personhood: brain scans and biomedical identity*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

DUMONT, L. *Essais sur l'individualisme : une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris: Éd. du Seuil, 1983.

EACK, S et al. Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia - results from a 2-year randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, n. 7, 2010.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi*. Paris: O. Jacob, 1998.

\_\_\_\_\_. Le cerveau 'social': chimère épistémologique et vérité sociologique. *Esprit*, Paris, , p. 79-104, jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Les guerres du sujet. *Esprit*, Paris, n. 309, p. 74-85, 2004a

;

\_\_\_\_\_. Le sujet cerebral. *Esprit*, Paris, n. 309, p. 130-155, 2004b.

\_\_\_\_\_.; LOVELL, A. (Org.). *La maladie mentale en mutation: psychiatrie et société*. Paris: O. Jacob, 2001.

ESTERBERG, M. L.; COMPTON, M. T. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches. *Current Psychiatry Reports*, v. 11, n. 3. p. 179-84, June 2009.

ESTROFF, S. *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Paris: Empêcheurs de Parler en Rond, 1981.

FLANAGAN, O. *The science of mind*. Massachusetts: MIT Press, 2001.

FLECK, L. *Genesis and developement of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 2008.

FLOERSCH, J. *Meds, money and manners*. New York: Columbia University Press, 2002.

FRITH C, D. *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. Paris: PUF, 1996.

FULFORD, K. W. M. Facts/values: ten principles of values-based medicine. In: RADDEN, J. (Ed.). *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press, 2004.

\_\_\_\_\_. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

\_\_\_\_\_.; THORNTON, T.; GRAHAM, G. (Org.). *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2006.

GARRABÉ, J. *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers, 1992.

GAUDILLIÈRE, J.-P. *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*. Paris: La Découverte, 2006.

GEDDES, J. R.; HARISSON, P. J. Closing the gap between research and practice. *British Journal of Psychiatry*, v. 171, p. 220-225, 1997.

GEERTZ, C. Thick Description: towards an interpretative theory of culture. In \_\_\_\_\_, *The Interpretation of Cultures*, New York: Basic Books, pp. 3-30, 1973.

GELDER, M.; LOPEZ-IBOR, J.; ANDREASEN, N. *New Oxford textbook of psychiatry*, 2003.

GIOIA, G. A. et al. *BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function professional manual*. Lutz: PAR, 2000.

GLANON, W. Key concepts endophenotypes. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, v. 10, n. 3, p. 277-284, 2003.

GOFFMAN, E. *Asiles: étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Éditions de Minuit, 1968.

\_\_\_\_\_. La folie dans la place. In: \_\_\_\_\_. *La mise en scène de la vie quotidienne, 2 : les relations en public*. Paris: Éditions de Minuit, 1973.

GOTTESMAN, I.; GOULD, T. D. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, p. 636-645, 2003.

GREEN, M. F. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the 'right stuff' ? *Schizophrenia Bulletin*, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2000.

\_\_\_\_\_. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?, *American Journal of Psychiatry*, v. 153, p. 321-330, 1996.

GREEN, M. F.; NUECHTERLEIN, N. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 2, p. 309-318, 1999.

\_\_\_\_\_.; SATZ, P.; CHRISTENSON, C. Minor physical anomalies in schizophrenia patients, bipolar patients, and their siblings. *Schizophrenia Bulletin*, v. 20, p. 433- 440, 1994.

GROB, G. *From asylum to community : mental health policy in modern America*. Princeton: Princeton University Press, 1991.

GUTTENPLAN, S. *A companion to the philosophy of mind*. Oxford: Blackwell, 1994.

HACKING, I. Looping effects on human kinds. In: SPERBER, D. et al (Ed.). *Causal cognition: an interdisciplinary approach*. Oxford: Oxford University Press, pp. 351-383, 1995.

\_\_\_\_\_. *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1998.

\_\_\_\_\_. Making up people. In: HELLER, T. (Ed.). *Reconstructing individualism*. Stanford: Stanford University Press, 1986. p. 222-236

\_\_\_\_\_. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

\_\_\_\_\_. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press, 1999.

HEALY, D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

HEIL, J. *Philosophy of mind: a contemporary introduction*. New York: Routledge, 2004.

HOGARTY, G.; FLESHER, S. Cognitive remediation in schizophrenia: "Proceed... with caution!". *Schizophrenia Bulletin*, v. 18, n. 1, p. 1-156, 1992.

\_\_\_\_\_. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 4, p. 677-692, 1999a.

\_\_\_\_\_. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 4, p. 693-708, 1999b.

HORGAN, John. *A mente desconhecida: por que a ciência não consegue replicar, medicar e explicar o cérebro humano*. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.

HORWITZ, A. *Creating mental illness*. Chicago: Chicago University Press, 2002.

\_\_\_\_\_.; MAYES, R. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 41, n. 3, p. 249-267, Sum. 2005.

ISMAIL, B.; CANTOR-GRAAE, E.; MCNEIL, T. Minor physical anomalies in schizophrenic patients and their siblings. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, p. 1695-1702, Dec. 1998.

KANDEL, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 4, Apr. 1998.

KENDELL, R. E. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, v. 25, n. 2, p. 123-130, 1971.

KIM, J. *Philosophy of mind*. Boulder: Westview, 1998.

KIRK, S.; KUTCHINS, H. *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free, 1997.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New Brunswick: Aldine Transaction, 2008.

LATOURE, B. *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2005.

\_\_\_\_\_. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Ed. UNESP, 1998.

\_\_\_\_\_. *A esperança de Pandora*. Bauru: EDUSC, 1999.

\_\_\_\_\_. *Pasteur: guerre et paix des microbes, suivi de irréductions*. Paris: La Découverte, 2001a.

\_\_\_\_\_.; WOOLGAR, S. *Vie de laboratoire: la production des faits scientifiques*. Paris: La Découverte, 1996.

LAW, J. Notes on the theory of the actor network: ordering, strategy and heterogeneity. Lancaster University: Centre for Science Studies, 1992. Disponível em: <<http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Notes-on-ANT.pdf>>. Acesso em: nov. 2010.

LESACK, M. D., HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. *Neuropsychological assessment*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2004.

LORANT-ROYER, S. et al. Programmes d'entraînement cérébral et performances cognitives: efficacité, motivation... ou «marketing»? de la Gym-Cerveau au programme du Dr Kawashima. *Bulletin de Psychologie*, t. 61, v. 6, n. 498, p. 531-549, 2008.

LÖWY, I. *Cancer de chercheurs, cancer des cliniciens: trajectoire d'une innovation thérapeutique*. Paris: Archives Contemporaines, 1996.

\_\_\_\_\_. Essais cliniques. In: LECOURT, E. (Org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, 2004. p. 441-446.

LUHRMANN, T. *Of two minds: an anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books, 2000.

LUNDGREN, C. C; PERSECHINO, E. L. Cognitive group: a treatment program for head-injured adults. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 40, n. 6, p. 397-401, 1986.

MARKS, H. *The progress of experiment: science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 41, n. 3, p. 249-267, 2005.

MILLER, E. K; COHEN, J. D. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neurosciences*, v. 24, p. 167-202, 2001.

MISSA, J.-N. *Naissance de la psychiatrie biologique : histoires des traitements des maladies mentales au XX<sup>e</sup> siècle*. Paris: PUF, 2006.

MOUTAUD, B. C'est un problème neurologique ou psychiatrique?. In: MISSA, J.-N. (Org.). *Les maladies mentales*. Paris: PUF, 2008.

O'CALLAGHAN, E. et al. Schizophrenia after prenatal exposure to 1957 A2 influenza epidemic. *Lancet*, v. 337, p. 1248-1250, 1991.

O'CARROL, R. Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, v. 6, p. 161-168, 2000.

O'DONOVAN, M. C.; CRADDOCK, N. J; OWEN, M. J. Genetics of psychosis; insights from views across the genome". *Hum. Genet*, v. 126, n. 1, p. 3-12, 2009.

ORTEGA, F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *Biosocieties*, v. 4, p. 425-445, 2009d.

\_\_\_\_\_. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 67-77, 2009a.

\_\_\_\_\_. Elementos para uma história da neurociência. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 621-640, 2009b.

\_\_\_\_\_. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface – Comunicação, Saúde Educação*, v. 13, n. 31, p. 247-260, 2009c.

OWEN, A. et al. Putting brain training to the test. *Nature*. v. 465, n. 10, June 2010.

PICARD, J.-F. Aux origines de l'Inserm: André Chevallier et l'Institut National d'Hygiène. *Sciences Sociales et Santé*, v. 21, n. 1, mars 2003.

\_\_\_\_\_. INSERM. In: LÉCOURT, D. (Org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, pp. 652-655, 2004.

PLISZKA, S. R. *Neurociência para o clínico de saúde mental*. São Paulo: Artmed, 2004.

PORTER, T. Quantification and the accounting ideal of science. In BIAGIOLI, M. *The science studies reader*. New York: Routledge, 1992. p. 394-406.

\_\_\_\_\_. *Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

QUÉTEL, C. *Histoire de la folie : de l'antiquité à nos jours*. Paris: Tallandier, 2009.

RACINE, E.; ILLES, J. Responsabilités neuroéthiques. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, v. 33, p. 260-268, 2009.

RAEDLER, T. J. Cognitive enhancing drugs for schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, v. 5, n. 3, 2008.

REEDER, C. et al. Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change?: a study of a cognitive remediation therapy program. *Schizophrenia Bulletin*, v. 30, n. 1, p. 87-100, 2004.

RHODES, L. *Emptying beds: the work on an emergency psychiatric unit*. Los Angeles: University of California Press, 1991.

RILEY, B. P.; MCGUFFIN, P. Linkage and associated studies of schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics*, v. 97, p. 23-44, 2000.

RODER, V. et al. Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, v. 32, n. S1, p. S81-S93, 2006.

\_\_\_\_\_.; MULLER, D. R.; BRENNER, H. *Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenic patients in different settings, patients sub samples and site condition: A meta-analysis*. 2004Comunicação oral proferida no 2nd AEP Congress - Association of European Psychiatrists em Genebra, abr. 2004.

ROSE, N. Neurochemical selves. In: \_\_\_\_\_. *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007. p. 187-223

SAHAKIAN, W.; SAHAKIAN, B. J.; SAHAKIAN, P. L. *Psychopathology today: the current status of abnormal psychology*. 3rd ed.. Itasca, Ill.: Peacock, 1986.

SBRANA, A. et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. *Schizophrenia Research*, v. 75, n. 2-3, p. 375-87, 2005.

SCHIFFMAN, J. et al. Minor physical anomalies and schizophrenia spectrum disorders: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, v. 159, p. 238-243, 2002.

SHORTER, E. *A historical dictionary of psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2005.

\_\_\_\_\_. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: J. Wiley, 1997.

SPAULDING, W. et al. Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, v. 12, n. 4, p. 560-577, 1986.

\_\_\_\_\_. et al. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 4, p. 657-676, 1999.

STIP, E.; CHOUINARD, S.; BOULAY, L. On the trail of a cognitive enhancer for the treatment of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, v. 29, p. 219-232, 2005.

STRAUSS, A. Négociations. introduction à la question. In: BAZANGER, I. (Org.). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionisme*. Paris: L'Harmattan, 1992. p. 245-268.

SUSSER, E. S; LIN, S. P. Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 983-988, 1992.

SUSSER, E. S. et al. Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of Genetic Psychiatry*, v. 53, p. 25-31, 1996.

THORNTON, T. *Essential philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

TURNER, D. C. et al. Modafinil improves cognition and attentional set shifting in patients with chronic schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, v. 29, n. 7, p. 1363-73, 2004.

VELPRY, L. *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris: A. Colin, 2008.

VIDAL, F. Brainhood. In: FISCHER, K. et al. (Org.). *Mind, brain, and education* (based on a conference held at the Pontifical Academy of Sciences, Rome). New York: Cambridge University Press, 2005a;

\_\_\_\_\_. Sujet cérébral. In: ANDRIEU, B. (Org.). *Dictionnaire du corps*, Paris, Ed. du CNRS, 2005b.

VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *MANA*, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

WALKER, E. F; DIFIORIO, D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*. v. 104, p. 667-685, 1997.

WEISZ, G. From clinical counting to evidence based medicine. In: JORLAND, G.; OPINEL, A.; WEISZ, G. *Body counts, medical quantification in historical and sociological perspective*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2005. p. 377-399.

WEXLER, B; MORRIS, B. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 31, n. 4, p. 931-941, 2005.

WILSON, B. A. et al. *Behavioral assessment of dysexecutive syndrome*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test, 1996.

WYKES, T. What are we changing with neurocognitive rehabilitation?: illustrations from two single cases of changes in neuropsychological performance and brain systems as measured by SPECT. *Schizophrenia Research*, v. 34, n. 1, p. 77-86, 1998.

\_\_\_\_\_. et al. Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy. *The British Journal of Psychiatry*, v. 181, p. 144-152, 2002.



WYKES, T. et al. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 2, p. 291-307, 1999.

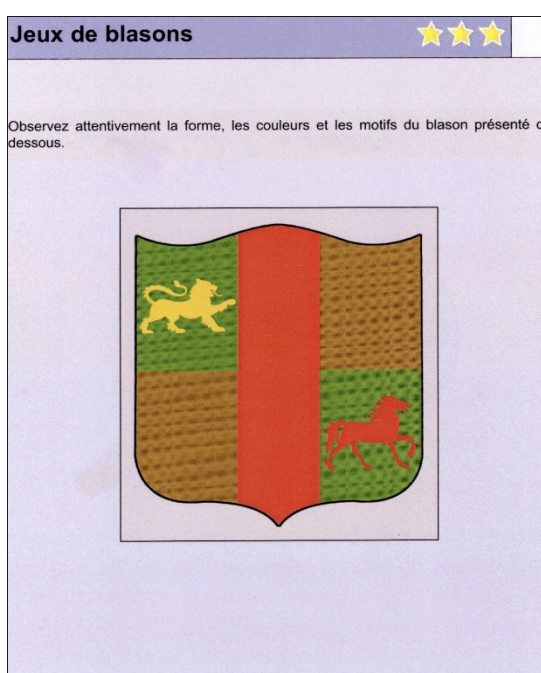
WYKES, T.; REEDER, C.; LANDAU, S.; EVERITT, B.; KNAP, M.; PATEL, A.; ROMEO, R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 190, p. 421-427, 2007.

WYKES, T.; NEWTON, E.; LANDAU, S.; RICE, C.; THOMPSON, N.; FRAGOU, S. Cognitive Remediation Therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, v. 94, p. 221-230, 2007.

YOUNG, A. *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

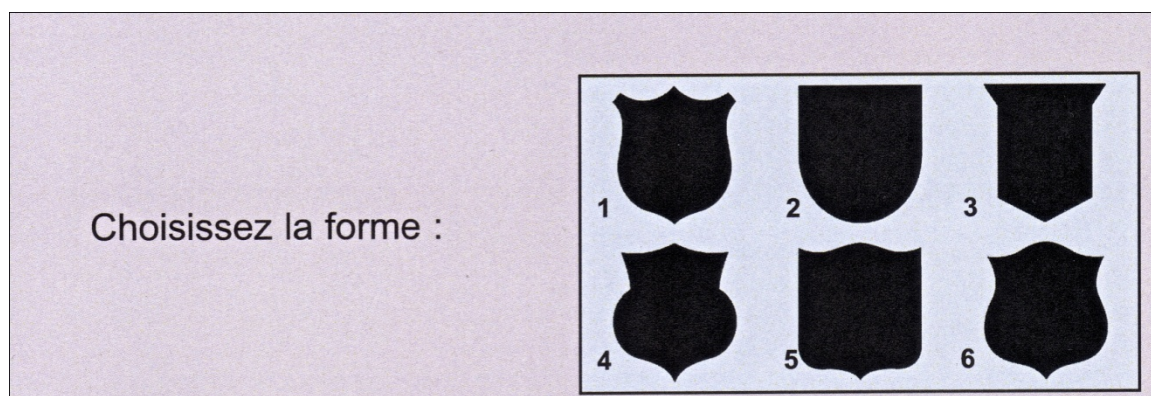
**APÊNDICE A** – Descrição de sessão com utilização de exercício do programa THERECS de remediação cognitiva.

A sessão que descreverei dedica-se ao treinamento pelo programa THERECS da “memória de trabalho”, isto é, a memória de curta duração que utilizamos para organizar uma ação imediata, como discar um número de telefone que acabamos de escutar, por exemplo. Dentre os 5 exercícios diferentes disponíveis neste módulo para treinar esta função, a terapeuta escolhe o que se chama “o jogo dos Brasões” [ver figura A6.1, abaixo].



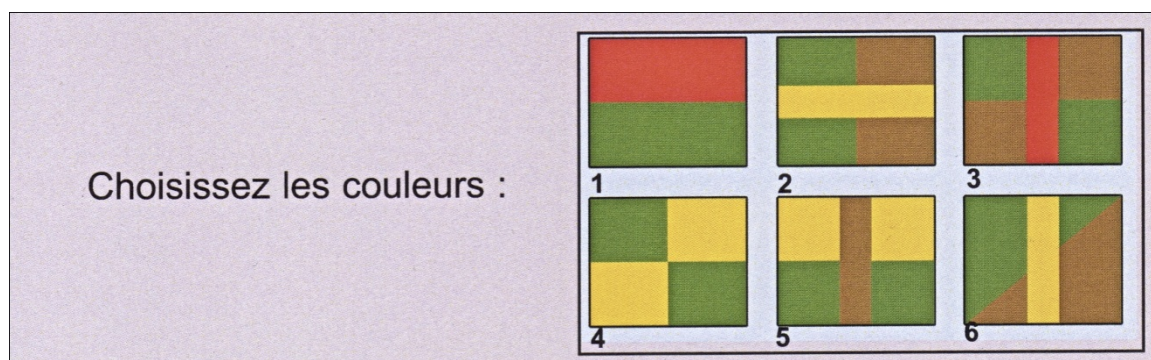
**Figura A6.1**

Após a inicialização do software, um brasão, contendo figuras, cores e formas diferentes, aparece na tela do computador. O terapeuta pede à paciente que o observe atentamente, que retenha as suas características principais e cada detalhe que o compõe. A paciente permanece alguns segundos olhando a figura. Em seguida, o brasão desaparece e se vê na tela um estímulo destinado a distrair a sua atenção: trata-se de uma lista de 10 palavras aleatórias que se deve colocar em ordem alfabética. A paciente realiza a tarefa sem grandes dificuldades. Depois, o software lhe pede para escolher a forma correta do brasão que ela havia observado, dentre 6 opções disponíveis [ver Figura A6.2].



**Figura A6.2**

A paciente permanece alguns instantes observando a figura, e decide-se por uma dentre elas. Posteriormente, ela é compelida a escolher as cores, juntamente com a sua disposição no brasão, dentre algumas opções disponibilizadas [ver figura A6.3].



**Figura A6.3**

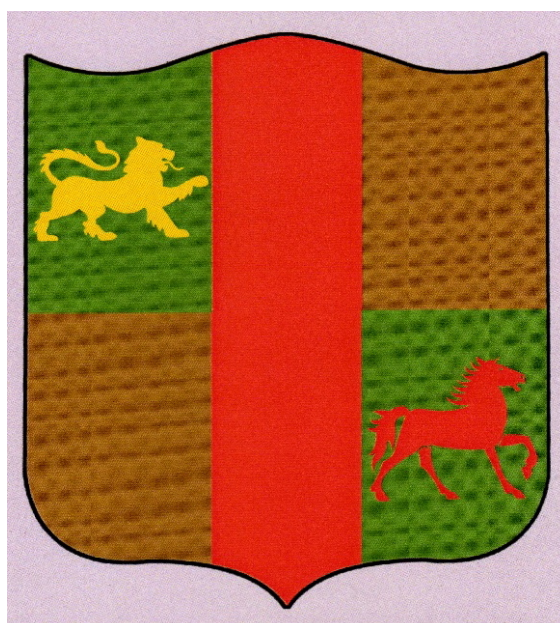
Após alguns instantes de hesitação, ela faz a sua escolha. Finalmente, o software lhe apresenta 6 motivos diferentes, dentre os quais ele deveria selecionar dois, e indicar a sua posição correta sobre o brasão [ver Figura A6.4]. Tudo isto é realizado em silêncio, diante do

olhar atento de sua terapeuta. Este silêncio contrasta com a troca constante de palavras, típica de uma psicoterapia.



**Figura A6.4**

Após a sua escolha, o conjunto das suas respostas foi comparado com o brasão original [figura A6.5]. Neste momento, constata-se que a paciente havia cometido um erro, logo no início, concernente à forma do brasão, e um outro erro, no final, relativo aos motivos do brasão.



**Figura A6.5**

A sua terapeuta intervém:

- Mas o que se passou? Por que esses erros?

A paciente responde que não havia memorizado direito todos os detalhes do brasão depois de tê-lo observado. A terapeuta retruca:

- Ok, sem problemas. É por isto que estamos juntas; para que você possa encontrar boas estratégias de memorização, para que você fique menos distraída, mais organizada.

“Mas que tipo de estratégia”, pergunta a paciente.

- Aqui, neste exercício, você poderia, por exemplo, verbalizar todos os detalhes do brasão enquanto você o observa. Esta poderia ser uma maneira eficaz de reter informações com mais facilidade e otimizar a sua performance no exercício.

A partir desta sugestão, a paciente começou a atribuir nomes diferentes a cada forma de brasão e a pronunciar em voz alta todos os seus detalhes, como cores, motivos e disposição espacial. Esta estratégia aumentou a sua capacidade de memorização de informações e lhe permitiu de aceder a níveis de dificuldade superiores neste exercício do programa THERECS.

**APÊNDICE B** – Descrição de sessão com utilização de exercício do programa THERECS de remediação cognitiva.

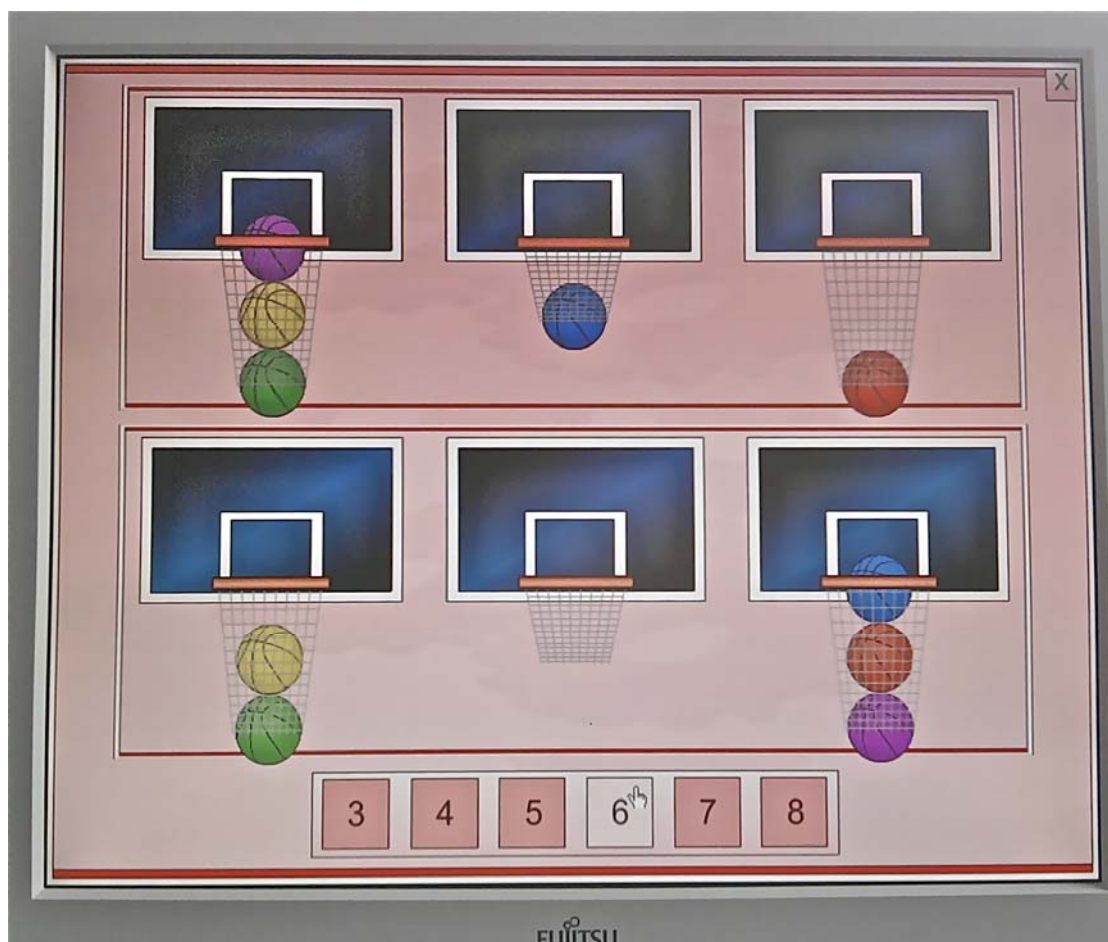
Mlle. Z chega para a sessão. De acordo com os testes neuropsicológicos, o raciocínio é a função mais deficitária nesta paciente. Estudante em BTS<sup>140</sup>, a paciente se queixa muito de suas dificuldades de aprendizagem e, por este motivo, sua terapeuta pensa que a remediação cognitiva poderia realmente lhe trazer benefícios concretos. Hoje, vai-se utilizar o exercício “Basquete em Nova Iorque” do módulo raciocínio. A terapeuta pede à paciente que leia as instruções e voz alta.

Este exercício faz parte do módulo de treinamento “Raciocínio”. Você está atualmente no nível 1. Você vai simular um jogo de basquete. A partir de uma combinação inicial de bolas repartidas em 3 cestas de basquete, você terá que realizar uma nova combinação em um mínimo de deslocamentos. Um treinamento regular permitirá que você aceda aos níveis superiores.

Após a leitura das instruções sobre a tela do computador, a terapeuta completa as informações com a ajuda de um exemplo fornecido pelo *software*. As regras seguintes devem ser respeitadas: a cesta na extrema direita, assim como a cesta da extrema esquerda, comportam apenas um máximo de três bolas. A cesta do meio, menor, comporta apenas um máximo de duas bolas. O sujeito só pode deslocar uma bola à cada movimento [ver a figura A7.1]. As três cestas que se encontram na parte superior da tela marcam a posição inicial. Àqueles que se encontram na parte inferior correspondem à posição final do exercício. Respeitando as instruções, os pacientes devem deslocar as bolas de suas posições iniciais de modo a distribuí-las conforme o indicado na parte inferior da tela. Em seguida, ele deve informar o número de deslocamentos efetuados na realização da tarefa. À cada resposta, o *software* indica se a resposta está, ou não, correta. Após nove respostas corretas, os pacientes podem aceder ao nível 2 do exercício, de maior dificuldade, e assim progressivamente, até o nível 10. À medida que os níveis aumentam, o exercício demanda dos pacientes uma maior capacidade de concentração, de raciocínio lógico e de planificação da ação. Uma vez terminados os 10 níveis, pode-se passar para um outro exercício do módulo “Raciocínio.

---

<sup>140</sup> *Brevet Technique Supérieur*: sinônimo de curso de nível técnico.



**Figura A7.1**

A paciente realizou toda a série do nível 1 sem qualquer problema. Sua terapeuta, a cada acerto, a felicitava. Após a realização dos exercícios, como é habitual em todas as sessões, discutiu-se a utilização de estratégias que possibilitassem a otimização da sua performance no exercício. Entre as estratégias evocadas, elas escolheram a verbalização dos deslocamentos e o autocontrole da atenção.

À exemplo da técnica CRT, exercícios para fazer em domicílio completam as atividades deste programa de remediação cognitiva. Estes exercícios não são necessariamente determinados pelo manual THERECS. O terapeuta possui uma margem de liberdade para propor tarefas variadas, como resumir, memorizar e expor o conteúdo de um texto, por exemplo. No final da sessão que observei, a terapeuta propôs à Mlle. Z que comprasse um livro de SUDOKU<sup>141</sup> e, procurasse fazer o máximo possível de exercícios em casa durante o

<sup>141</sup> Passa-tempo mundialmente popular, que consiste na utilização do raciocínio lógico com números, freqüentemente presente nas últimas páginas de jornais e revistas.

período de uma hora, e trouxesse os resultados na sessão seguinte para discutir as dificuldades e as estratégias empregadas.



## ANEXO A – Exemplo 1 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.

**GRAND-PETIT**

**grand**      PETIT      petit      **grand**

petit      GRAND      grand      **PETIT**

**GRAND**      **petit**      PETIT      petit

GRAND      grand      petit      GRAND

**PETIT**      **grand**      **petit**      **grand**

**ANEXO B** – Exemplo 2 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.

### RECHERCHE DE SÉQUENCES- 1

Barrez chaque lettre A sur les deux premières lignes, puis la lettre B sur les deux lignes suivantes, puis la lettre A de nouveau. Continuez à alterner la recherche des deux lettres deux lignes par deux lignes, jusqu'à ce que toutes les lignes aient été parcourues.

A B Z P H T H G I L R A T S A G I Q W X I  
 E S I M A S E P O L S I K S T A O E H C W  
 R C R U M P E T S B A B L E T O L F Y M E  
 I R S A E E S Y F F O O T B A L L R T O D  
 T I T S H T O E P K B E S V U I O E R R E  
 C E R S H H T N C O T S A E E A E E A E B  
 I T O G S U O O G N W L S O D L T Z G N I  
 V A P L U M B E R S A E H S S T Z E O N T  
 H G D O L U O H T N Y L R E L I V O B L T  
 A T R V S A H S C W E L U C L Y Y O I I F  
 B S E E R S L H G E T Y A B U W T O H R T  
 O H T S Y L E O T N N L E E P T N A O D O  
 M R N F E S P N G N I T A K S X S S A T C  
 O S I E I O T N K F R W S T C U T O Y A H  
 T Y W I W M L E L R I A D C E O T A F D R  
 Y N R A E E D P S T A R I E A T H N O L I  
 O Y T E A I H W A I T D E O R R R E S E S  
 N T I L S T H O E E D S P S R I V A C S T  
 U E T M A I N L G N I T T I R G R E I I M  
 L L A W O U M S Z L S D B T O H I S N A E  
 A L R O G N I S E P I P N E Z O R F H T S

## ANEXO C – Exemplo 3 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.

**OBJETS VISUELS - 1**

Quelle figure a été retournée tête en bas ?

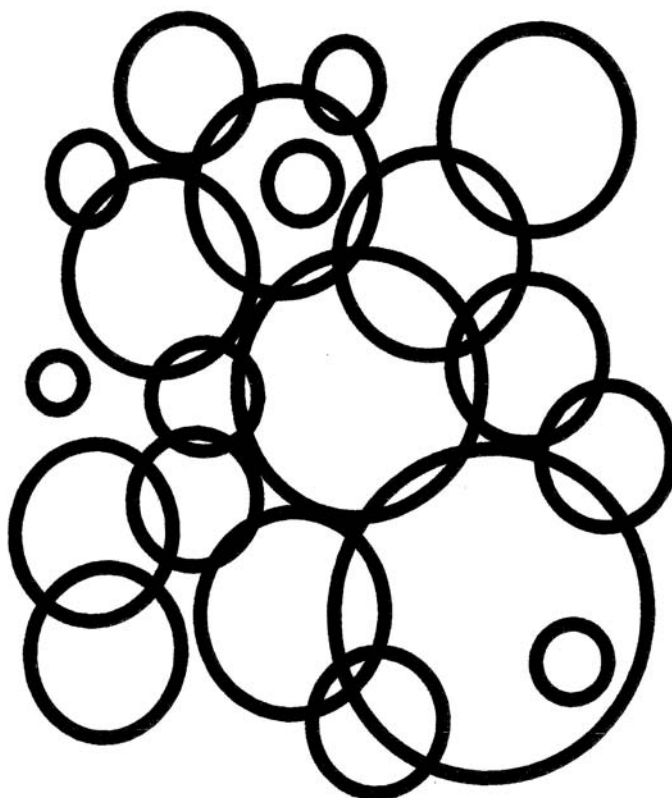


Quelle figure a été tournée de 90° ?

ANEXO D – Exemplo 4 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.

**FIGURES SUPERPOSÉES - 1**

Comptez les cercles. Déterminez une stratégie.



**ANEXO E** – Exemplo 5 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.

**FIGURES SUPERPOSÉES - 4**

Identifiez chacun des objets. Combien y en a-t-il ?

