



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Carlos Eduardo de Moraes Honorato

**Vontade e juízo na avaliação psiquiátrica das internações
involuntárias**

Rio de Janeiro
2013

Carlos Eduardo de Moraes Honorato

Vontade e juízo na avaliação psiquiátrica das internações involuntárias

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: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

H774 Honorato, Carlos Eduardo de Moraes.
Vontade e juízo na avaliação psiquiátrica das internações involuntárias
/ Carlos Eduardo de Moraes Honorato. – 2013.

237 f.

Orientador: Roseni Pinheiro.
Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social.

1. Internação compulsória de doente mental. 2. Saúde mental –
Teses. 3. Direitos humanos – Teses. 4. Vontade – Teses. 5. Juízo (Lógica)
– Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.31-083

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

Assinatura

Data

Carlos Eduardo de Moraes Honorato

Vontade e juízo na avaliação psiquiátrica das internações involuntárias

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: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de abril de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Jurandir Sebastião Freire Costa
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Junior
Instituto de Psiquiatria (IPUB) – UFRJ

Rio de Janeiro

2013

Para Claudia Azevedo, uma irmã, uma flor.

Para Maria da Guia.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, sobretudo à minha mãe, pelo amor, estímulo e investimento desde a minha infância, e durante toda a vida.

À Roseni Pinheiro, minha orientadora, pela confiança em mim e neste projeto.

Ao “núcleo duro” da Gerência Estadual de Saúde Mental da SES-RJ, onde desde 2000 vamos levando com garra e seriedade a condução da política pública de saúde mental em nosso estado, *pero sin perder la ternura* (e o bom humor) *jamás*; queridas amigas: Maria Thereza da Cunha Santos, parceiríssima e cúmplice cotidiana, e mais: a visão clínica de Leila Vianna dos Reis; a esperteza política de Luiza Petrucci; a obstinação de Simone Delgado; a mente brilhante da irmãzinha Claudia Tallemberg; a práxis política de Ana Lúcia Silva, companheira de aventuras; a longa história de trabalho compartilhado com Ana Regina Gomes; o suporte luxuoso e afetivo de Marli Paixão e Amelia Pina, sem as quais não seríamos a Gerência. E Paula Cerqueira, com quem tudo começou e que é até hoje fonte inspiradora;

A Edu Passos e Beth Barros, por me fazerem a cabeça.

Ao Alan McNaught, pela amizade, consultoria e acolhimento no sistema de saúde mental inglês. Ao Paulo Amarante pelas dicas sobre os clássicos no início do projeto. Ao Alexandre Keusen pelo material sobre internações involuntárias no sistema europeu.

À banca de qualificação, professores Jurandir Freire Costa, Otávio Serpa Junior e Kenneth Rochel, pelas contribuições valiosas.

Aos ex-alunos e pacientes e profissionais de saúde mental com quem aprendo a cada dia a construção de uma rede de cuidado mútuo.

Not all those who wander are lost.

J.R.R. Tolkien

RESUMO

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes. *Vontade e juízo na avaliação psiquiátrica das internações involuntárias*. 2013. 205f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O trabalho reflete acerca dos critérios referentes à avaliação psiquiátrica nas internações e tratamento involuntários. A restrição da liberdade é infração aos direitos do homem e, se ela é justificada em nome da patologia mental, qualificá-la é um imperativo legal e ético. Historicamente, a internação crônica em hospitais psiquiátricos levou à exclusão social e rompimento dos laços significativos da vida pessoal. Nos serviços de emergência ela é muitas vezes determinada em nome de um risco. Assim, é proposta uma análise crítica (à semelhança da desconstrução de Derrida e da genealogia de Foucault) do saber médico-psiquiátrico, que é ferramenta essencial do trabalho clínico. Um panorama dos arranjos dos dispositivos públicos de regulação das internações psiquiátricas involuntárias no ocidente mostra a inter-relação de um modelo médico com um modelo legalista (focado nos direitos dos pacientes), cada qual com seus ganhos e dificuldades. A medicalização da vida humana é um fenômeno do mundo moderno, e é vista como um processo dinâmico, onde a apropriação das categorias médicas por parte dos usuários e familiares também gera empoderamento e mudanças. Vemos como, historicamente, o viés moral da práxis realizada no hospital psiquiátrico é indissociável da construção do saber, e a psicopatologia oficial é de uma nosologia descritiva; mas o trabalho clínico permite outras psicopatologias, mais participativas, centradas na relação do sujeito com o mundo, que possam servir a ele como instrumentos de compreensão e ajuda na experiência vivida. Assim, a categoria da vontade em psicopatologia clássica adota a perspectiva aristotélica de uma deliberação racional, mas a leitura filosófica de Arendt destaca a centralidade da liberdade e da espontaneidade inerentes ao conceito. Esta dicotomia entre vontade livre e determinação traz repercussões para a clínica e para a justiça, como nos casos da avaliação da responsabilidade dos pacientes sobre seus atos. Neste campo, assim como na avaliação do juízo crítico, a ciência não garante a objetividade totalizante, deixando sempre a decisão sobre a internação psiquiátrica involuntária na dependência do político, da moral e da ética que constituem a clínica.

Palavras-chave: Internações psiquiátricas involuntárias. Saúde mental e direitos humanos. Psicopatologia da vontade e do juízo. Saber médico-psiquiátrico.

ABSTRACT

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes. *Will and judgment in assessing involuntary psychiatric admissions*. 2013. 205f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This work is a reflection on the criteria used in psychiatric practice to justify involuntary detention and treatment. The restriction of freedom is an infringement of human rights, and if it is to be justified on the grounds of mental pathology, it must be legally and ethically qualified. Historically, long term internment of people in psychiatric institutions led to social exclusion and the rupture of important social and personhood ties. Emergency hospitalization is often justified on the grounds of risk. Hence, a critical analysis is offered (along the lines of Derrida's deconstruction and Foucault's genealogy), of our current medical-psychiatric understanding, which is the foundation of all clinical work. An overview of the many arrangements for psychiatric involuntary detention on a variety of Western countries demonstrates an interplay between medical and legal (rights based) models. These arrangements all come with benefits and challenges. The medicalization of human life is a modern, world-wide phenomenon, and is viewed as a dynamics process where the appropriation of medical categories by users and their families also produces empowerment and change. We see how, historically, moral bias of practice performed at psychiatric hospitals is inseparable to knowledge construction, and official psychopathology is a descriptive nosology, but clinical practice allows other psychopathologies, more participative ones, centered on the relations between the subject and the world, which may help him to understand and survive life experiences. Thus classical pathology adopts a rational aristotelian approach to understanding the concept of Will, while the philosophical view of Arendt emphasizes the centrality of freedom and spontaneity. The inherent dichotomy between free Will and determinism leads to clinical and legal repercussions, in the case of assessing a patient's level of responsibility for his actions. In this field, as in the evaluation of a patient's level of insight, science does not warrant total objectivity. Hence the decisions about psychiatric involuntary detention will always depend on the basis of the complex interplay between politics, morality and ethics, basis of all clinical work.

Key-words: Involuntary psychiatric hospitalization. Mental health and human rights. Psychopathology of Will and insight. Medical-psychiatric understanding.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
O louco como objeto da psiquiatria e a práxis clínica	22
Metodologia	38
1 A REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS NO BRASIL E NO MUNDO	49
1.1 Panorama da regulação das IPI: arranjos possíveis e dispositivos	55
1.2 Fatores presentes na avaliação clínica	78
2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS	82
2.1 O processo diagnóstico e a medicalização	82
2.2 Hacking e o <i>looping effect</i>	86
2.3 Aspectos envolvidos na medicalização e no <i>looping</i>	92
3 DIAGNÓSTICO E CLÍNICA PSQUIÁTRICA	98
3.1 O dualismo mente-corpo na Psiquiatria	98
3.2 Vontade e moral como funções do corpo	102
3.3 Isolamento e submissão para inserção da vontade no tratamento moral	104
3.4 Arcabouço nosológico da Psiquiatria	107
4 VONTADE E JUÍZO	126
4.1 Psicopatologia do juízo e da vontade	126
4.2 A Vontade e o Juízo como conceitos filosóficos: Hannah Arendt e a Vida do Espírito	132
4.3 Vontade e responsabilidade: Callender e o determinismo <i>soft</i>	152
5 JUÍZO CRÍTICO DA DOENÇA	177
5.1 Juízo crítico e senso comum	178
5.2 Significação clínica da avaliação do <i>Insight</i>	188
6 COISAS QUE MERECEM SER DESTACADAS	210
REFERÊNCIAS	226

INTRODUÇÃO

por isso nos olhavam de mal e esguelha. queriam culpar-nos, ver-nos sem nos ver ou ser vistos, melhor ainda. queriam que provássemos a mentira e nos desfizéssemos em nada para expurgar os lugares da nossa enfermidade. e nada do que sofrêssemos seria maior do que o medo e a imaginação que tinham. deixavam-se a apreciar qualquer coisa em que diferíssemos das suas expectativas, amaldiçoados para sempre a cada ato em que hesitássemos no que era o bem, o sensato, o esperado.

*valter hugo mãe
o remorso de baltazar serapião*

Este trabalho propõe-se como uma reflexão teórico-conceitual sobre o processo de avaliação clínica em que se decide por uma internação psiquiátrica involuntária (IPI). Pretende realizar uma análise sobre os aspectos que formam a base do julgamento dos profissionais; critérios e categorias que são utilizados no trabalho clínico cotidiano de profissionais de saúde mental, em especial o médico psiquiatra.

Os pacientes que chegam aos serviços de emergência psiquiátrica são com frequência levados por terceiros. Cabe ao médico psiquiatra, geralmente um plantonista, avaliar a situação e decidir qual intervenção deve ser realizada. Uma emergência psiquiátrica é, via de regra, uma situação de crise psíquica que demanda uma intervenção aguda.

A tarefa do psiquiatra será, inicialmente, certificar-se de que se trata de um transtorno mental, elaborando um processo diagnóstico. História e exame psíquico atual definem um diagnóstico e uma conduta terapêutica. Nesta práxis, o clínico se remete a alguns parâmetros que o ajudam a avaliar a necessidade de internação. Particularmente, nas internações que se dão à revelia do desejo dos usuários, alguns aspectos influenciam a determinação de uma internação involuntária.

Enfim, trata-se de uma reflexão em torno da clínica que se coloca, hoje, no trabalho cotidiano do psiquiatra.

Os serviços de emergência psiquiátrica são as portas de entrada para as internações psiquiátricas. Por um lado, chegam ali as situações críticas nos quadros mais graves, e aquilo que escapa ao manejo dos serviços de atenção diária ou dos ambulatorios. Situações que demandam dos profissionais uma decisão urgente.

Estar nestes serviços, atualmente, implica em atuar como *gate-keeper*¹ de um dispositivo controverso, que é o hospital psiquiátrico, cuja entrada para pacientes psiquiátricos deve ser um procedimento pontual, em situações emergenciais. Isto requer, entretanto, a disponibilidade de um sistema complexo que está além do hospital, que é a rede de serviços de saúde mental, parte de um território geográfico-afetivo-cultural no qual o paciente deve ser inserido.

Sabemos que o modelo hospitalocêntrico em saúde mental foi a forma de tratamento hegemônica desde o nascimento da psiquiatria, no século XVIII, até meados do século XX². A internação no asilo ou hospital psiquiátrico foi o modo de isolamento que Pinel elegeu para observar a loucura e, ao mesmo tempo, tratá-la, e onde o médico psiquiatra ocupava o topo da pirâmide de poder. Entretanto, as críticas a este modelo foram-se acumulando ao longo do século XX, a partir da constatação de que os manicômios psiquiátricos só multiplicavam-se, produzindo segregação, e na verdade não tratavam ninguém. No mundo do pós-guerra, onde os Estados europeus se organizavam para a luta contra o comunismo e para a manutenção da produção econômica, os Estados de Bem-Estar (*Welfare States*) traduziam um compromisso dos governos com o desenvolvimento e com os direitos humanos e valores democráticos. Diante desta perspectiva, o sistema psiquiátrico clássico exibiu infindáveis exemplos de instituições insalubres, onde as péssimas condições de abrigo da clientela aliavam-se a técnicas de tratamento desumanas, onde o castigo e a experimentação chegavam à barbárie.

As comunidades terapêuticas inglesas constituíram um primeiro exemplo de modelo de humanização dos hospitais psiquiátricos e horizontalização das relações entre a equipe de cuidado e os internos. Outras modalidades foram surgindo e deslocando o hospital psiquiátrico de seu papel central no sistema: a psiquiatria institucional francesa; a psiquiatria de setor – ainda hoje o modelo implantado de assistência em saúde mental na França; a anti-psiquiatria inglesa inspirada na contracultura dos anos 70, onde a doença mental era negada; e a psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, com seu questionamento sobre o estatuto social do louco e sua proposta de extinção dos manicômios.

¹ Segundo a *Wikipedia*, um *gate-keeper* é uma pessoa que controla o acesso a algo. No século XX o termo adquiriu uma conotação metafórica, podendo referir-se, por exemplo, a um médico da atenção primária com função de racionalizar o acesso de pacientes à medicina especializada.

² Ver, a respeito, Amarante (2003, 2003^a).

Hoje o hospital psiquiátrico tenta humanizar-se. Inserido em um sistema integrado de ações de saúde, ele procura seu lugar na rede com a condição de escapar de ser um dispositivo asilar. E a internação passou a ser entendida como um último recurso, algo a ser evitado através do cuidado prestado na rede extra-hospitalar.

Esta diretriz, de substituição do modelo hospitalocêntrico e constituição de uma rede de cuidado em saúde mental baseada nos recursos comunitários, conforme veremos, é mundial. No Brasil, estas diretrizes só ganharam institucionalidade em 2001, com a promulgação da lei 10.216. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o projeto original do deputado Paulo Delgado, que inspirado na experiência basagliana previa a extinção dos hospitais psiquiátricos, foi alterado e substituído no senado. A lei, entretanto, funciona como uma declaração de princípios do que se chamou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e com esta proposta, desde então, a direção da política pública de saúde mental vem seguindo. Buscando enfatizar em seus artigos a mudança do modelo, boa parte do texto da lei refere-se direta ou indiretamente à situação de internação psiquiátrica. Para que a internação possa ocorrer, é necessário que haja consentimento informado do paciente ou de seu representante legal. Em tal estado de direito, a internação involuntária, na qual o paciente opõe-se à medida ou está impossibilitado de decidir sobre ela, é problemática. Assim, a lei procura regular um procedimento que, em sua essência jurídica, constitui uma violação ao direito de ir e vir, direito fundamental de liberdade. Nos últimos dois anos, e de forma crescente, a internação involuntária vem sendo intensamente debatida no país como recurso ao tratamento da dependência do crack³. O debate é público e envolve toda a sociedade e, claro, o estado precisa definir seu papel. Qual política pública implementar? O fenômeno social crack nas grandes cidades é de competência intersetorial, e é preciso definir o papel da saúde e da medicina nesta abordagem.

Em que pesem as inúmeras indagações que transbordam dessa discussão, interessa-me investigar o saber psiquiátrico para entender como ele justifica a práxis do médico psiquiatra em seu trabalho cotidiano, tomando como objeto a internação involuntária.

³ Uma boa fonte sobre a atual discussão em torno do crack e das políticas públicas de saúde está na publicação do CRP-SP *Álcool e outras Drogas* (2012). Entre os artigos, destaco o de Petucco (2012), para uma leitura da política de redução de danos no contexto do SUS e da Reforma Psiquiátrica, e o de Silva (2012), que dá um panorama sobre as diversas formas de abordagem clínica da dependência. Sobre os determinantes sociais na dependência química, ver também Cruz e Ferreira (2001).

A definição da conduta sempre é algo complexo, um momento onde o protocolo e a regra não se bastam. A avaliação da demanda é parte constituinte do processo diagnóstico e é, já, a avaliação de uma dimensão do outro, do que está sendo exigido de nós profissionais de saúde, e de como nós, de nosso lugar clínico (e não apenas técnico), poderíamos responder. E a resposta que damos também se socializa, ela não é apenas a cópia do manual, também ela já contém em si a contribuição e a participação do outro, pois só assim se completa o processo terapêutico. A “arte” (a virtude) na práxis, penso, é saber articular os elementos. Mas os projetos terapêuticos que propomos são, também, risco. Mesmo a administração forçada de medicamentos cuja eficácia também é incerta, é aposta, é risco. E, de preferência, os riscos só devem ser corridos com a concordância de quem a ele se submete.

A internação psiquiátrica involuntária fala de um encontro onde um dos sujeitos é constrangido pelo outro e limitado em suas possibilidades. Isto em nome de um saber sobre o paciente que o próprio paciente muitas vezes desconhece ou desconsidera. O saber de quem “sabe o que é melhor” para ele. Em termos de encontro, é um encontro que termina mal, pois um dos sujeitos é submetido à vontade do outro.

Tentarei explicitar melhor as consequências indesejáveis que a conduta que se apoia na naturalidade do saber médico-psiquiátrico pode causar na vida das pessoas apresentando duas vinhetas clínicas.

A primeira envolveu a equipe de saúde mental da qual eu fazia parte e a condução do caso de uma paciente com transtorno bipolar⁴. Esta paciente era natural do nordeste e se examinarmos retrospectivamente sua vida, poder-se-ia dizer que, devido à sua energia exuberante, tinha episódios de mania ou hipomania desde muito tempo, mas viveu em comunidade, onde os sintomas eram entendidos como parte de sua personalidade, o que a tornava proativa e popular. Após ter perdido bens e companheiro, acabou indo morar nas ruas, mas foi recolhida a um abrigo da assistência social municipal onde foi diagnosticado o transtorno bipolar e passou a ser cuidada pelo sistema de saúde. Foi inserida em um serviço residencial terapêutico. Nesta “moradia”, qualquer discordância ou a mínima alteração de conduta fazia com que, *com base em seu diagnóstico e antecedentes psiquiátricos,*

⁴ Descrevi o caso com maior detalhamento no trabalho de final de uma disciplina que cursei no doutorado (ver Honorato 2010).

a equipe tendesse a interpretar os conflitos como sinais de crise e a reintegrá-la involuntariamente ao dispositivo de passagem, dentro da instituição psiquiátrica. Cabe ressaltar que a equipe que determinava o destino da paciente não era composta só pelo psiquiatra. Em um serviço constituído sobre a proposta de Reforma Psiquiátrica, o poder é dos profissionais de saúde mental, que falam, tanto como os psiquiatras, em nome de um saber médico, centrado na noção de doença e de intervenção.

O segundo exemplo ocorre em um macro hospital psiquiátrico indicado para descredenciamento do sistema SUS. O paciente está há seis anos internado. Tem história de epilepsia e passado de uso abusivo de álcool, mas é um paciente lúcido, orientado e coerente e recebe visitas de familiares e ocasionalmente sai de licença. Toda a família é meio exaltada, brigam muito entre si, mas possuem vínculo forte e tratam o paciente de igual para igual. A equipe de saúde mental do município de origem entende que o paciente deve receber alta pois está há muito tempo bem, sem sintomatologia que justifique sua permanência. O paciente deseja a alta e a família aceita levá-lo, mas o médico assistente insiste em negar a alta e por vezes nega inclusive a licença hospitalar. Seus critérios para isto são pouco claros. Algumas vezes justifica sua negativa com a afirmação de que o paciente “bebeu na licença anterior”, mesmo que ele negue que irá fazê-lo outra vez.

Embora nenhum dos dois casos tenha acontecido em serviços de emergência psiquiátrica, ambos envolvem situações de internação involuntária. Em ambos os profissionais responsáveis legislam sobre a liberdade dos pacientes com base em sua história pregressa, o que os autoriza a impedir a circulação dos pacientes no meio social. O saber médico-psiquiátrico que representam possui um repertório de doenças ou transtornos cujas descrições são capazes de conter e significar suas condutas e sentimentos em termos de anormalidades psíquicas.

Se em uma primeira fase de sua obra Foucault identificou uma arqueologia do discurso e do saber psiquiátrico, traçando na *História da Loucura na Idade Clássica* (1978) o percurso da desrazão, é uma genealogia que permitirá, em uma outra fase, desvendar os mecanismos dinâmicos de poder pelos quais a práxis psiquiátrica realiza sua intervenção. Investigar quais foram as condições de produção de sua realidade (nunca sua “origem”, ou a busca de qualquer metafísica da alma).

“O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate” (Foucault, 1979:18).

O método genealógico de Nietzsche inspira Foucault: “rachar” as formas, as palavras e as coisas, para revelar o diagrama do poder. Surgem então formas a priori, mas formas historicamente constituídas, que nunca são vias para o conhecimento do real em si. Genealogia que identifica forças que envolvem a relação entre saber e poder, no ponto em que o corpo se articula com a história. Para Foucault o poder é uma função, uma relação de forças, e possui um aspecto positivo, de produção.

Assim, o diagrama do poder no manicômio é a instituição psiquiátrica revelada como um sistema duplo: por um lado há regimes de visibilidade, formas (o manicômio, o hospital psiquiátrico) que produzem corpos que se materializam: o doente mental, o psiquiatra. Por outro, os regimes de *dizibilidade*: enunciados, discurso do saber psiquiátrico. O poder não é mais soberano, evidente como espetáculo das torturas públicas. O poder se tornou invisível; um poder disciplinar, educador e corretivo, tecnologia exercida nas prisões e nos hospitais, com práticas de modelagem de “corpos dóceis”, até tornar-se uma biopolítica, incidindo não mais nas instituições, sobre a vida qualificada do louco, do criminoso, mas sobre o viver da espécie.

Entretanto, se o poder em Foucault (1995) é relação de força, é também possibilidade, potência. Queremos reter desde já este caráter de positividade. Nas relações de poder, o outro é sempre sujeito de ação, o que abre um campo de respostas e intervenções possíveis. Diferente da visão clássica, para Foucault a violência pode ser instrumento do poder, mas não exatamente seu princípio. Esta visão nos habilita a compreender as mudanças sociais que, de formas diferentes das revoluções / rupturas, cursam como movimentos espirais, *loopings*. Pois os diagramas não são estruturas fechadas; eles contêm também pontos singulares que escapam à trama, pontos de resistência, possibilidades de mudança.

Não pretendemos, nesta trajetória reflexiva, perder este sentido do que, em uma relação de poder que está dada (porque existe nas relações sociais), escapa e torna possível uma ruptura, uma mudança.

Já a violência que incide sobre um corpo escora-se na passividade do outro e aí, para Foucault, há coerção, e não mais poder como relação, pois esta pressupõe

a tensão entre dois sujeitos de ação. Neste sentido, não há exclusão entre poder e liberdade, mas um jogo de forças agonistas onde a liberdade é condição de existência e também suporte permanente para o exercício do poder.

A visão genealógica de Foucault nos coloca uma demanda ética: qual a qualidade do poder que exercemos, como profissionais de saúde mental, junto aos pacientes? A que forças estamos servindo com nossas ações impostas? Em que medida este poder pode e deve exercer-se sem a violência presente na internação involuntária?

Começaremos pelo conceito de doença, de patologia mental, que é o que nos legitima como interventores. A avaliação médica pretende ser uma avaliação técnica, mas em psiquiatria, especialmente, o modelo organicista de doença como processo, com uma causa objetiva identificada e uma conduta programada de intervenção, não se realiza. O objeto da Psiquiatria, a doença mental, é fluido, ele varia histórica e culturalmente. Em sua tese de doutorado *O Normal e o Patológico*, Canguilhem (2006) contribui de forma marcante para a discussão sobre a normalidade em medicina. Criticando Bernard, Canguilhem mostra que entre saúde e doença não há continuidade, mas uma diferença qualitativa, cuja apreensão não cabe em critérios de ciência, mas da vida. É a vida que dá valoração ao critério estatístico de normalidade biológica.

É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor, e não um conceito de realidade estatística. Para o médico, a vida não é um objeto, é uma atividade polarizada, cujo esforço espontâneo de defesa e de luta contra tudo que é valor negativo é prolongado pela medicina, que lhe traz o esclarecimento da ciência humana, relativo, mas indispensável (Canguilhem, 2006:90).

O meio em que vivemos é sempre infiel, o ser humano vive por acontecimentos, “em um mundo de acidentes possíveis” (Canguilhem, 2006:149). A saúde é um seguro biológico e psicológico com que circulamos nesse meio, uma margem de segurança que é a sua normatividade, a possibilidade de instituir novas normas.

“A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente” (Canguilhem, 2006:135).

Um meio é considerado normal porque a pessoa ali vive melhor. O ser vivo e o meio, separadamente, não são normais ou anormais; apenas na relação mútua. Em seu livro, Emily Martin (2009), portadora de Transtorno Bipolar, levanta a hipótese de que a sociedade moderna americana das grandes cidades sustenta e valoriza o comportamento hipomaníaco como adequado às múltiplas e velozes demandas da contemporaneidade.

O anormal, então, só pode ser evidenciado em uma relação. A doença e o patológico são uma norma de vida, só que inferior. Em psiquiatria, em especial nas situações de internação involuntária, o louco é geralmente considerado incapaz de realizar esta avaliação sobre sua normatividade. Sobre até que ponto ele padece de algo que vem prejudicando sua vida e que pode ser combatido pela ciência médica, com sua cooperação. Então, geralmente o julgamento sobre esta normatividade vem de fora, é feito pelo psiquiatra. Mas nem sempre o paciente é tão incapaz que não possa deliberar em conjunto com o psiquiatra sobre seu estado atual, e a experiência comum é que muitos pacientes concordam com a internação (afinal, a maioria das internações psiquiátricas não é feita contra a vontade do paciente).

Há pacientes que reivindicam sua autonomia para além do que a média considera como o ideal. Canguilhem mostra que não se pode considerar anormal qualquer desvio da norma estatística, pois a delimitação da média é arbitrária. Ele explica o estigma que a anomalia adquiriu no mundo moderno. Em seu rigor, originalmente a anomalia é um termo descritivo, e a anormalidade, sim, possui um sentido valorativo, de apreciação. Pois a anomalia não é a ausência de normas ou lei, mas o insólito, o inabitual. Mas os sentidos foram invertidos: a anomalia tomou um valor negativo.

Nem todo estado anormal é patológico, mas qualquer estado patológico é anormal, já que foge à normatividade do indivíduo. Outras diferenças: a anomalia se manifesta no espaço, e a doença no tempo: a pessoa é doente em relação a si mesma. Enquanto a anomalia é constitucional, a doença é processo, nos termos definidos por Jaspers: processo que incide e altera uma forma de vida.

Nesta perspectiva, curar é instituir uma nova ordem individual⁵. E saúde é a possibilidade de tolerar certas infrações à norma, é manter a possibilidade de instituir novas normas. “Qualquer patologia é subjetiva em relação ao futuro” (Canguilhem, 2006:161), pois o organismo elabora uma nova normatividade. Este

⁵ Uma grande referência a este respeito está na obra de Oliver Sacks.

organismo, Canguilhem apresenta quase como uma força vital (citando Goldstein e um “instinto de preservação”, lei natural de uma vida limitada). Mas ele apressa-se em dissociar este organismo normatizador de um corpo natural, que pudesse ser objeto da ciência. Assim, como explica Macherey (2006) em seu posfácio ao livro de Canguilhem, o conceito de norma não pode ser determinado cientificamente. “Todas as tentativas neste sentido (pelo objeto da fisiologia, pela ideia da média) evadem-se do domínio da ciência” (Macherey, in Canguilhem, 2006:281).

Para Canguilhem, o psiquismo humano, assim como qualquer noção que inclua julgamento de valor, é incompatível com as ciências naturais, pois estas buscam relações causais para processos físicos.

Isto não exclui a legitimidade dos julgamentos de valor ou das aplicações práticas. Mas os primeiros se referem à biologia, como parte da filosofia da natureza e, portanto, da filosofia; e as segundas se relacionam com a medicina e a higiene, consideradas como ciências aplicadas, práticas e teleológicas, que têm como função utilizar, de acordo com suas finalidades, o que foi explicado (Canguilhem, 2006:163).

Para ele, conforme Goldstein, mesmo em se tratando de patologia, deve-se considerar o organismo total e seu comportamento. A ciência busca a explicação causal e o invariante, mas ela é abstrata, e a experiência vivida dos homens traz outros pontos de vista. A clínica não é ciência, ela é inseparável da terapêutica, e está, portanto, fora da jurisdição de um saber objetivo. Fora da ciência abstrata, contudo, não existe patologia objetiva. Para Canguilhem, é a filosofia dos valores que deve resolver o conflito entre a medicina, a arte, as técnicas, as religiões, que valorizam o vivido humano.

Serpa Jr. (2006) argumenta que os juízos de valor não se restringem à medicina mental, pois a clínica e a terapêutica são sempre normativos; cabe então sempre explicitar os valores, colocá-los em debate. Para Serpa Jr. o conceito de transtorno mental será sempre ambíguo, entre a categoria moral e a categoria científica, pois por mais que a cientificidade da doença mental seja esclarecida, ela expressa sempre alterações que compreendem afetos, desejos e comportamentos, dimensões que são valoradas conforme a diversidade das experiências humanas.

Remetendo-se a Canguilhem, Serpa Jr. afirma que um dos grandes desafios para a pesquisa e o ensino da psicopatologia é “a permanente reflexão acerca das ferramentas que capacitem o estudante ou o profissional de saúde mental para uma

sólida discussão conceitual e prática acerca da fronteira entre o normal e o patológico” (SERPA JR, 2006:55).

A clínica psiquiátrica sustenta-se no saber sobre as doenças mentais. As “entidades mórbidas” são sistematizações sobre os diversos quadros que acometem os indivíduos, que os experimentam em suas vivências pessoais. Seu modelo são as sistematizações da botânica. Mas o saber sobre a psicopatologia também possui outras referências, advindas da contribuição das ciências humanas. A psicopatologia de Karl Jaspers apoia-se na fenomenologia, nas descrições que os pacientes fazem do que lhes acontece. Na introdução à sua *Psicopatologia Geral* (1973), ele diferencia o trabalho do psiquiatra, uma prática exercida sobre “indivíduo humano todo”, e o trabalho do psicopatologista. Na abordagem ao caso particular, contudo, o psiquiatra lança mão, entre outras, da psicopatologia como ciência. Ao psicopatologista, entretanto, interessa a construção da ciência como um fim em si mesma.

O que o preocupa é o conhecimento, a verdade, o que pode ser provado com rigor e demonstrado com clareza. [...] Pretende o que se pode exprimir em conceitos, o que se pode comunicar, o que é suscetível de transformar-se em princípio e se pode reconhecer em quaisquer circunstâncias (Jaspers, 1973:11).

Desde já, entretanto, ele reconhece um limite à psicopatologia: o indivíduo humano não poderá jamais ser reduzido a conceitos psicopatológicos. Reconhece ainda que a intuição pessoal e a habilidade desempenham um papel importante para a percepção psicopatológica e para o psiquiatra, uma vez que “em muitos aspectos, a psicopatologia ainda não alcançou o nível de ciência” (Jaspers, 1973:12).

Em seguida Jaspers analisa alguns preconceitos que circundam a tarefa psicopatológica. Entre os preconceitos médicos ele destaca a atitude filosófica dedutiva, que se tornou moralizante e teológica no século XIX; aí ele recomenda que o psicopatologista abstenha de emitir juízos de valor até que possa conhecer mais profundamente os fatos psíquicos. Critica também a superavaliação dos dados quantitativos como critério científico, ou ainda a pretensão da objetividade, pois o psíquico só pode ser alcançado via representação, nunca diretamente pelos sentidos. Por fim, para o trabalho do conhecer psicopatológico, o diagnóstico não é o mais importante.

O importante são a análise e o fato de não se eliminar, para o conhecimento, o caos dos fenômenos por meio de um nome dado no diagnóstico. Urge, ao contrário, torná-lo acessível a uma visão global e transparente no contexto de seus múltiplos nexos. Muitas vezes em psiquiatria, diagnosticar equivale a girar esterilmente em círculos onde só muito poucos fenômenos entram no campo de visão de um saber consciente (Jaspers, 1973:33-34).

Assim, para se aproximar da autenticidade do fenômeno patológico conforme experimentado na dimensão do outro, é preciso que o psiquiatra interessado em psicopatologia tenha em mente estes limites: a intervenção de valores próprios e a rotulagem de um diagnóstico podem comprometer nossa avaliação. Ao mesmo tempo, o que é possível nesta avaliação do fenômeno psíquico particular é apenas um fragmento: este objeto de investigação nunca é a realidade como um todo.

Ao discorrer sobre a dependência que a psicopatologia tem de outras ciências, Jaspers afirma que a medicina é apenas uma das raízes da psicopatologia, já que a apreensão biológica é que evidencia o “propriamente humano” (Jaspers, 1973:51). Mas como o humano está além do meramente animal, para Jaspers a psicopatologia é também uma ciência do espírito. Daí uma exigência de que os psiquiatras possuam formação e utilizem métodos de pensamento das ciências do espírito, se seu objetivo é o conhecimento sobre o homem doente psiquicamente que vá além do conhecimento “da patologia cerebral, da psiquiatria somática e forense e das técnicas de assistência e administração” (Jaspers, 1973:51).

Jaspers cita Kant, para quem o laudo pericial do estado mental deveria ser da competência da faculdade de filosofia. Diz ele que isto é certo do ponto de vista lógico-metodológico, mas não do ponto de vista prático, pois como inclui a medicina somática, só o médico “reúne as experiências reais para o laudo pericial” (Jaspers, 1973:51).

Assim, para Jaspers, a medicina psiquiátrica e a psicopatologia (o conhecimento sobre o adoecimento psíquico) não são redutíveis uma à outra. A psiquiatria tem uma tarefa prática e para exercê-la não utiliza apenas as ferramentas do conhecimento da organicidade ou da psicopatologia (que, em si, já ultrapassa o somático). A parte prática da psiquiatria é o que diz respeito ao cotidiano do trabalho, incluindo aí a avaliação sobre a necessidade de uma internação involuntária. O que ultrapassa a ciência – e mesmo a experiência prévia – é a singularidade de cada momento, de cada situação, da forma como é avaliada pelo psiquiatra a partir de seu encontro com o paciente e seu contexto.

Jaspers afirma, entretanto, que a pressuposição de uma “unidade” maior e que ultrapassa a visão focalizada do fenômeno não deve inibir o conhecimento, pois este opera por distinções, estruturas e formas. A unidade, então, para Jaspers, é a ideia, horizonte (*das Ungreifende*) inconsciente que articula a fragmentação constitutiva dos fenômenos.

“Mas, em si mesmo, o conhecimento não pode antecipar-se à unidade que existe antes, na prática, na realidade do homem vivo” (Jaspers, 1973:53).

Jaspers defende a consciência metodológica que caracteriza a psicopatologia e assume uma apreensão sempre renovada da realidade, opondo-a a uma dogmática do ser que supõe um conhecimento fixo e absoluto sobre o homem.

Ou se pensa já se ter, no que se sabe objetivamente, a própria realidade, o ser em si e na sua totalidade ou se reconhece o caráter perspectivista, a natureza, metodologicamente fundamentada e, ao mesmo tempo, limitada de todo conhecimento. Ou se procura uma satisfação no saber do ser ou se aceita o horizonte aberto de um movimento infinito. Ou se tem o centro de gravidade numa teoria do ser, que se acredita conhecer, ou na sistematização de métodos conscientes, com os quais se ilumina a escuridão infinita. Ou se abandonam todos os métodos, como suportes temporariamente necessários, para possuir pretensamente a própria realidade, que se conquistou, ou se destrói toda dogmática do ser como erro temporariamente indispensável, em favor do movimento e do conhecimento, que nunca se apresenta diretamente nem se acaba, mas que sempre permanece aberto a uma experiência e investigação ilimitada (Jaspers, 1973:58).

Assim, a postura de quem pretende apreender uma psicopatologia deve partir do método de uma *epoché* de valores e teorias pré-estabelecidas. Penso que esta visão, de que não se tem a verdade que possa conter, de antemão, o todo do viver, é bem distante da pretensão biomédica contemporânea de um objetivismo total do psiquismo humano. O que não nos pode inibir em pretender uma avaliação profunda, particular e momentânea de cada paciente e propor uma intervenção de ajuda. Acho que o importante é que esta postura nos deixa em uma posição delicada em que a verdade de nossa intervenção precisa ser construída e pactuada a cada momento. Para mim, trata-se de um norte ético.

Esta Psiquiatria consciente de suas limitações como ciência e como práxis, que se percebe como enraizada nos contextos, é a perspectiva que adotamos, e creio que a Reforma Psiquiátrica como modelo de base comunitária não tem como fugir a este sentido. Entretanto, o lugar social que ocupa a autoriza a exercer-se como uma palavra de lei, a partir do estatuto que possui a medicina como detentora

da verdade em um campo fundamental do viver e do existir. E assim, promove saúde, mas também pode produzir iatrogenia.

➤ **O louco como objeto da psiquiatria e a práxis clínica**

É preciso destacar que a Psiquiatria nasceu sob inspiração das ideias da Revolução Francesa, e que a reclusão asilar do louco, colocada como procedimento necessário para a formação do saber, segundo um método naturalista de observação, servia duplamente: como dispositivo de proteção e cuidado (e conseqüentemente isto o colocava sob tutela), e de exclusão do desvio (medida saneadora para a sociedade).

A irracionalidade do louco, encarada como problema médico, promovia sua separação da horda de desviantes em geral com a justificativa de protegê-lo. Como bem mostra Foucault (1978), ao preço de uma desautorização sancionada sobre o hermetismo de seu discurso e comportamento.

A preocupação em regular o encarceramento da loucura, caracterizando-a como objeto do saber médico, foi formalizada em dispositivos legais desde os fundamentos da psiquiatria. Justiça e Psiquiatria estiveram, assim, intimamente ligados, uma sancionando e garantindo o exercício da outra. Como mostra Britto (2007), a lei francesa de 1838 já exigia (em seu artigo 8º) um certificado médico que especificasse o estado mental da pessoa e a necessidade de enclausuramento para tratamento. Inspirado nesta, o Decreto brasileiro nº 1132 de 22/12/1903 foi a primeira lei nacional a abordar a questão dos alienados. Ali o destaque era dado à periculosidade do louco. Sua intenção mais prevalente não era propriamente a proteção ou o tratamento do louco, mas a segurança da sociedade e da ordem pública.

Desta forma, [no decreto de 1903] a autoridade pública adquiriu poder de recolher a pessoa para, posteriormente, avaliar sua condição de saúde e provar sua alienação [...] O exame médico apresentava papel secundário na determinação da internação e era realizado após a pessoa ter sido internada com o objetivo de confirmar o quadro de alienação (Britto, 2007:72).

Não pretendo aqui proceder a uma análise dos dispositivos legais que marcaram a história da psiquiatria, tarefa já realizada por muitos autores (Delgado,

Castel, Amarante, entre outros). Todos unânimes em denunciar o caráter repressor do dispositivo psiquiátrico, presente na diversidade das legislações ao longo do tempo, com exceções isoladas, até que os ventos em favor de uma reforma psiquiátrica soprassem mundo afora.

O trabalho de Gladys Swain pretende rever a ótica foucaultiana, uma vez que ela argumenta que a objetivação que a psiquiatria impôs ao louco, como estratégia para o conhecimento, ao mesmo tempo instituiu a clínica como modo de abordagem, dirigindo a intervenção médica a um sujeito da loucura que estaria aparentemente, segundo a concepção clássica, ausente nela. Penso que as duas visões expressam a ambiguidade da posição médica: por um lado, temos a função clínica, sustentada na relação médico-paciente e com o objetivo maior do cuidado, e do outro lado o poder que esta função pode gerar. Para o momento, desejamos, como Swain, separar a clínica (nossa razão de ser e estar nesta discussão) e o dispositivo de reclusão que é, historicamente, o hospital psiquiátrico. Penso que, por sua estrutura e características, o hospital psiquiátrico não funcionou como dispositivo de tratamento para a doença mental. O isolamento provou não ser por si só um recurso terapêutico. E o ato da internação merece então ser qualificado, pois em sua base está a negação do direito de ir e vir que é devido a todos os cidadãos. Entretanto, a questão do isolamento compulsório para as doenças mentais se mantém na prática clínica e pode ser mesmo reforçada em uma discussão sobre direitos humanos e cidadania (inclusive como “proteção”...).

Berrios⁶, por exemplo, aponta que o parâmetro para uma mudança ética sobre o louco deve visar a superação do conceito de periculosidade. Entendo que a maior dificuldade na questão da periculosidade reside no conceito de risco, pois os fatores de risco pesam muito no momento da avaliação psiquiátrica. Mas o que é o risco? Na ausência de eventos reais, o risco só pode remeter a uma avaliação valorativa de evidências ou a uma intuição sobre a periculosidade que determina uma ação preventiva.

Em sua obra *A Gestão dos Riscos*, Castel (1987) critica o papel da psiquiatria no que chama as novas estratégias de gestão das populações, entendendo que constituem práticas que estão além dos objetivos médicos originais de tratamento:

⁶ *Apud* Britto, 2007:92.

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem sobretudo preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados gerais impessoais ou fatores (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis (Castel, 1987:124).

Para Castel, instaura-se aí uma nova forma de vigilância, diferente dos métodos disciplinares descritos por Foucault, pois tais políticas preventivas desconstruem o sujeito em elementos heterogêneos. Ao contrário do *panopticum*, o controle se exerce à distância, onde o perigo é mensurado em relação às normas médicas.

Foucault identifica que a noção de periculosidade foi engendrada graças à aliança justiça-medicina mental, a partir do século XVIII, quando a última é convocada para decidir sobre a responsabilidade e periculosidade do criminoso. Para fins de controle, a categoria do infrator (ligada ao delito) dá lugar à do delinquente, onde o escrutínio se faz sobre a vida, a biografia dos indivíduos, que “passam a ser considerados pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não de seus atos” (Foucault, 1986).

Segundo Delgado (1992), o conceito de “temibilidade” do agente surge com Feuerbach, em 1799. Durante o século XIX as instituições “reformadoras” se especializam e buscam uma legitimidade científica, com a qual a escola positivista pretende contribuir. Para a escola positivista o crime é manifestação de uma degeneração. A centralidade da ideia de degeneração em Morel sustenta a interface psiquiatria-justiça a partir de 1870, com a descrição do “criminoso nato” de Lombroso. Anos depois, Garófalo retoma Feuerbach e define a temibilidade do agente como a “qualidade de uma pessoa que faz presumir fundadamente que violará o direito” (Garófalo, 1878, *apud* Delgado, 1992). Ele institui a ideia de que a pena não decorre da gravidade do delito, mas da temibilidade do agente, daí a necessidade da ação preventiva. A ideia da periculosidade possibilitará então o desenvolvimento do direito penal, onde a pena não é mais retributiva, pretendendo incidir sobre a subjetividade do sujeito. Embora forçada ao debate por visões mais sociológicas do crime, esta direção se consolidará no início do século XX, com a especialização da ciência criminal e da ideologia do tratamento nos dispositivos criminais. Nesta época, os loucos e deficientes mentais são incluídos na categoria

dos perigosos⁷, e os alcoólicos poucos anos depois, e a categoria da periculosidade será substituída pelo conceito de risco social, onde a intervenção médica com fins preventivistas se amplia ainda mais.

“Desde o início fundamentado em categorias psicológicas, o conceito [de periculosidade] parece ter retirado da imprevisibilidade da loucura suas condições para prosperar. E influenciar, em retorno, a própria ciência da alienação” (Delgado, 1992:95).

A periculosidade é, então, a possibilidade da passagem ao ato, qualidade imanente do louco que o psiquiatra deve perceber.

A impotência da psiquiatria, mesmo a mais positivista, a objetivar completamente a periculosidade foi uma cruz particularmente pesada de carregar, pois designa no coração de seu funcionamento um coeficiente incompreensível de arbitrar. Toda “conduta a ter” diante de uma pessoa suposta perigosa (mesmo que a eventualidade que se teme é uma recidiva) pode ser suspeita de ser ou bem demasiado lassa, ou demasiado repressiva. Sem dúvida é porque os psiquiatras escolheram durante muito tempo esta forma paradoxal de prudência, que é o intervencionismo. Mais vale de fato fazer demais que não o bastante, pois, se erro pode haver em neutralizar um indivíduo potencialmente perigoso, a prova não seria jamais feita, é sempre permitido pensar que ele poderia ter passado à ação se não tivesse sido impedido. Ao contrário, se não intervimos e a passagem à ação se verifica, o erro de diagnóstico torna-se manifesto e o psiquiatra é seu responsável (Castel, 1987:127).

Refletindo sobre as práticas educativas na prevenção da epidemia HIV / Aids, Ayres *et al* (2003) postulam que o conceito de risco é insuficiente, pois os fenômenos são reduzidos a componentes que permitam a mensuração das relações de causa e efeito, decompondo o conjunto da situação de vida em partes quantificáveis. A fim de compreender o conjunto dos aspectos individuais e coletivos, Ayres propõe o conceito de *vulnerabilidade* em três eixos interligados: pessoal, institucional e social. A intenção é discernir entre os diversos eixos a caracterização do risco, racionalizando a resposta necessária segundo os campos envolvidos.

Com a potencialidade de estender-se a todo o espectro do humano, até que ponto a medicalização dos afetos e das emoções opera como um dispositivo que promove o bem estar do paciente, e até que ponto é instrumento de poder que faz calar a diferença para a produção dos “corpos dóceis” descritos por Foucault? O psiquiatra opera num espaço de risco e de responsabilidade onde, de um lado, temos todo o ideário da Reforma Psiquiátrica e dos direitos humanos (direito de ir e

⁷ Para uma visão ampla e mais detalhada da construção histórica dos dispositivos manicomiais e reguladores do sistema prisional, ver Kolker (s.d.), ou Carrara (1998).

vir, de voz e liberdade) e de outro uma avaliação sobre a capacidade de participação do paciente sobre a conduta a ser tomada, conduta que é um projeto terapêutico – mesmo que pontual – com base em um saber médico.

Em *O Princípio Responsabilidade*, Jonas (2006) aborda a questão da ética e da responsabilidade pública que é colocada em xeque com o desenvolvimento tecnológico, que pode gerar risco para a continuidade da vida humana na Terra. Para ele, o prognóstico do desastre, em casos de tal magnitude, deve ser mais importante do que o prognóstico de felicidade. Ou seja, no balanço entre risco e benefício, o risco deve ter peso maior. Jonas afirma que, como não temos como prever todas as consequências de nossos atos, há sempre um risco envolvido em nossas ações. Entretanto, no “jogo das incertezas”, nossas apostas não poderiam jamais incluir “a totalidade dos interesses dos outros, principalmente as suas vidas” (2006:84)⁸.

“O princípio ético fundamental, do qual o preceito [o maior valor da perspectiva do desastre versus a da felicidade] extrai sua validade, é o seguinte: a existência ou essência do homem, em sua totalidade, nunca podem ser transformadas em apostas do agir” (2006:86).

Ora, se entendemos que a liberdade faz parte da essência do homem, então a responsabilidade sobre atos que podem comprometer sua existência, como vimos ser a internação involuntária, é de fato acrescida. Há, aqui, dois riscos envolvidos: risco de que a liberdade ou o confinamento possam lhe ser nocivos. Pois é a vida das pessoas que está, ali, envolvida.

Os marcos para a discussão sobre os direitos humanos foram estabelecidos na Revolução Francesa (1789). Assim, a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* francesa proclama a universalidade dos direitos civis e políticos dos homens, determinando-os como direitos naturais⁹ e inalienáveis: direito à liberdade, direito à propriedade, direito à segurança e direito de resistência à opressão. Da mesma forma, a *Declaração da Independência Americana* (Virginia, 1776),

⁸ Para Jonas, somente a consideração de um “mal extremo” a ser evitado poderia justificar a aposta (o que, ele mostra, não é o caso nos riscos do progresso tecnológico, mais afins à soberba do que à necessidade). Em “Responsabilidade pessoal sobre a ditadura” (2004), entretanto, Arendt mostra que no caso da participação em regimes totalitários, a justificativa do “mal menor” para evitar o “mal maior” é eticamente incongruente, pois a opção pelo mal acaba, aí, naturalizada, já que as pessoas que assim procedem com facilidade esquecem que estão, de qualquer forma, optando pelo mal.

⁹ Para os jusnaturalistas, os direitos humanos são inatos e naturais e devem orientar a ordem jurídica, se antecipando ao direito positivo (ver Bobbio *et al*, 2004).

reconhece como direitos inalienáveis o direito à vida, à liberdade, e à busca da felicidade. Direitos que, entretanto, historicamente foram negados aos loucos.

Outro marco jurídico importante que constitui referência para a discussão sobre cidadania no mundo moderno e para as novas legislações em saúde mental é a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, promulgada pela ONU, em 1948, após a II Guerra Mundial. O documento propõe que os direitos humanos se constituam como a “consciência moral universal”. Em continuidade, a *Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Liberdade Fundamental*, assinada pelo Conselho Europeu em 1948, definia as exceções para as quais os direitos podiam ser suspensos, autorizando a detenção e a internação involuntária. Pessoas com perturbações mentais, alcoolistas, drogadictos, vagabundos e portadores de doenças contagiosas formavam a lista.

Mais recentemente, na Europa, o *White Paper* de 2000 estabelece os princípios legais para garantir dignidade e direitos humanos às pessoas com transtornos mentais internadas involuntariamente. Violações à Convenção Europeia podem ser julgadas juridicamente no Tribunal Europeu de Direitos Humanos ou no Comitê Ministerial.

Existe atualmente um conjunto expressivo de documentos que pretendem garantir os direitos mentais aos portadores de transtornos mentais, como as publicações da ONU dos últimos anos¹⁰. Para aqueles que viveram a degradação dos hospitais psiquiátricos e puderam comprovar a desassistência (ausência de cuidado) e o estado de embotamento e comprometimento físico e mental de pessoas longamente institucionalizadas, o fracasso terapêutico deste dispositivo (o isolamento inexorável e o esquecimento daqueles seres) é visível e concreto. O que, especificamente, pode produzir o embotamento generalizado desta clientela?

Em *As Origens do Totalitarismo*, Hannah Arendt (1989) observa que, embora a *Declaração dos Direitos do Homem* tivesse, no fim do século XVIII, decretado o Homem, e não mais Deus ou a tradição histórica, como a fonte da lei, os direitos sociais e humanos passavam a depender da ordem política, devendo ser garantidos pelos governos e constituições. Mas, com a humanidade concebida como povos reunidos em Estados-nação, esse Homem soberano e origem da lei torna-se,

¹⁰ Algumas publicações nesta perspectiva podem ser acessadas no site da Organização Mundial de Saúde, www.who.com.int/topics/mental_health/en/.

paradoxalmente, uma abstração, e os direitos humanos ficam atrelados aos direitos nacionais dos povos emancipados.

Os Direitos do Homem, afinal, haviam sido definidos como 'inalienáveis' porque se supunha serem independentes de todos os governos; mas sucedia que, no momento em que seres humanos deixavam de ter um governo próprio, não restava nenhuma autoridade para protegê-los e nenhuma instituição disposta a garanti-los (Arendt, 1989:325).

Os direitos humanos deviam, portanto, ser personificados nos direitos civis, nos direitos de cidadania e nacionalidade enunciados sob forma de leis. Nesta obra, a autora toma como objeto os povos (judeus na Alemanha nazista e outros apátridas) destituídos de sua nacionalidade e, portanto de uma legitimidade política, que se torna identitária e marca de humanidade em um mundo organizado política e juridicamente. Na sociedade politicamente organizada, não é a humanidade natural que garantirá os direitos.

Assim, o totalitarismo seria um sistema novo (em relação às formas de governo classicamente descritas) que visa à destruição do mundo humano. Os mecanismos descritos por Arendt pelos quais isto acontece podem ajudar-nos a pensar o lugar social e existencial ocupado pelo louco em um dispositivo de internação involuntária¹¹. Para Arendt, a tragédia da situação destas pessoas é a desfiliação, o não pertencimento a qualquer comunidade ou ordem ou lei. E estes direitos foram perdidos antes mesmo que qualquer direito à vida estivesse ameaçado.

O domínio no totalitarismo procura eliminar toda espontaneidade da conduta humana (fato inerente à própria vida na Terra), o que só é possível nos campos de concentração, através do isolamento total. O campo de concentração é o protótipo e a radicalização final do sistema totalitário, modelo de um mecanismo que pode incluir o manicômio, a prisão, ou qualquer instituição total (Goffman, 2005), laboratórios onde o terror da desumanização é engendrado a partir da perda dos direitos políticos dos que são ali encarcerados.

“A privação fundamental dos direitos humanos manifesta-se, primeiro e acima de tudo, na privação de um lugar no mundo que torne a opinião significativa e a ação eficaz” (Arendt, 1987:330).

¹¹ Em minha dissertação de mestrado (Honorato, 2007), encontrei no pensamento de Hannah Arendt – a partir do conceito de política resgatado por ela – uma fonte de reflexão que me permitiu identificar o trabalho de desinstitucionalização do profissional de saúde mental junto ao paciente como um trabalho político, trabalho de recuperação ou construção de um ser social (a ser) inscrito politicamente em sua comunidade.

Para Arendt, não se trata unicamente de assassinato e morte, mas de uma operação de anulação das existências das pessoas; ela afirma que a vida nos campos de concentração não tem precedentes no conhecimento humano. Está fora do registro da vida ou da morte. Não pode, assim, sequer ser comparada, ou sequer lembrada, pois ocorre em outra dimensão. Concordamos que a intensidade e a ampliação do horror nos campos de concentração caracterizam uma situação de sofrimento sem precedentes. Entretanto, não se trata de comparar, mas de identificar o processo de domínio totalitário que pode acompanhar a experiência – que pode ser pontual ou prolongada – de uma internação psiquiátrica involuntária.

Assim, em minha experiência com populações de portadores de transtornos mentais longamente institucionalizados¹², é comum encontrarmos nestes locais um nivelamento dos quadros psíquicos. Independente de suas histórias de vida ou de doença, terminam todos em um misto de embotamento e apatia.

Seguimos então com Arendt, quando afirma que nos campos, a preparação de cadáveres mortos é precedida pela produção de cadáveres vivos, e que o primeiro passo para o domínio totalitário é o assassinato da pessoa jurídica do homem, sob disfarce de uma “custódia protetora” que impossibilita a ação.

Buscando identificar o que seria a experiência fundante do totalitarismo, Arendt conclui que o isolamento pode ser o elemento pré-totalitário que gera a impotência. O isolamento que, diferente daquele das tiranias, elimina até o espaço da vida privada. Isolamento político que é a solidão no campo dos contatos sociais. Entretanto, o isolamento pode destruir a capacidade de agir, mas deixa intactas as atividades produtivas (o isolamento é essencial à tarefa construtiva do *homo faber*).

O homem isolado que perdeu o seu lugar no terreno político da ação é também abandonado pelo mundo das coisas, quando já não é reconhecido como *homo faber*, mas tratado como *animal laborans* cujo necessário ‘metabolismo com a natureza’ não é do interesse de ninguém. É aí que o isolamento se torna solidão (Arendt, 1987:527).

A solidão, o não pertencimento ao mundo, é para Arendt o elemento novo e essência do sistema totalitário, a experiência que constitui o fundamento para o terror. Solidão que é contrária à condição humana, pois nossa experiência do mundo provém de nosso senso comum, da pluralidade humana. Assim a solidão organizada

¹² Refiro-me ao acompanhamento de processos de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro (entre os quais destaco o Hospital Estadual Teixeira Brandão, a Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi, e o Hospital Colônia de Rio Bonito), atividade exercida como apoiador regional da Gerência Estadual de Saúde Mental (SES-RJ). Sobre os dados na literatura, ver Honorato 2007, ou ainda Robaina, Guljor e Pinheiro, 2007.

pelo totalitarismo ameaça destruir o mundo comum. Entendo que o paciente a quem é negado o direito de ir e vir, que é obrigado a ficar confinado em um dispositivo disciplinar como é o hospital psiquiátrico – pois na internação involuntária ele não é reconhecido pelo paciente como um dispositivo terapêutico, um local de tratamento – pode também ser lançado em uma situação de solidão existencial sem interlocutores.

Agamben toma a questão dos direitos humanos no mundo contemporâneo por outro viés. Em *Homo Sacer* (2004), ele trabalha com os dois significados que os gregos tinham para a palavra vida: um deles, *zoé*, significava a vida comum a todos os animais, meramente reprodutiva, vida nua; e *bíos*, o modo de viver próprio de um indivíduo ou grupo, significando a vida política, vida qualificada. Agamben pensa estes dois sentidos a partir do conceito nomeado por Foucault de biopolítica, e que corresponde à inclusão e uso da vida natural nas estruturas totalitárias do poder moderno, na via das tecnologias de individuação (seu “duplo vínculo” político).

Assim como Arendt¹³ já denunciara a sacralização da vida e a politização do *homo laborans* na vida moderna como sinal da decadência do espaço público, Agamben considera que a politização da vida nua na esfera da polis constitui um elemento decisivo e transformador da modernidade.

Como em Arendt, o campo de concentração é tomado como o lócus visível do estado de exceção, cuja constelação jurídica orientadora é a lei marcial e o estado de sítio. O estado de exceção mantém-se em relação com a norma como na forma de uma suspensão; o caos é incluído no ordenamento como estado de exceção, uma zona de indiferença entre o interno e o externo. Ela explica que, se para Schmitt o *nómos* clássico consistia em localização e ordenamento, no campo a suspensão do ordenamento jurídico potencializa, como estado de exceção, a violência do estado de natureza.

Agamben identifica no direito romano arcaico a figura do *homo sacer*, o ser que, condenado por um delito, tem sua vida situada “no cruzamento entre uma matabilidade e uma insacrificabilidade, fora tanto do direito humano quanto daquele divino” (Agamben, 2004:81).

Entendo que o louco, a pessoa que tem um transtorno mental para quem é imposto uma internação ou tratamento involuntário qualquer é também uma vida nua e desqualificada. No hospital, ele é submetido a uma lei de tutela que faz de seu

¹³ Ver *A Condição Humana* (1991).

corpo objeto de intervenção. O que quer que façam com ele possui uma legitimidade estranha a ele e da qual ele não participa. Ele não está na prisão, mas este hospital-prisão é o dispositivo de passagem de onde poderá sair (se for o caso) quando for considerado – por uma decisão soberana do médico e/ou da equipe de saúde responsável – cidadão, humano qualificado. Vida nua do louco, vida sem razão nem significação. E sua própria periculosidade é uma qualidade virtual, pois é apenas presumida, e de resto ele se encontra excluído da vida política e jurídica. A periculosidade fala também de uma zona indistinta, uma promessa destrutiva, ameaça à ordem social que autoriza sua detenção como um potencial que pode se realizar (pois quando ele age violentamente, ele já se encontra no terreno do crime e pertence ao campo da justiça, embora uma justiça contaminada que o encaminha ao “manicômio judiciário”).

Agamben rastreia a presença da vida nua no universo que compõe a era moderna, em suas diversas formas. Ele identifica o *Habeas Corpus*, documento de 1679, como documento base para a democracia moderna, o qual já implicava o corpo natural, e não o cidadão ou o homem livre, como um novo sujeito da política. Assim, a lei que exige que o corpo se mostre deve também, democraticamente, cuidar deste corpo.

Agamben percebe esta centralidade do corpo na filosofia e na ciência da idade barroca, de Descartes a Newton, de Leibniz a Spinoza. E no texto do *Leviatã* de Hobbes ele observa que é o fato dos homens poderem matar-se uns aos outros – ou seja, em sua “matabilidade” – que requer a formação do corpo político que os iguala.

Os direitos naturais e inalienáveis do homem da Revolução Francesa, presentes “desde o nascimento”, são a presença da vida nua investida como cidadã pela decisão soberana. É o descolamento deste nexo nascimento-nação ocorrido após a I Guerra Mundial, com a crise dos Estados-nações, que possibilitará o surgimento do fascismo e do nazismo. Aos poucos, os direitos do homem serão independentes dos direitos do cidadão e haverá, por fim, a separação entre humanitário e político.

“O humanitário separado do político não pode senão reproduzir o isolamento da vida sacra sobre o qual se baseia a soberania, e o campo, isto é, o espaço puro da exceção, é o paradigma biopolítico para o qual ele não consegue encontrar solução” (Agamben, 2004:140).

O próprio discurso jurídico sobre a eutanásia, presente a partir de 1920, introduz o conceito político (e não ético) de uma “vida sem valor”, “vida indigna de ser vivida”, limite a partir do qual ela se torna vida sacra, que pode ser eliminada sem consequências jurídicas.

“Toda sociedade fixa este limite, toda sociedade – mesmo a mais moderna – decide quais sejam seus ‘homens sacros’” (Agamben, 2004:146). Daí, a partir de 1940, a eliminação medicamente avalizada dos “doentes mentais incuráveis” no governo do Reich. Para Agamben, é a partir deste contexto que a integração biopolítica entre soberania e medicina começa a engendrar-se.

“Isto implica que a decisão soberana sobre a vida se desloque, de motivações e âmbitos estritamente políticos, para um terreno mais ambíguo, no qual o médico e o soberano parecem trocar seus papéis” (Agamben, 2004:150).

A medicina sofre assim uma transformação radical quando o Estado nazista se propõe a tutelar a vida, o que fica patente nas discussões sobre eugenia / genética, racismo / raça. Conceitos médicos que se politizam. Por fim, a polícia se torna política.

Para Agamben o campo de concentração é o *nómos* do espaço político em que vivemos. Desde seu surgimento, no fim do século XIX, tratava-se de estado de exceção e lei marcial, e não de um dispositivo carcerário. Ao contrário, mostra Agamben, a base jurídica para o “internamento” nos campos não era o direito comum, mas a “custódia protetiva” (*Schutzhaft*) que os juristas nazistas entendiam como medida policial preventiva, independente de qualquer ação criminal, em nome da segurança do Estado, e onde as liberdades pessoais constitucionais eram suspensas. Mas no campo as medidas eram juridicamente proclamadas sem mais qualquer menção ao estado de exceção; este tornara-se a regra.

Se na internação involuntária a detenção do louco é autorizada como medida preventiva, dentro do hospital, autorizado por esta medida de exceção, tudo pode, potencialmente acontecer, desde que em nome de um tratamento médico ou segurança pública.

Para Agamben, virtualmente pode-se constituir um campo sempre que vida nua e norma entram em um limiar de indistinção.

Em todos estes casos, um local aparentemente anódino [...] delimita na realidade um espaço no qual o ordenamento normal é de fato suspenso, e que aí se cometam ou não atrocidades não depende do direito, mas somente da civilidade e

do senso ético da polícia que age provisoriamente como soberana (Agamben, 2004:181).

Também nas IPI é produzida uma situação que se coloca fora do direito, onde a decisão médica adquire o estatuto de soberania. Assim como a palavra povo inclui os elementos políticos originais (vida nua e corpo político), o louco carrega em si outra fratura biopolítica; de um lado é vida nua, desrazão, e de outro o doente, objeto político da ciência médica. Cabe, então, ao médico a tarefa de manejar os elementos e determinar a conduta.

O saber médico, então, é a matéria que sustenta o dispositivo psiquiátrico em sua função normatizadora, o que é legitimado socialmente. Em *Força de Lei* (2007), Derrida nos apresenta uma discussão em torno do Direito que, penso, pode nos ajudar a pensar os impasses éticos que se colocam na prática psiquiátrica, no que se refere à imposição de tratamento compulsório (involuntário). Pois assim como o Direito, a psiquiatria (e toda a medicina, neste aspecto de um saber imposto como lei) é sempre uma força autorizada, justificada.

Derrida parte de Kant, para quem não há direito sem força. Pois para determinar o arbítrio, o direito precisa da exterioridade da lei. A força faz parte da essência do conceito de justiça como direito (lei)¹⁴. A palavra *Gewalt* significa violência, mas também poder legítimo, autoridade, força pública. Mas, sendo assim, pergunta Derrida: como distinguir a força da lei com a violência que julgamos sempre injusta?

Seguindo Montaigne, Derrida distingue direito e justiça: nem sempre as leis, então, são o justo. Esta questão nos toca: como fazer com que a lei, a decisão e a palavra médica, sejam justas?

Para Derrida, não há justiça sem a experiência da *aporia*, do impossível que, por ser místico, não dá passagem. Pois a justiça é sempre um *apelo* à justiça.

O direito não é a justiça. O direito é o elemento do cálculo, é justo que haja um direito, mas a justiça é incalculável, ele exige que se calcule o incalculável; e as experiências aporéticas são experiências tão improváveis quanto necessárias da justiça, isto é, momento em que a decisão entre o justo e o injusto nunca é garantida por uma regra (Derrida, 2007:30).

Há uma situação paradoxal, para a pessoa que julga: Derrida mostra que o endereçamento, assim como o direito, requer a retidão, a justiça. O endereço,

¹⁴ Da mesma forma, entende-se que pode haver também justiça sem relação com o direito.

contudo, é sempre singular, ao passo que o direito parece supor um imperativo universal, uma regra geral. Como conciliar o ato de justiça singular com a regra geral?

Não há, portanto, certeza, garantia de justiça, na aplicação do Direito. Derrida descreve três aporias implicadas no exercício do direito: a primeira é a *epokhé* da regra. Para ser justo ou injusto, o homem deve ser livre e responsável, mas deve ao mesmo tempo seguir uma regra / lei. A mera aplicação da regra é legal, mas nem sempre justa, pois não houve decisão (julgamento, juízo). A lei ou a regra devem ter seu valor confirmado por um “ato de interpretação reinstaurador, como se a lei não existisse anteriormente, como se o juiz a inventasse ele mesmo em cada caso” (Derrida, 2007:44).

Derrida fala do julgamento / decisão como assegurador e legitimador do ato de justiça. A decisão justa é paradoxal, pois é, ao mesmo tempo, regrada e sem regras, conservadora e destruidora da lei.

A segunda aporia é a “a assombração do indecidível”: a justiça implica na experiência do indecidível, oscilação entre o direito universal e a singularidade do exemplo, mas também a experiência do que, sendo estranho à regra, deve ser decidido levando em conta a regra. O indecidível marca a decisão como um fantasma, destruindo qualquer certeza sobre uma criteriologia que garanta a justiça da decisão. A decisão de justiça não é restrita à sua forma final (o veredicto). Independente da técnica e da regra, ela acompanha todo o processo. Como explicam Fernandes e Packer (2008):

O sujeito não decide porque não detém a possibilidade de cálculo sobre as consequências infinitas de uma decisão e o poder de manter essa decisão. Da decisão os sentidos se proliferam, a reinterpretação é pública, aberta, inesgotável (FERNANDES E PACKER, 2008:136).

Neste ponto, Derrida critica a “axiomática subjetal da responsabilidade, da consciência, da intencionalidade, da propriedade” (2007:48) que domina o discurso jurídico atual, salientando a limitação de qualquer saber totalizante centrado na pura subjetividade, quando confrontado com a experiência.

O dogmatismo obscuro que marca o discurso sobre a responsabilidade de um réu, seu estado mental, o caráter passional, premeditado ou não, de um crime, os incríveis depoimentos de testemunhas e ‘experts’ acerca desses itens bastaria para atestar, na verdade para provar, que nenhum rigor crítico ou criteriológico, nenhum saber são acessíveis a esse respeito (Derrida, 2007:48-49).

Com relação à terceira aporia, a “urgência que barra o horizonte do saber”, Derrida aponta que o problema com as ideias reguladoras ou messiânicas é que são somente horizontes, e a decisão justa não está em um horizonte, ele é requerida imediatamente. O momento da decisão é, portanto, sempre um momento finito de urgência e de precipitação. Ele é performativo, interpretativo, e não pode ser contido nos horizontes.

Citando Kierkegaard, Derrida afirma que o momento da decisão é um momento de loucura, “como se aquele que decide só tivesse a liberdade de se deixar afetar por sua própria decisão e como se ela lhe viesse do outro” (Derrida, 2007:52). E, por não admitir horizontes, regras, ela é sempre “por-vir”.

“A justiça, como experiência da alteridade absoluta, é inapresentável, mas é a chance do acontecimento e a condição da história” (Derrida, 2007:55).

A justiça, incalculável então, comporta sempre um risco, mas ao mesmo tempo ela requer o cálculo, ela se impõe e comparece nos mais diversos campos. Justiça e direito são heterogêneos mas indissociáveis, por isto a politização, sem ser total, é interminável. E obriga sempre a reinterpretar os fundamentos do direito.

“O que constitui o valor do homem, de seu *Dasein* e de sua vida, é conter a potencialidade, a possibilidade da justiça, o futuro de seu ter-que-ser-justo. O que é sagrado em sua vida não é a sua vida, mas a justiça de sua vida” (Derrida, 2007:125).

Derrida propõe uma “ideia de justiça” infinita e irredutível, de caráter afirmativo. Mas ele hesita em associar tal “ideia de justiça” a uma ideia reguladora no sentido de Kant ou conteúdo messiânico, pois não se trata aqui de um predicado inerente ao sujeito. Sua irredutibilidade provém do fato de que ela é devida ao outro. Ele remete-se a Levinas e ao direito infinito do “humanismo judaico”, norteados pelo conceito de outrem, e não de homem. Para ele, como para Arendt em sua análise do espaço político da polis grega¹⁵, a equidade não é a igualdade, mas a “dessimetria absoluta” (Derrida, 2007:42), a pluralidade. A aplicação do direito, portanto, para ser justa não pode ser contida nas regras. A justiça implica em falar a língua do outro, em traduzir para a língua do outro.

“A violência de uma injustiça começa quando todos os parceiros de uma comunidade não compartilham totalmente o mesmo idioma” (Derrida, 2007:33).

¹⁵ Ver *A Condição Humana*, op.cit.

Há aí uma postura ética com a qual compartilho, e que me parece coerente com a proposta da Reforma Psiquiátrica: a preocupação em traduzir para o idioma do outro revela a intenção de que haja interlocução com o outro, em tomá-lo como sujeito de seus atos e da implicação político-social que nossos atos possuem. O médico, como gestor de um dispositivo que pode, em nome de um saber suposto, impedir a circulação do louco, submetê-lo a ponto de despolitizá-lo fazendo dele “vida nua”, destituindo-o de sua humanidade para torná-lo objeto, fragmentando-o em um corpo manipulável, este psiquiatra só pode operar eticamente sua avaliação se entende que ela está além dos manuais, dos protocolos e das evidências. Fenomenologicamente, penso que é só no encontro de dois que a avaliação, o diagnóstico, e a conduta médicas podem se dar. Mas o que então habilita o psiquiatra a este ato ético? Será a ética algo inerente ao sujeito, será algo a ser aprendido?

Como Derrida, Hans Jonas (2006) rejeita a ideia kantiana do fundamento racional do imperativo do dever. Para ele, além do fundamento racional, a ética possui também um aspecto subjetivo, que refere-se ao substrato psicológico e emocional que influencia a vontade. A capacidade de sermos afetados é o que faz de nós seres morais. Jonas (2006) entende que uma doutrina de valores pode então fundamentar a obrigatoriedade ética ao situar o bem no Ser.

Assim, um imperativo pode emanar da demanda imanente daquilo que é bom por si mesmo, devendo portanto realizar-se, tornar-se fim. A natureza atribui valores; a finalidade natural se impõe e prescinde do dever, pois é inerente ao Ser.

“Não é a lei moral que motiva a ação moral, mas o apelo do bem em si no mundo, que confronta minha vontade e exige obediência – de acordo com a lei moral” (Jonas, 2006:156).

A ética, portanto, apropria-se do bem supremo atemporal e concede-lhe temporalidade. Na responsabilidade, ao contrário, é o outro contingente e perecível que por sua mera existência mobiliza minha disposição, sem nenhuma pretensão de apropriação. Para Jonas é o Ser com seu valor intrínseco que impõe respeito e influencia nossos sentimentos em direção à lei moral, “desde que encontre uma faculdade de percepção que não tenha sido mutilada pelo egoísmo ou perturbada pela estupidez” (2006:163).

O sentimento de responsabilidade, então, prende o sujeito ao objeto, fazendo-o agir em seu favor. Jonas toma a progenitura como experiência arquetípica humana

para a compreensão da reponsabilidade objetiva e subjetiva. Jonas afirma que o poder causal é condição da responsabilidade: somos responsáveis pelas consequências de nossos atos. O dependente submete o poderoso devido ao poder causal deste último. A responsabilidade é definida por uma relação de não-reciprocidade cujo protótipo é a relação entre pais e filhos. Não há responsabilidade entre dois seres iguais, como no caso de responsabilidades recíprocas ou na solidariedade. Em Platão a causa do Eros é o bem em si, mas este tem um estatuto atemporal, está fora do mundo. Hoje, diz Jonas, a ontologia não é mais a da perfeição e da eternidade, mas a do tempo. A essência, então, a ser buscada, está naquilo que é transitório.

“Só se é responsável por aquilo que é mutável, ameaçado pela deterioração e pela decadência, em suma, pelo que há de mortal em sua mortalidade” (Jonas, 2006:212).

Jonas entende que a responsabilidade é um correlato do poder (2006:215). Ele inverte a máxima kantiana: “você pode, porque você deve” (que submete a vontade ao dever), pois o poder hoje inerente à ação humana deve refletir-se no dever de nossa responsabilidade.

Jonas busca o “paradigma ôntico” da responsabilidade, no qual a simples existência factual de algo coincida com um “deve-se”. Esta “prova” ele encontra no recém-nascido, a existência que possui o caráter irrefutável de um apelo, apelo contra o qual se pode resistir, mas não negar. O que distingue o recém-nascido de quaisquer outros exemplos é a relação singular entre posse e não posse da existência, característica da vida que inicia. Conforme a leitura de Arendt sobre a liberdade inaugural do homem, Jonas afirma:

“Com cada criança que nasce recomeça a humanidade em face da mortalidade, e nesse sentido também está em jogo a sobrevivência da humanidade” (2006:224). A responsabilidade por esta criança singular e contingente independe de qualquer julgamento sobre seu valor, de qualquer contrato. Assim, “o locus da responsabilidade é o Ser mergulhado no devir, abandonado à transitoriedade e ameaçado de extinção” (2006:225).

Esta imagem do recém-nascido retornará neste trabalho, em uma leitura arendtiana, de pura potencialidade. Mas as reflexões de Jonas sobre a responsabilidade nos mostram exatamente que a dessimetria que envolve a relação de responsabilidade, característica da relação parental, é o que destitui o outro

submetido de seu lugar político, de cidadão. Este poder, como ele coloca, só faz aumentar nossa responsabilidade.

➤ Metodologia

Para pensar a produção de conhecimento nas práticas de saúde, Ayres (2008) recorre a Aristóteles para diferenciar três formas de saber: a *episteme*, cujo objetivo é a verdade, o conhecimento causal objetivo presente na *theoria*; a *poiesis*, reino da *techné* cujo fim é a produção de artefatos com base nos talentos; e o campo da *phronesis*, verdade prática onde é possível (e necessário) buscar também um saber, uma universalidade na contingência, espaço em que os interesses humanos são prevalentes, e que não produz objetos estáveis: esfera da práxis. “A universalidade buscada aqui é a dos valores para uma convivência humana satisfatória” (Ayres, 2008:31).

Entendemos que a prática clínica do psiquiatra é uma tarefa que se situa além da técnica, no sentido em que ela está além do saber psiquiátrico. Para Aristóteles (2003), tanto a sabedoria (*phronesis*) como a sapiência (*sophia*) são virtudes dianoéticas, mas a primeira tem um caráter prático, enquanto a *sophia* indica a perfeição na arte e na ciência. Mas, se a sapiência é sempre única e absoluta, em saúde mental mesmo a ciência com a qual lidamos não é uma ciência pura.

Assim, entendo que a linha teórica que escolhi é a de um conhecimento impuro e imperfeito, porque marcado por interesse. É importante, entretanto, ressaltar que o interesse não é movido por uma ideologia¹⁶, mas por valores éticos. O conhecimento com o qual pretendo dialogar está contaminado por um ethos, uma visão de mundo, pois o tema me mobiliza, me afeta. Para Loureau (1990/2004) o conceito de *implicação* em análise institucional¹⁷ equivale à *contra-transferência* da teoria psicanalítica, que é a inclusão dos sentimentos do terapeuta no decorrer do processo analítico. Saber trabalhar com este elemento se torna um procedimento privilegiado. Faz parte do processo de conhecimento, portanto, “colocar em análise” a implicação, e esta operação é essencial para a ética da pesquisa, seja ela uma

¹⁶ Em *Origens do Totalitarismo* (1989), Arendt explica que a ideologia é a lógica de uma idéia que pretende expressar um conhecimento científico, aplicada à história. Através da lógica das idéias, as ideologias pretendem conhecer e explicar todo o processo histórico. Esta lógica, contudo, só admite como premissa a idéia, e tampouco a experiência pode ensinar algo novo, pois tudo fica lógico e coerentemente amarrado pela idéia que pretende expressar um discurso científico.

¹⁷ O Movimento Institucional teve origem no pós-guerra francês, em um hospital psiquiátrico (Saint Aubin) com a introdução, por Tosquelles, de práticas grupais horizontalizadas que evoluíram na implementação da articulação entre clínica e política.

pesquisa de campo, seja uma investigação teórica. Cabe, agora, explicitar a minha implicação neste estudo.

A imposição a pacientes de internações ou outros procedimentos involuntários foi uma questão espinhosa para mim desde a graduação. Influenciado precocemente pela psicanálise e acreditando no poder da palavra – o que me fez escolher a psiquiatria como especialidade médica –, sempre priorizei a construção e a preservação da relação médico-paciente, pautada na confiança e na transparência. Assim, qualquer procedimento ou indicação terapêutica, para mim, só teria sentido com a compreensão e anuência do paciente. Argumentação, convencimento e a análise compartilhada das resistências constituíam as ferramentas angulares da abordagem clínica ancorada na escuta ao paciente. A realidade da práxis psiquiátrica logo se impôs, nos plantões de emergência em portas de entrada e hospitais psiquiátricos, onde eu era o psiquiatra, *gate-keeper* com plenos poderes. Trabalhei muitos anos nestas unidades, e quando avaliava que era necessário internar, se havia resistência àquela orientação, eu investia no convencimento, onde o peso do papel social, do aparato médico com sua tecnologia, da instituição e seu staff, era, em cada caso, maior ou menor. Mas havia vezes em que não conseguia este diálogo. Então em algum momento tinha que “bater o martelo” e mandar trancar, pois entendia que era necessário conter aquela pessoa; ela não estava bem e era preciso cuidar para que melhorasse. Os fins, então, justificam os meios, mas isto não podia ser simples. Eu precisava estar bem seguro nestas ocasiões onde tinha que decidir sobre a vida do outro contra a sua vontade.

Esta função tutelar onde a intervenção psiquiátrica entra por outra via – a da força e da imposição – foi para mim desde sempre incômoda. O que mais me causava mal estar era, então, aqueles pacientes que, compreendendo minhas argumentações – portanto capazes racionalmente, e expressando um contato coerente com a realidade – mesmo assim negavam e resistiam. Pacientes maníacos ou hipomaníacos, delirantes paranóides com preservação do sentido da realidade, depressivos, pacientes com plena capacidade argumentativa, onde, por exemplo, nos apoiamos no “risco” para decretar uma internação involuntária. Ou quando nosso argumento se sustenta na avaliação de que um procedimento pode ser “melhor”, ou seja, quando é uma alternativa entre outras, mas em uma escala de valoração que é nossa, que não é, naquele determinado momento, de interesse do paciente. Ou ainda quando ignoramos a palavra do paciente de que vai mudar seu

comportamento. Quando intervimos para “prevenir” uma piora. Estas sempre foram, para mim, situações limite onde a ética de minha intervenção era colocada em xeque.

A experiência com formação me colocou também a tarefa de compartilhar o conhecimento. Era preciso passar o saber psiquiátrico e extrair o máximo de sua potencialidade, mas também induzir a formação de uma práxis ética. As pessoas que procuram as carreiras ligadas à saúde mental têm, supostamente, um “certo” perfil, uma afinidade com o social (em princípio, na saúde em geral), mas há pessoas de tudo quanto é jeito, e a cada momento coisas diferentes podem motivá-las. Então, além de estudar e refletir sobre a ciência médico-psiquiátrica, deparei-me, também, com a pergunta clássica: “pode a virtude ser ensinada”? O que é preciso saber para ser médico psiquiatra, hoje, em nossa sociedade?

Busco então refletir sobre o ato ético que se atualiza nas situações de internação psiquiátrica involuntária. Como salvar neste ato, que em princípio destitui o direito do outro para impor a lei, uma ética do respeito ao outro de direito? Haverá prevalência de um direito sobre o outro? Como qualificar tal ato do médico, como salvaguardar sua dignidade?

Em *O Ponto de Vista do Outro*, Costa enfatiza que a conduta ética não pode esgotar-se nas normas.

“Ética não é aplicação irrefletida de regras. Ética é a relação com um outro singular que sempre exige adendos aos códigos racionais ou espirituais de orientação de condutas” (Costa, 2010:22).

Nem a lógica da razão nem a ciência sobre a natureza podem prestar-se a ser a base de imperativos morais. Ética tem a ver com ação e emoção. E este homem da práxis, que buscamos compreender, está além dos protocolos e do conhecimento científico.

Este sentido da ética fica claro, como mostra Costa, na ficção científica de Philip K. Dick. Com seus objetos falantes e andróides, Dick coloca em cena imagens reducionistas do sujeito, incapazes de ação ética. Aprisionados na premissa dos meios adequados aos fins, são loucos não por ausência de lógica, mas porque esta lógica instrumental é inadequada às necessidades humanas. Da mesma forma, Graham Greene em um de seus romances apresenta o personagem do crédulo. O crédulo quer evitar a dúvida inerente às decisões práticas que Derrida chamou a

“terrível responsabilidade” da justiça. A dúvida não leva à inação; antes, ela está ao lado da fé:

“A dúvida em relação ao que se crê é o corolário da convicção de que o outro é um enigma para ele mesmo”(Costa, 2010:72).

Acredito que a psiquiatria, o saber psiquiátrico, não deva constituir uma crença, um conjunto de regras imutáveis de posse de poucos eleitos que contêm por si só a chave para o cuidado do outro, a verdade.

Para ser justa, a práxis deve necessariamente questionar a regra, duvidar. Vimos como, em *Força de Lei*, Derrida distingue justiça e direito. Então Derrida afirma a metodologia da *desconstrução* como método para a consideração ética e política da justiça, o que ocorre por um duplo movimento:

- 1- Por uma responsabilidade diante da memória e os limites históricos dos conceitos, um comprometimento com a justiça infinita ou mística, endereçada às singularidades embora pretendendo a universalidade (segundo ele há “exigência hiperbólica” de justiça).
- 2- Uma responsabilidade diante do conceito de responsabilidade que regula a justiça de nossos atos.

A desconstrução dos conceitos visa, então, responder a um aumento da responsabilidade. Mas o processo de desconstrução envolve uma *epokhé*, momento de suspensão necessária, onde o conceito perde seu lugar.

Não é um simples momento: sua possibilidade deve permanecer estruturalmente presente no exercício de toda responsabilidade, se considerarmos que esta não deve jamais abandonar-se ao sono dogmático, e assim renegar a si mesma. Desde então, aquele momento transborda. Torna-se, então, ainda mais angustiante. Mas quem pretenderá ser justo poupando-se da angústia? (Derrida, 2007:38-39).

Se entendemos que todo saber é contextualizado e socialmente construído, então a análise deste saber é sua desconstrução. Jaques Derrida elaborou o conceito de desconstrução e não o entendia como um método, mas como a análise crítica de pressupostos filosóficos contidos em um texto. Paradigmático é o tratamento distinto que o direito e a justiça recebem na visão de Derrida, à qual já aludimos. Em nosso tempo, o direito não está mais fundamentado em um direito natural. A lei é resultado de um consenso histórico, mas o contrato não pode legitimar-se retrospectivamente, não pode legitimar sua origem. O direito composto por leis pressupõe uma força, uma coação que é seu fundamento místico. As leis

são como artefatos cujo conteúdo é variável e multideterminado. Elas podem pretender ser justas, mas esta garantia não está no fato de serem leis. Derrida ensina que a justiça é sempre um apelo à justiça, algo sempre por vir. Pensando sobre o impacto da teoria da desconstrução sobre o direito, Fernandes e Packer sintetizam:

O direito por estar posto, sedimentado na linguagem e na escrita, é algo que pode ser desconstruído; a justiça não se encontra pronta no direito e tampouco fora dele e além dele, e por não ter esse caráter, não pode ser desconstruída, ela é indestruível. A desconstrução não desconstrói a justiça, a desconstrução é a justiça (Fernandes e Packer, 2008:132).

Embora a desconstrução de Derrida tome a linguagem e o discurso como campos de análise, trata-se de uma intervenção que ultrapassa a filosofia e a literatura. Como explica Pedroso Jr. (2010):

É um incessante trabalho de investigação que coloca sob suspeita os discursos da Filosofia e das Ciências Humanas, da Literatura e da História da Fenomenologia e da Psicanálise, ao questionar, inclusive, o próprio conceito clássico de ciência (2010:10).

Como no caso do direito, a desconstrução não conduz à fundação, mas à historicidade, à genealogia.

[A desconstrução], entendida de forma não definitiva, seria uma desestabilização de teorias e construções teóricas por meio da denúncia de suas morais, desmascaramento de seus antagonismos e contradições, marcada por uma reinterpretação e releitura de tudo o que nos foi legado historicamente na filosofia e no direito. Sendo que tudo o que nos foi legado historicamente o foi através da escrita, a desconstrução é a releitura dessas concepções herdadas, que, em razão de terem sido construídas em determinado contexto e historicamente datadas, podem ser desestabilizadas e reconstruídas, relidas (Fernandes e Packer, 2008:131).

Há, desde Derrida, uma preocupação em diferenciar desconstrução e destruição. Decompor estruturas não constitui uma operação negativa, pois implica conhecer como se construiu, então é também uma reconstrução.

Em literatura, a desconstrução é acusada de privilegiar a forma e a retórica como valor de verdade, nivelando, por exemplo, literatura e filosofia. Seria uma “estetização da linguagem” (Siscar, 2006), o que empobreceria o viés político possível da literatura. Pois o indecível derrideano inviabiliza a ideia de um significado imanente, parecendo negar a tarefa da hermenêutica, que procura a interpretação e o sentido dos textos.

Contudo, a desconstrução, se volta para o próprio texto. Não mais preocupada com o que o texto diz (i.e., criando uma interpretação unificada), aponta

para o conflito e a contradição, a auto-referencialidade e a intertextualidade (o que caracteriza a hermenêutica desde Schleiermacher). Ao passo que a hermenêutica se concentra na busca de uma interpretação 'correta', de uma restauração do sentido, a desconstrução aponta para o impasse, a aporia, o paradoxo: o texto fica na condição do dito cretense: 'eu estou mentindo' e, com isto, não se pode mais determinar se ele está ou não dizendo a verdade (Da Silva, 2005:3).

Silva (2005) explica que a Derrida importa é saber como a literatura pode transcender o contexto que organiza o momento da escritura. Daí a importância do conceito de iterabilidade (*iterabilité*):

"É preciso compreender a iterabilidade como uma espécie de idealidade (do *eidos*) que comportaria o gesto da repetição que movimenta a cadeia de significações que transforma os textos a cada evento, a cada leitura" (Silva, 2005:3).

A obra de Derrida se desenvolveu em um momento de hegemonia do estruturalismo, que ele irá questionar. O conceito de iterabilidade envolve a repetição sem presença, que corrompe a unidade semântica do signo e não se permite o repouso em um significado unívoco. Assim, opõe-se ao estruturalismo com sua homogeneidade, rejeitando a estrutura como organização e a dominação do centro, e destacando o lugar das margens.

Pereira (1994) identifica em Heidegger a grande influência da desconstrução de Derrida, ao propor uma hermenêutica como análise crítica da existência, elaborada a partir de Mestre Eckhart (na mística medieval) e de Nietzsche. O logocentrismo de Hegel, a compreensibilidade total do mundo e o saber absoluto são criticados por Nietzsche e pela escola de Frankfurt. Em oposição à realidade transparente de Hegel, coloca-se a opacidade da língua e sua potencialidade indomável.

A natureza e a vida, irredutíveis às construções sistemáticas da razão, formam um magno coro heterológico, que reclama um novo modelo de razão, capaz de imolar o egocentrismo da vontade de domínio à descoberta e recepção do ser como outro no seu acontecer e diferir originários, sem qualquer manipulação consciente ou inconsciente, conceptual ou imaginária (Pereira, 1994:230).

O autor identifica as semelhanças entre o pensamento de Mestre Eckhart e Heidegger, onde mística e filosofia não estão em oposição. A Mística da Idade Média realiza uma desconstrução da imagem que caracteriza o mundo à nossa volta, separando o homem da metafísica antropocêntrica ao introduzir Deus e sua serenidade, que aniquilam a estrutura egoísta, sustentada pela supremacia do sujeito e da razão, em favor da libertação na receptividade divina. A ciência moderna se funda no sujeito humano e em sua vontade, mas já em Nietzsche fica claro que as

categorias com as quais o homem tenta compreender a realidade impenetrável são antropomorfismos, que Heidegger critica como vontade de poder. Para Heidegger, o humanismo do homem racional perde a proximidade com o Ser, do homem como ex-sistencia. O fenômeno puro do homem prescinde da metafísica, pois diante da divindade os conceitos são limitados e relativos, assim como a subjetividade. Ao final, sua metafísica da recusa do ser não é niilista, pois é na recusa, no silêncio e no deserto que o ser revela sua essência. Como para o budismo zen, o nada possui uma positividade.

Em Derrida este silêncio do sujeito é abertura para a escuta do outro. Ele remete-se a Levinas, para quem a justiça é definida por uma relação ética com o outro que sofre e pelo qual somos responsáveis. Mas esta concepção ética é também uma concepção política, pois envolve a ideia da transformação política na necessidade da decisão. A justiça serve de guia para a ação política, mas ela nunca se torna presente (descorporificação da justiça). Segundo Kosicki (2004), a democracia, entendida como algo sempre por vir, como possibilidade futura de re-criação, se aproxima deste entendimento de justiça.

Assim, Siscar (2006) rejeita as críticas a Derrida que afirmam que um privilégio da forma empobreceria o viés político do conteúdo no discurso. Pois sua obra explicita os impasses que se colocam na articulação entre autonomia do pensamento e injunções ético-políticas. A singularidade vivida e individual, sim, que seria solipsista politicamente. Para a desconstrução, a análise do contexto político não é um gesto teórico, mas também político. Não há separação entre ativo e passivo, teoria e prática; o ato inaugural do compromisso é sempre por vir.

A política é sempre política de uma *paixão* que se ignora, heterogênea a todo direito estabelecido; porém uma *política* da paixão tem como consequência a instauração de um princípio que tende à autoconservação. A determinação da posição do discurso dentro desse dilema faz que derive, que derrape sem cessar de um dilema para o outro, que se torne portanto rigorosamente plural (Siscar, 2006:222-223, grifos do autor).

Na relação entre a paixão e a polis que interessa à filosofia política, a política é interpretada como escuta do outro, afim à fraternidade e à amizade. Assim, a abordagem do político está ligada à possibilidade de deixar a resposta ao outro, para se responder ou responsabilizar pelo outro. Como conclui Santos (2010), citando Caputo (1997):

Desconstrução é respeito pelo outro, uma respeitosa e responsável afirmação do outro, uma forma de, se não apagar, pelo menos delimitar o narcisismo do self (que é, bem literalmente, a tautologia) e para fazer algum espaço para o outro ser. Esta é uma boa maneira de começar a pensar sobre instituições, tradições, comunidades, justiça e religião (CAPUTO, 1997:44, *apud* SANTOS, 2010:110).

O direito, e também o saber psiquiátrico, se revela através de textos. O sentido de todo texto permanece sempre aberto, se atualiza e diferencia a cada leitura. O fechamento definitivo do sentido é sempre autoritário. A desconstrução dos conceitos presentes no saber psiquiátrico não visa à sua demolição, mas é uma etapa necessária para a justiça do ato clínico. O trabalho clínico é um fazer comprometido com o bem do outro, com a saúde do outro. Esta é a vocação contida na função médica. O poder aí inerente deverá estar sempre na dependência do outro.

A clínica pretende usar a ciência como ferramenta, e em nosso tempo a expansão da tecnologia foi, para alguns, o fim da clínica centrada na relação médico-paciente¹⁸. Em Psiquiatria a clínica tem-se complexificado com muita informação advinda do desenvolvimento das neurociências, que impacta pela via da psicofarmacologia a atividade médica, assim como diversos outros setores da comunidade social¹⁹. Que fim seguirá, que uso terá o saber da psiquiatria clássica? A psicose em seu caráter incompreensível e incoercível ainda se apresenta como desafio, mas já não consideramos que tais características sejam tão incapacitantes e definitivas. Não, o autismo da psicose pode ser pontual ou prolongado, mas deve ser sempre chamado à negociação de um processo terapêutico. Emergências, entretanto, momentos de crise incontornáveis podem exigir o constrangimento do paciente a uma ação forçada. Outros desafios, entretanto, se colocam: por exemplo, o impacto das neurociências na medicalização do comportamento criminoso e na dependência química.

A clínica é uma atividade que mistura o conhecimento científico, a experiência prévia de quem a pratica, e a avaliação geral da situação: o paciente, sua história, seus familiares, sua rede e seus recursos afetivos e socioeconômicos. Mas tudo se passa em um espaço-tempo de interação, de comunicabilidade, onde o clínico propõe uma intervenção.

¹⁸ Ver, no capítulo II, a discussão sobre o complexo médico-industrial.

¹⁹ *Idem*.

Há também diferentes clínicas. A clínica da emergência é distinta; requer rapidez na avaliação. Em assistência continuada há um outro tempo; há um conhecimento prévio e um objetivo mais claro sobre a natureza do contrato entre o clínico e o paciente.

Passos e Benevides (2001) lembram que, em sua etimologia, a clínica (*klinos*) indica um reclinar (sobre o leito do doente), mas também um desvio (*clinamem*). Ela é desvio da norma, desvio do conhecimento do homem para o caso do homem singular, e ela é um dirigir-se e um aproximar-se deste homem. E também um desvio do psiquiatra em sua posição de saber.

A loucura é um objeto comum à filosofia e ao saber psiquiátrico, pois mobiliza nosso entendimento sobre as paixões e os enigmas da alma humana. A psicopatologia, sendo investigação, enriqueceu-se na relação com a filosofia. Pretendendo a sistematização de um saber sobre a loucura, baseia-se na avaliação das vivências dos pacientes, mas na prática clínica cotidiana o conjunto dos fenômenos deve, de preferência, apontar para determinada condição mórbida, cujo modelo nos ajuda a pensar o caso, cuja abordagem remete a um certo protocolo prévio de definições e prescrições.

Por outro lado, a intervenção do psiquiatra é sempre uma experimentação. Por mais que ele conheça a prescrição, e mesmo o paciente, a reação nunca é exata. A evolução se desdobra nas vidas das pessoas envolvidas. E é uma experimentação que, caso dê certo, é incorporada a uma técnica e à bagagem de conhecimentos, mas nunca poderá gerar um conhecimento absoluto, que garanta o mesmíssimo resultado em uma aplicação subsequente.

A clínica é sempre esta experiência rica, onde uma atividade técnica é atualizada em cada caso singular. Desde já fica patente, então, que este trabalho não pretende revelar verdades ou estabelecer modelos de ação. Ao contrário, a tarefa é problematizar, considerando a complexidade da situação clínica que se coloca no momento da sanção de uma internação involuntária. Mas pensar os impasses da clínica implicou, para mim, seguir certo percurso.

O trabalho é uma investigação sobre os parâmetros da avaliação psiquiátrica no caso das internações involuntárias. Há planos de exploração que não se opõem, mas que dialogam entre si. O primeiro é um plano do conhecimento médico, do que está em jogo. Pode a doença indicar a internação involuntária? Qual o papel da

ciência nesta avaliação da patologia, e que que garantias ela pode oferecer, neste campo? Cabe, então, um estranhamento sobre a definição de doença psiquiátrica.

Outro plano é aquele do direito, que pressupõe uma ética junto ao paciente. A decisão do médico é razão prática. Ela porta então um sentido moral. A avaliação é sobre a capacidade e o direito do paciente falar por si.

A desconstrução, então, é do saber médico-psiquiátrico. Isto se dará em algumas etapas: primeiro, sobre os textos clássicos e o nascimento da psiquiatria, no sentido de uma genealogia foucaultiana. Depois, sobre a nosologia psiquiátrica, e por último sobre a noção da irresponsabilidade do louco, o que engloba o entendimento sobre as categorias da vontade e do juízo crítico daqueles que se apresentam como pacientes.

O tema das internações involuntárias é bastante amplo, pois é bastante amplo o escopo do que, hoje, se pode dizer que está no domínio da saúde e da doença mental. Inicialmente iria trabalhar unicamente com a psicose, mas a proximidade com a gestão e com a política pública de saúde mental acabou “obrigando-me” a estender o leque da nosologia. Pode-se, então, supor, descrever a tese como uma exploração sobre os limites deste campo (das internações psiquiátricas involuntárias). “Afetado” pela demanda que se coloca hoje para a clínica em saúde mental, o trajeto teórico visa percorrer criticamente alguns elementos relevantes na avaliação sobre a internação psiquiátrica: os conceitos de vontade e de juízo crítico, as categorias diagnósticas do saber psiquiátrico, a responsabilidade moral humana. Mas a ótica é a do direito, e esta “afetação” (ou perspectiva da implicação) marca a escolha bibliográfica, a linha teórica escolhida. Que, acredito, é também a que me vem da clínica, pois é a que mais ajuda a pensar o trabalho clínico. Entendo que os impasses da clínica realizada segundo valores éticos impedem sua cristalização em ideologias. Embora contrariando o direito do outro, a internação psiquiátrica involuntária não pode ser demonizada ou enaltecida de antemão, daí a “necessidade” de ser colocada em questão. Ela pode ser uma forma de cuidado. A intenção é explorar os limites entre tutela e respeito ao direito do outro.

A introdução pretende colocar a questão em seu contexto atual, o de uma práxis psiquiátrica implicada segundo os valores dos direitos e da reforma de um sistema hospitalocêntrico, e apresentar alguns pressupostos. A internação involuntária fere os direitos humanos e como recurso terapêutico envolve o risco de isolamento, exclusão e cronificação. A avaliação da normalidade extrapola a

competência da ciência e o saber é uma relação de poder que não exclui a interação. Inclui a apresentação da metodologia do estudo – a desconstrução dos conceitos psicopatológicos e filosóficos envolvidos, com o objetivo de interrogar a práxis e afastar qualquer saber totalizante.

O capítulo I apresenta um panorama no Brasil e no mundo sobre a legislação que orienta a regulação estatal das internações psiquiátricas involuntárias.

O capítulo II aborda a desconstrução do conceito de entidades mórbidas, conforme autores contemporâneos da filosofia do conhecimento, entendendo-as em contextos culturais, o que possibilita a compreensão de sua mutabilidade.

No capítulo III apresento uma descrição histórica do saber e da práxis psiquiátrica enfatizando como a alma humana é capturada pela linguagem médica e articulada à categorização de valores morais, apresentando algumas formas de abordagem clínica que se colocam como perspectivas de compartilhamento do saber.

No capítulo IV tratarei especificamente de uma análise das categorias da vontade e do juízo. A perspectiva filosófica sobre a vontade, do mundo grego aos escolásticos da Idade Média, até chegar a Kant, se sustenta nas ideias de Hannah Arendt, tendo em vista sua preocupação em refletir sobre as atividades do espírito humano em um mundo comum. Em seguida, voltamo-nos para a consideração destes conceitos para a psicopatologia, ou seja, sua modulação no approach que o saber psiquiátrico realiza. A repercussão clínica destes conceitos e seu impacto na atribuição da responsabilidade dos pacientes é trazida pelo trabalho de Callender.

No capítulo V a categoria do juízo crítico da doença (ou insight) é analisada, também sob os pontos de vista da filosofia, da psicopatologia e dos autores que pensam o tema na atualidade.

No capítulo VI, a guisa de fechamento, destaco o conjunto de ideias que o encontro com os autores produziu na interface com os desafios da clínica contemporânea, pretendendo uma sistematização do que foi levantado sobre a relação entre as categorias da vontade e do juízo e a avaliação da responsabilidade de um paciente sobre seus atos, cujo comprometimento psíquico sanciona a palavra do psiquiatra como lei.

1 A REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS NO BRASIL E NO MUNDO

Em seus *Comentários à lei da Reforma Psiquiátrica*, Pinheiro (2010) observa o quanto a Lei 10.216 foi restrita, quando comparada às possibilidades de garantia de direitos para os portadores de transtorno mental já presentes na Constituição de 1988 ou mesmo com relação aos princípios para a proteção de pessoas com transtornos mentais editados pela ONU.

Já em seu *caput*, a lei 10.216 sintetiza seu propósito: dispor sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. A perspectiva dos direitos humanos é ressaltada e, neste sentido, a internação psiquiátrica se justifica por constituir-se, em algumas situações, como uma medida protetiva, e se funda no que seria o “direito ao tratamento” do paciente psiquiátrico.

Assim, em seu artigo 2º, a lei estabelece que, em qualquer atendimento em saúde mental, a pessoa e seus familiares deverão ser oficialmente notificados sobre uma série de direitos enumerados. O segundo deles é “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde...”; o quinto afirma a centralidade do médico, quando diz: “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária”; o nono: “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. O artigo 4º reforça: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

O artigo 6º esclarece sobre a responsabilidade médica dos casos de internação psiquiátrica, ao afirmar que “somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”. Diferencia, entretanto, as *internações involuntárias*, que se dão “sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro”, e as *internações compulsórias*, que são “determinadas pela justiça²⁰”. Pinheiro critica a indeterminação legal dos “terceiros”, e defende que deveriam ser nominados: o representante legal do paciente, autoridades de saúde pública, e mais

²⁰ A *internação compulsória*, considerada um procedimento judicial cautelar ou de mérito, prescinde, em princípio, da autorização médica, mas cabe ao juiz competente “levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários” (BRASIL, 2004).

aqueles legitimados para requerer a interdição segundo a Constituição (pais, tutores, cônjuges, parentes próximos e Ministério Público).

Pinheiro (*id.*) observa que, embora não conste entre as hipóteses excepcionais de privação de liberdade previstas na Carta Constitucional de 1988, a internação psiquiátrica involuntária (IPI) busca justificar-se em outros fundamentos constitucionais.

Embora a Lei Federal nº 10.216/2001 não tenha autorização constitucional expressa para restringir o direito à liberdade dos pacientes psiquiátricos involuntários, é notório que a internação sem consentimento somente pode existir diante, dentre outros fatores [...], da possibilidade de danos para si ou para terceiros, ou seja, violação a direitos fundamentais próprios (tentativa de suicídio, por exemplo) ou de outrem (vida, integridade física, propriedade, etc) (Pinheiro, 2010:76-77).

Com base na doutrina do “direito dos outros”, o legislador pode restringir um dos direitos envolvidos em conflito. Tal procedimento, entretanto, não pode dar-se de modo absoluto, sem regulação, requerendo um processo legal que garanta os direitos fundamentais.

Portanto, se por um lado a IPI é em tese constitucional, de outra parte o paciente psiquiátrico tem o direito constitucional a um devido processo legal de internação involuntária ou compulsória, que deverá obedecer a prévios padrões normativos, uma vez se tratando de restrição de liberdade (“Ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” – art. 5º, LIV da CF/88) (Pinheiro, 2010:78).

O artigo 7º, que trata da internação voluntária, diz que esta pode terminar por solicitação escrita do paciente ou determinação do médico assistente. O artigo 8º refere-se às internações involuntárias: exige que no prazo de 72 horas elas sejam comunicadas ao Ministério Público (MP) Estadual pelo responsável técnico da instituição; seu término, entretanto, pode dar-se por especialista responsável pelo tratamento, mas também por solicitação escrita do familiar ou representante legal do paciente.

Fato é que a lei não estabelece os critérios que podem autorizar a internação involuntária. O médico é o *gate-keeper* do sistema, embora a constituição garanta que, em qualquer momento, o paciente ou seu representante legal possam recorrer judicialmente acerca da privação de sua liberdade (direito de *habeas corpus*). Mas o MP é convocado a tomar ciência da internação involuntária, abrindo o processo para obrigatoriedade da regulação por instância fora da saúde.

A Portaria GM nº 2391, de 26 de dezembro de 2002, pretende regulamentar as internações involuntárias e complementar o disposto na lei 10.216. Ela reitera o prazo de 72 horas para comunicação ao MP e introduz uma nova instância reguladora, a Comissão Revisora. Define que o MP deverá proceder ao registro das internações involuntárias (e das voluntárias que se tornam involuntárias) “para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente” (Brasil, 2002). A Comissão Revisora deve ser multiprofissional, composta por membro indicado pelo MP; por médico psiquiatra ou clínico com formação em psiquiatria; por outro profissional de saúde mental de nível superior (técnicos que não devem fazer parte do corpo clínico da instituição que está recebendo o paciente); e por representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de saúde mental e familiares. Tal Comissão Revisora das IPI tem a função de acompanhar as internações no prazo de 72 horas do recebimento da notificação, e até o sétimo dia de internação deverá elaborar documento de confirmação ou suspensão da internação involuntária, remetendo-o em até 24 horas à unidade internante.

A portaria, que não tem força de lei, apresenta modelos de comunicação de alta e de comunicação da internação involuntária, especificando as informações que devem estar contempladas nos laudos médicos e nos documentos, e ainda o modelo do livre consentimento para as internações voluntárias. Também não estabelece uma periodicidade para as avaliações da Comissão Revisora, ficando a cargo dos programas a interpretação sobre o fluxo.

Em dissertação de mestrado defendida em 2004, Britto realizou pesquisa envolvendo médicos de um serviço de emergência psiquiátrica e membros do MP. Seu objetivo era verificar se a aprovação da lei e a participação do MP na fiscalização das internações involuntárias promoveram mudanças significativas para as pessoas com transtorno mental e na prática dos serviços de emergência psiquiátrica.

Através de entrevistas semiestruturadas e observação participante, a pesquisadora não identificou mudanças muito significativas no cotidiano do serviço. A internação involuntária continua um ato frequente e não se observa presença do MP nos serviços observados. Médicos reconheceram a importância das notificações, mas não identificaram mudanças na prática cotidiana dos serviços, com exceção de um, que considerou que passou a existir, por parte das equipes, um maior cuidado

nas avaliações. Houve, sim, maior burocratização com a imposição de um formulário a mais a ser preenchido, rotina já incorporada.

Da parte dos médicos entrevistados, houve unanimidade na atribuição de um risco na avaliação sobre a necessidade de internação. Entretanto, “cada profissional atua de acordo com sua percepção da situação” (Britto, 2004:161).

Não houve uniformidade no entendimento do binômio voluntário /involuntário, mas a reação do paciente à proposta de internação por parte do médico muitas vezes definia sua avaliação com relação à capacidade de decisão do paciente.

Nos depoimentos encontramos uma definição de internação psiquiátrica involuntária muito simplificada, um pouco ao pé da letra, que significa “contra a vontade do paciente”. Em outras definições fornecidas a noção de que é contra a vontade estava sempre presente no sentido em que as falas realçavam a falta de condições do paciente em tomar esta decisão. Porém, não foram apresentadas maiores discussões, como por exemplo, o que é essa condição de decidir se internar. Quanto a esta questão [...] foi levantado o seguinte problema: se a pessoa concorda em se internar, é feita uma internação voluntária e ela é considerada capaz para decidir; se a pessoa não concorda, ela é considerada incapaz de decidir e faz-se uma internação involuntária. Nesse caso parece que o consentimento da pessoa é que determina sua capacidade de decisão (Britto, 2004:161).

A capacidade de decisão do paciente, em princípio relacionada ao seu juízo crítico, é, aí, identificada segundo uma conformidade com a avaliação do médico, independente de um refinamento na avaliação dos parâmetros psicopatológicos.

Outra distorção presente nas observações de Britto diz respeito à identificação entre as categorias diagnósticas gerais e esta capacidade de decisão do paciente.

“Um outro médico (M4), durante a entrevista declarou que as internações involuntárias são indicadas para “pacientes psicóticos, pacientes com grave sofrimento psíquico, incapazes, portanto, de decidir” (Britto, 2004:159).

A suposta gravidade inerente a alguns quadros psiquiátricos seria, assim, a justificativa para que o paciente seja, contra sua vontade ou não, colocado sob a tutela da instituição psiquiátrica. Ora, é justamente esta associação entre doença e incapacidade, entre doença e risco, doença e periculosidade, que a Reforma Psiquiátrica tenta desconstruir.

A participação do MP não vem sendo realizada de maneira uniforme no país. Isto porque, como a lei não amarra os objetivos desta regulação, não estabelece os recursos financeiros nem fixa os mecanismos estruturais para este controle, cada MP Estadual possui autonomia para organizar sua participação.

No Estado do Rio de Janeiro este acompanhamento ainda não é tão integrado pelo sistema de saúde. Há alguns anos, a Gerência Estadual de Saúde Mental convocou alguns encontros entre os gestores da saúde e o MP com o objetivo de organizarem esta regulação. Houve o esboço de formação de uma Comissão Revisora intersetorial e com participação do controle social que não foi adiante. No momento o MP do Estado do Rio de Janeiro está implantando um sistema de informações *on line* (o *Módulo de Saúde Mental*), onde as internações involuntárias devem ser notificadas pelos hospitais psiquiátricos internantes. Entretanto, apesar de o sistema visar facilitar a identificação de casos nos quais as intervenções sejam necessárias, nenhuma ação sistematizada ou específica com relação às internações involuntárias está até o momento sendo implementada. Em janeiro de 2013 o MP estadual divulgou o *Relatório do Módulo de Saúde Mental 2012*. Embora ainda não tenha 100% das unidades internantes cadastradas, na população estudada em 2012 o MP identificou 6364 pacientes internados involuntariamente. Destes, 3246 (51%) possuíam referência familiar, e 3118 (49%) não possuíam. Do total destes pacientes internados involuntariamente, entretanto, 93% não recebia visitas regulares. Apesar de serem dados superficiais, dá para pensar que a amostra expressa uma clientela carente de estrutura psicossocial. Um possível viés para a “incapacidade” destes pacientes.

A política de saúde pública em nosso país busca desenvolver-se na direção da implantação efetiva de um sistema único de saúde marcado pelos ideais da medicina social e da reforma sanitária. Há um reconhecimento de que a saúde deve caminhar no sentido da participação e do empoderamento dos usuários, de valoração e respeito aos direitos do cidadão. Entendemos que é neste sentido que a lei e a portaria pretendem garantir ao usuário, através de uma regulação que se coloca fora do âmbito médico; que está no âmbito do direito. Efetivamente, o MP, apesar de ser uma instância extrajudicial, tem o dever e o poder de garantir os direitos e o acesso à justiça para cumprimento destes direitos.

Este panorama coloca em jogo os dois tipos de dispositivos²¹ envolvidos na regulação das IPI: um deles, onde a avaliação e decisão final cabe ao médico, ao profissional do serviço de saúde, e outro, onde a decisão é exterior ao sistema de saúde; podendo estar no jurídico ou outras esferas de responsabilidades públicas.

²¹ O termo *dispositivo* é aqui usado no sentido foucaultiano, de um arranjo com finalidade.

Há um entendimento em parte da bibliografia consultada de que os dois tipos de regulação correspondem à “evolução” histórica do cuidado em saúde mental, de um modelo hospitalocêntrico a um modelo comunitário. A influência dos movimentos dos direitos humanos, a partir dos anos 1950 e 1960, vem mudando a postura centrada na incapacidade das pessoas cuidarem de si mesmas para uma visão de seus direitos. Assim, as bases legais para as internações involuntárias mudaram em muitos países da Comunidade Europeia (CE).

Comparando os modelos de regulação para as IPI, Pridmore (2006) entende que a legislação sobre internação involuntária no mundo ocidental atualmente está centrada em filosofia do direito e na liberdade individual; a antiga filosofia médica, baseada na necessidade de tratamento, foi substituída.

A essência da filosofia e do dever médicos é o cuidado dos doentes. A essência e o dever da filosofia legal é a proteção dos inocentes e a liberdade de escolha. A internação e o tratamento involuntários levam estas filosofias díspares a um encontro pouco confortável. A filosofia dominante mudou através do tempo e difere entre as culturas (Pridmore, 2006:43)²²

Ele diz que a filosofia médica favorece a hospitalização, enquanto a do direito favorece a liberdade em relação a medidas cerceadoras. Ora – prossegue – no caso das doenças físicas, há poucas exceções, como no caso de certas doenças contagiosas, onde a livre circulação possa representar objetivamente um risco para a comunidade pública em geral. Se é assim, cabe clarificar e qualificar os critérios médicos que podem determinar o recurso à hospitalização, à internação involuntária. Na perspectiva da defesa dos direitos, a presença isolada da doença mental, mesmo sem insight (consciência de doença) não justifica a internação ou o tratamento involuntário. Entretanto, em muitos países ocidentais também a doença mental grave incapacitante que compromete o autocuidado pode justificar a internação involuntária. Pridmore identifica o exemplo dos EUA, onde a periculosidade na presença de doença mental que comprometa as funções mentais é este critério específico. Apesar disto, admite a dificuldade e, em muitos casos, mesmo a impossibilidade de predição da periculosidade.

O autor conclui seu artigo observando uma mudança na responsabilidade médica oficial no novo sistema. Antigamente os médicos determinavam as

²² Tradução nossa. No original: The essence of medical philosophy and duty is the care of the sick. The essence of legal philosophy and duty is the protection of the innocent and the freedom of choice. Involuntary hospitalization and treatment bring these disparate philosophies to a compulsory, uneasy meeting. The dominant philosophy has changed over time and differs between cultures (Pridmore, 2006:43).

internações e apenas em poucos casos elas eram revistas por tribunais de saúde mental, quando havia apelação. A introdução, após a segunda metade do século XX, da revisão periódica das decisões médicas por um tribunal estatal de saúde mental, além de outras garantias como os relatórios obrigatórios encaminhados pelas autoridades da saúde a um órgão externo no caso das internações involuntárias, e a exigência de avaliações por médicos especialistas durante o processo, impuseram nova perspectiva ao trabalho médico. Pois a influência médica dominante no antigo sistema também implicava em responsabilidade excessiva, tanto nos casos de detenção desnecessária, como na liberação “precoce” que poderia gerar perigo. Os pacientes, familiares e mesmo a polícia poderiam questionar e constranger a avaliação médica. Assim, se no início do novo sistema os médicos consideraram que os tribunais de saúde mental constituiriam outra espécie de agentes diante dos quais eles tivessem que defender suas posições, aos poucos eles “entenderam” e passaram então a responsabilidade de decidir sobre a internação involuntária aos tribunais de saúde mental.

1.1 Panorama da regulação das IPI: arranjos possíveis e dispositivos

Em 2002, Salize, Derbing, e Peitz publicaram o relatório final de uma pesquisa realizada no ano de 2001 sobre a legislação e a prática da internação e do tratamento involuntário nos países membros da Comunidade Europeia (CE). Mudanças significativas nas legislações dos diversos países mostraram aos pesquisadores que o tema tem destaque nas agendas dos países e que a legislação em saúde mental requer contínuas revisões e adaptações.

O estudo, portanto, identifica a direção de uma transição, entre um modelo médico, que enfatiza a necessidade de tratamento, e um modelo que se baseia nas liberdades civis, onde a discussão sobre o tratamento involuntário se dá em outros termos, buscando justificativa no fato ou na ameaça de uma pessoa mentalmente enferma prejudicar a si ou a outros.

Interessa-nos refletir sobre a interpenetração destes dois campos, o médico e o do direito, e algumas das tensões que os atravessam. É neste sentido que entendo que o relatório europeu amplia o foco da discussão ao afirmar que a aplicação de medidas coercitivas em saúde mental *deve conciliar* três áreas de interesse muitas vezes controversas: os direitos humanos básicos das pessoas

envolvidas, a segurança pública (onde se inclui a periculosidade para outros), e a necessidade de tratamento adequado para as pessoas envolvidas.

Conforme o relatório de 2002, nos países da CE a característica geral é a variabilidade nos modelos legislativos para a internação involuntária, apesar de alguns aspectos comuns: todos os membros compartilham com os princípios básicos dos direitos humanos ou com guias aprovados pela ONU, Corte Europeia de DH, etc. E ainda: grande parte dos membros coloca a internação involuntária como o último recurso no cuidado ao doente mental, mas isto dependerá da disponibilidade de alternativas menos restritivas²³.

O estudo aponta que existe escassez de evidências para uma melhor prática, ou seja, não há, até o momento, com relação a este tema, receitas de bolo.

Portanto a conclusão principal deste estudo é que tradições nacionais, estrutura ou padrões de qualidade considerando a promoção do cuidado em saúde geral, assim como abordagens nacionais ou filosofias que se referem a cuidado em saúde mental, determinam mais fortemente os arcabouços legais ou a prática de internação ou tratamento involuntário de pacientes mentalmente doentes. Isto constitui um obstáculo maior a quaisquer ações ou políticas europeias coletivas. Entretanto, atividades continuadas nos países membros de reforma ou adaptação de suas legislações em saúde mental podem oferecer oportunidades de maior harmonização dos instrumentos legais na União Europeia (Salize *et al*, 2002:150)²⁴.

O panorama das legislações e práticas é, portanto, heterogêneo, e a discussão entre um modelo legalista ou um modelo médico não esgota a complexidade do tema. Pois outros fatores além da regulação legal determinam a prática nos países: diferenças culturais e legais, atitude para com o doente mental, estrutura e qualidade dos serviços de saúde e dos procedimentos administrativos merecem consideração.

Apesar da irregularidade na informação dos dados estatísticos na maioria dos países, números gerais mostram a diversidade: no período estudado as taxas de admissões compulsórias²⁵ (nº de admissões anuais por 1000.000 habitantes) variaram muito, como 6/100.000 em Portugal e 218/100.000 na Finlândia. O coeficiente de admissão compulsória (percentagem de internações involuntárias em

²³ Já o acompanhamento pós alta só é explicitamente recomendado nas legislações de 6 países.

²⁴ Tradução nossa. No original: Thus, the main conclusion of this study is that national traditions, structure or standards of quality with regard to the provision of general health care, as well as national approaches or philosophies regarding mental health care, most strongly determine the legal frameworks or the practice of involuntary placement or treatment of mentally ill patients. This constitutes a major obstacle to any mutual European actions or policies. However, ongoing activities in the Member States to reform or adapt their mental health legislation might offer opportunities for harmonizing legal instruments across the European Union (Salize *et al*, 2002:150).

²⁵ Utilizo o termo 'compulsória' como adjetivo, sinônimo de 'imposta', e não como a forma determinada judicialmente e definida na Lei 10.216. Neste trabalho, usarei o termo *internação compulsória* em itálico quando me referir especificamente à modalidade descrita na Lei nacional.

relação ao total de internações psiquiátricas no ano) varia entre 3,2% em Portugal e 30% na Suécia no último ano informado. Esta taxa mostrou certa estabilidade na década observada (1990-2000), ao contrário de um aumento apregoado em algumas publicações na área.

Segundo os registros, o número total das internações aumentou na Alemanha, França, Inglaterra, Áustria, Suécia, e Finlândia. Mas este número é contrabalançado pelos efeitos das mudanças no cuidado em saúde mental, onde internacionalmente há diminuição do tempo de permanência nos dispositivos e conseqüentemente, maior número de readmissões, podendo gerar o fenômeno recorrentemente descrito de *revolving doors*²⁶, e que, dentro da discussão sobre tratamento involuntário, expõe a descontinuidade e a não regulação legal do acompanhamento extra hospitalar. Na França, por exemplo, houve aumento estatístico das internações involuntárias (57% entre 1988 e 1998), mas o período de internação diminuiu. As internações emergenciais aumentaram, principalmente devido ao abuso de álcool ou substâncias.

Entre os países, as taxas não se alteram segundo os critérios para admissão (periculosidade ou necessidade de tratamento). Da mesma forma, não há diferença significativa se a autoridade que decide sobre a internação é médica ou não. Isto parece apontar para uma uniformidade nos critérios de avaliação nos dois sistemas. Talvez porque se tratem de critérios sociais, alheios às especificidades médica ou jurídica. Ou por uma hegemonia da avaliação médica, no contexto de um diálogo entre as instâncias que se dá harmoniosamente. Por outro lado, os países que introduzem a obrigatoriedade de um consultor independente nos procedimentos apresentaram coeficientes menores de internações involuntárias.

Além disto, segundo o relatório pesquisas demonstram que os pacientes submetidos à internação involuntária desconhecem seus direitos e não são esclarecidos a respeito deles. Tal população, contudo, apresenta certa recorrência característica: mais frequentemente é do sexo masculino, de status social mais baixo, e alguns estudos apontam a prevalência de negros e outras minorias étnicas, enquanto outros negam as influências socioculturais.

Com relação ao gênero, evidencia-se que o critério de periculosidade tende a absorver mais a população masculina mais jovem, e o de necessidade de tratamento aumenta a frequência de mulheres mais velhas em internações

²⁶ Indica altas precoces e conseqüentes reinternações mais frequentes.

involuntárias. Mas as diferenças nas regiões apontam para a importância de melhores padrões de cuidado em saúde mental; é também observada uma relação positiva entre a oferta de leitos psiquiátricos e a frequência das internações involuntárias.

Aprofundando os aspectos contidos nas legislações, passaremos a comentar mais detidamente as possibilidades de modelos para a regulação das internações involuntárias que se apresentam no cenário mundial.

➤ **CrITÉrios para as IPI e o conceito de transtorno mental elegÍvel**

Nos diversos países da CE, o relatório agrupa **três tipos de pré-requisitos** para a internação involuntária:

- 1 – Transtorno mental + periculosidade (para si ou para outrem): seis países.
- 2 – Transtorno mental + periculosidade ou transtorno mental + necessidade de tratamento: seis países.
- 3 – Transtorno mental + necessidade de tratamento: três países.

Assim, embora a presença de um transtorno mental seja explicitada em 100% dos países, o conceito de transtorno mental não é claramente definido em geral. Uma primeira constatação do relatório é de que não há homogeneidade nas legislações, no que se refere ao entendimento dos conceitos e das categorias. E apenas quatro países enumeram as categorias diagnósticas específicas para as internações involuntárias (psicose – o termo mais usado, ou ainda: doença mental, demência grave, incapacidade intelectual significativa, transtorno psicopático).

Seis países definem condições que não são suficientes para determinar a internação involuntária, mas estas são variáveis: oligofrenia sem sintomas psicóticos, não adesão ao tratamento, uso inadequado da medicação, negligência pessoal, promiscuidade, desvio sexual. Os diagnósticos mais frequentes nas internações involuntárias são esquizofrenia, mania, depressão, e outros transtornos psicóticos; abuso de substâncias, transtornos de personalidade e psicoses orgânicas são menos frequentes na experiência europeia, segundo o estudo.

Exemplos:

- No Reino Unido a legislação fala em transtorno mental (*mental disorder*), que inclui doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou comprometido

(prejuízo), transtorno de personalidade, e “outras”, onde haja agressividade ou conduta irresponsável anormal. A “conduta imoral”, o desvio sexual, e a dependência de álcool e drogas são explicitamente excluídos como motivação para a admissão compulsória.

- O decreto irlandês de 2001 exclui explicitamente a possibilidade de internação involuntária para os desviantes sociais, ou os dependentes de drogas e substâncias.

➤ **Necessidade de tratamento versus periculosidade**

Embora identificados a modelos distintos de regulação das IPI, penso que na prática estes termos são complementares, já que em um modelo legalista a periculosidade deve estar atrelada ao transtorno mental. Será, em um modelo puramente legalista, a função do médico apenas atestar a presença de um transtorno mental grave, cabendo então à instância reguladora avaliar esta periculosidade, que seria então, mera periculosidade dirigida a outrem, à segurança pública? Penso que, na prática, o psiquiatra que avalia sempre se vê às voltas com a questão do risco. E o tribunal, por exemplo, com a questão do tratamento à doença mental e da necessidade de internação. A decisão sobre a internação involuntária depende de representantes do sistema legal (juiz, tribunal, prefeito, promotor público) ou de outras agências (serviço social, no Reino Unido) em 10 países; nos cinco restantes, a decisão é da alçada do sistema de saúde (psiquiatras ou outros profissionais de saúde). No que tange à explicitação dos objetivos que devem justificar as internações involuntárias, geralmente as legislações incluem a melhora do estado mental dos pacientes, embora os autores do estudo questionem se a internação compulsória, *por si só*, influencia o curso de uma doença mental.

Assim, há os países onde a hegemonia do saber médico para a determinação das IPI é explicitamente assumida:

- Em Luxemburgo a internação involuntária pode ocorrer nos casos de distúrbio mental severo ou periculosidade auto ou heterodirigida. A lei estipula que o tratamento deve ser de acordo com a condição médica do paciente. Portanto os projetos terapêuticos devem ser idealizados e executados por profissionais médicos e paramédicos. Seu objetivo deve ser a reintegração social e considerar a liberdade

de pensamento do paciente e suas convicções religiosas e filosóficas. A ação jurídica de privação de liberdade é definida como ato médico e não como um ato legal. A não regulação dos procedimentos por qualquer dispositivo legal (segundo o relator, a lei prescreve apenas a instituição de uma comissão de vigilância quando necessário, que na prática é bastante virtual) acarreta sérias distorções: conforme relatado, contrariamente ao espírito da lei, os critérios de periculosidade para outros e proteção da segurança pública acabam predominando sobre os protetivos da saúde do indivíduo, revelando a psiquiatrização de questões sociais. Os motivos para as internações são principalmente abuso de álcool e drogas. Em 2002 apenas 25% das IPI foram por consequência de transtornos mentais graves, evidenciando a regulação insuficiente e a não capacitação das equipes dos serviços policiais e das enfermarias de emergência dos hospitais gerais.

- Na Finlândia os direitos humanos estão regulados pelo *Patients' Rights Act*, de 1993: garantia de acesso ao tratamento, de autodeterminação e de informação a todos os pacientes. Mas os casos de suspensão da autodeterminação como as internações involuntárias são referidos ao *Mental Health Act*. Como observa o relator finlandês do documento, esta legislação está mais voltada para o direito ao tratamento do que para as liberdades civis. Embora afirme que a incapacidade do paciente não é pré-requisito para a desconsideração de sua vontade, o julgamento médico-clínico é priorizado, e neste contexto o critério de risco inclui não apenas a ameaça a si ou a terceiros, mas também “uma variedade de comportamentos que podem causar prejuízo ao paciente no futuro como descontrole na compra e venda de propriedades ou desinibição em atividades profissionais que poderiam destruir as carreiras das pessoas, ou comportamentos que ameacem arruinar a rede social do paciente” (Salize *et al*, 2002:73). Questiono a naturalidade destas articulações entre doença e comportamento. Parece-me complicado circunscrever as situações de risco em quadros psicopatológicos bem definidos. Entretanto, o relator afirma que os pacientes geralmente preferem que a decisão seja médica, e não jurídica, e aponta como vantagem o fato de que só os profissionais médicos especialistas podem decidir sobre o tratamento médico. Parentes, profissionais de serviços sociais ou policiais podem apenas informar sobre a necessidade de tratamento compulsório para alguém.

“Eu também considero altamente relevante que a privação de liberdade só possa ocorrer com o objetivo de promover tratamento. A internação involuntária que

se mantivesse sem tratamento só serviria como medida de controle social” (SALIZE *et al*, 2002:71)²⁷.

O relator finlandês crê em um campo médico psiquiátrico bem delimitado que abarca uma ampla gama de fenômenos sociais, e dentro desta certeza sua intervenção é um ato médico que, por ser terapêutico, estaria isento da necessidade de controle social.

O relatório revela que o critério de periculosidade não está incluído em todos os países, e mesmo naqueles onde é considerado, o entendimento do termo não é uniforme. Alguns referem-se apenas à segurança pública; outros incluem o risco de prejuízo para si, abrangendo então o comportamento suicida. E apesar de 10 países especificarem níveis de risco para os procedimentos involuntários, estes são vagamente definidos (ex: sério, imediato, significativo, substancial, etc). Em alguns países, embora a regulação sobre a IPI institua um processo decisório externo ao setor saúde, existe uma amarração mais detalhada sobre a necessidade da internação com as questões inerentes ao transtorno mental do paciente.

- Na Grécia, as normatizações a partir de 1992 e 1999 estabeleceram novos critérios para as IPI: a necessidade de um diagnóstico confiável de transtorno mental severo, a incapacidade de julgamento sobre seu bem-estar, e a tentativa de conciliar a necessidade de tratamento, o risco e a manutenção dos direitos civis. No entanto, um estudo epidemiológico universitário citado revelou que em 42,4% dos casos de internação involuntária o critério principal para a indicação foi a periculosidade para outrem.

- Na Itália, até 1978, com a introdução da lei Basaglia, as internações psiquiátricas eram sempre compulsórias, autorizadas pelas autoridades judiciárias ou de segurança pública, nos casos onde era suposta a periculosidade do paciente para si ou outrem, solicitadas por familiares ou pessoas “interessadas”, e confirmadas por atestado médico. Entendendo a hospitalização involuntária como exceção a ser aplicada por autoridades sanitárias, atualmente a periculosidade, o risco de prejuízo a si ou outrem não constituem, por si só, critérios legais para este procedimento. Assim, o relator italiano cita um estudo recente com psiquiatras entrevistados, em que a decisão de prescrever uma internação involuntária baseava-se no quadro psicótico, no diagnóstico, severidade da doença e eficácia do

²⁷ Tradução minha. No original: I also find it most relevant that deprivation of liberty can only occur in order to receive treatment. Involuntary placement that would continue without treatment would only serve as a measure of social control (2002:71).

tratamento medicamentoso, mas em 23% da amostra analisada o fator mais destacado era a periculosidade para si ou outrem, que teoricamente havia sido abolida da lei. A periculosidade, portanto, deve ser um fator a ser avaliado no contexto estrito da doença, da psicopatologia.

- Nos EUA, antes de 1969, a necessidade de tratamento era o requisito padrão para os dispositivos legais; desde então, a tendência em grande parte dos estados americanos tem-se baseado no critério da periculosidade. Os desdobramentos deste último registrados são um aumento dos encaminhamentos ao sistema criminal e também desta população em situação de rua.

➤ **Dispositivos elegíveis para as IPI**

Com relação aos locais autorizados a realizar internações involuntárias, só a Finlândia mantém os pacientes internados involuntariamente em enfermarias fechadas separando-os daqueles que estão internados voluntariamente. Em todos os países com exceção da Itália, as internações involuntárias ocorrem em hospitais psiquiátricos. Em todos, com exceção de Luxemburgo, ocorrem também em setores psiquiátricos em hospitais gerais; em nove ocorrem também em unidades forenses. Em sete ocorrem também em casas de cuidado psiquiátricas (*psychiatric nursing homes*); em cinco a internação involuntária domiciliar pode ocorrer; em cinco podem ocorrer em leitos comuns de hospitais gerais (Dinamarca e Suécia para tratamento de comorbidade com doença somática); em quatro em casas de cuidado não psiquiátricas, e em dois países (Bélgica e Grécia) a internação involuntária pode dar-se em prisões.

- No exemplo italiano, a lei 833/78 estabelece a extinção de todos os hospitais psiquiátricos e proíbe a abertura de novos, convocando todas as regiões a implantarem serviços psiquiátricos de caráter público, com enfermarias de no máximo até 15 leitos para tratamento compulsório, articuladas na rede territorial de recursos de cuidado em saúde mental.

- Em Luxemburgo, o relator denuncia que como a internação involuntária só ocorre em uma instituição especializada, um centro hospitalar neuropsiquiátrico, este recurso é altamente estigmatizante para as pessoas que são ali internadas.

➤ **Duração das internações**

Quase todos os membros diferenciam procedimentos de internações involuntárias emergenciais (determinadas por psiquiatras ou outros) daquelas de rotina. As exceções são a Dinamarca, Finlândia, e Irlanda. O período de tempo para estes procedimentos emergenciais é limitado, variando de 24 horas até 10 dias, mas a maioria fica em torno de 72 horas. Muitos países apresentaram aumento na frequência dos procedimentos emergenciais ao longo do tempo, o que pode indicar *revolving doors* ou manobras dos profissionais para evitar os procedimentos regulares.

Embora em todos os países as avaliações nas unidades psiquiátricas sejam realizadas por especialistas psiquiatras, em oito países a indicação inicial para a internação involuntária pode ser feita por qualquer médico, independente de possuírem treinamento em saúde mental. Para os autores do estudo, a avaliação do não especialista tende a limitar os padrões de qualidade, que é importante nos serviços de emergência, já que profissionais com menor conhecimento e experiência podem internar de forma compulsória devido à insegurança nos critérios avaliativos. Isto reforça a necessidade de uma segunda opinião de especialista, e na maior parte dos países membros da CE, a avaliação da condição psiquiátrica deve ser feita, nos diferentes momentos do processo, por mais de um especialista (dois, na maioria), com o objetivo de assegurar o controle na qualidade da indicação.

Uma vez ultrapassado o período emergencial, os limites de tempo para a internação inicial variam de sete dias (Itália) a nove meses (Finlândia). O tempo total das internações involuntárias pode variar nas legislações dos diversos países estudados entre sete dias e um tempo máximo de dois anos, com reavaliações obrigatórias em períodos variáveis para a continuidade ou não da internação.

➤ **Acompanhamento pós-alta**

A continuidade do tratamento após a internação involuntária é importante para prevenir as *revolving doors*, mas é pouco incluída nos dispositivos legais dos países. Seis deles mencionam de alguma forma o acompanhamento pós-alta de pacientes internados compulsoriamente: Bélgica, Luxemburgo, Portugal, Suécia, Alemanha e

Reino Unido. Mas somente os quatro primeiros explicitam uma base legal para o tratamento pós-hospitalar compulsório.

- No caso belga, no fim da internação involuntária é feito um contrato entre o psiquiatra e o paciente com a inclusão do acompanhamento extra-hospitalar compulsório, com validade máxima de um ano. O não cumprimento por parte do paciente pode gerar reinternação compulsória.

- Em Portugal mesmo as internações involuntárias podem também ser domiciliares, com tratamento ambulatorial compulsório supervisionado por equipe técnica.

- Atualmente, a legislação em saúde mental do Reino Unido, segundo o que é chamado o “modelo australiano”, introduziu o tratamento comunitário compulsório para alguns pacientes com muitas reinternações (*revolving door patients*). Os critérios para uma *Community Treatment Order* – CTO são pacientes recorrentemente internados em média permanência (por até seis meses), com diagnóstico conhecido que indica tratamento. Os pacientes podem ser reinternados compulsoriamente, caso falhem em alguns pontos estabelecidos em sua CTO. Esta pode incluir normas para a administração de medicação, a reavaliação periódica por membros de uma equipe de saúde mental, e até onde e com quem ele deve residir. Na prática, o comum é a exigência de comparecimento para medicação *depot*, e para reavaliações por um trabalhador comunitário. As CTO devem ser revistas por um segundo especialista, que pode revogá-la; pacientes podem também apelar judicialmente contra a CTO a tribunais revisores de saúde mental. A inclusão de um número maior de pacientes do que o previsto vem causando problemas práticos, devido à escassez de especialistas para uma segunda opinião, nos prazos requeridos. Na prática um psiquiatra comunitário no centro de Londres expede uma CTO para cerca de 5% de sua clientela. Em média, são pacientes portadores de transtorno mental grave, com muitas internações, insight limitado ou ausente, e risco para si ou para outrem quando em crise. Embora estudos oficiais sobre a efetividade do dispositivo não tenham sido ainda publicados, a impressão geral do relator, é a de que a clientela alvo se beneficia das CTO, pois vem mantendo-se fora do hospital, e, portanto, em exercício de sua vida e cidadania.

➤ **Regulação e controle do sistema**

Na dinâmica entre o Direito e a Saúde se desloca o vetor da responsabilidade no processo das internações involuntárias. A partir da consideração sobre os direitos humanos os diversos países vêm alterando suas legislações, buscando formas de regular e equilibrar aspectos da segurança pública e da autonomia do indivíduo. Foram assim instituídos vários dispositivos de regulação do sistema. No exemplo americano do estado da Califórnia, onde o critério de periculosidade substituiu na metade do século XX o critério sobre a necessidade de tratamento para as IPI, o processo é delineado como um funil, havendo exigências crescentes de evidências para a detenção à medida que o processo se estende e o tempo de reclusão aumenta. Diferentes avaliadores se incorporam: cidadãos leigos credenciados, clínicos do serviço de emergência psiquiátrica sob supervisão de psiquiatras, advogados administrativos, e por fim um juiz. Os pacientes podem ser levados para avaliação na emergência psiquiátrica pela polícia, por outros profissionais, por um médico, ou mesmo desacompanhados, e podem ficar detidos nas emergências por até 72 horas. Além deste período, procedimentos administrativos e judiciais são necessários para manter a detenção. Voltemos, entretanto, ao relatório sobre a regulação nos países da CE.

- Na Bélgica as IPI ocorrem por determinação judicial, e a solicitação pode ser feita por qualquer pessoa envolvida, acrescida de um relatório médico detalhado. O juiz responde em até 24 horas, e caso julgue a solicitação procedente pela lei, nomeia um advogado da escolha do paciente ou de sua escolha para acompanhar o processo, e tanto ele como o paciente podem solicitar outro parecer psiquiátrico se julgarem necessário. Mas estes procedimentos regulares podem ser precedidos de uma internação involuntária emergencial expedida por um promotor também por solicitação de interessados e com laudo médico caracterizando a emergência.

- A legislação francesa distingue dois tipos de internações involuntárias:

1- Hospitalização a pedido de terceiros (*HDT – hospitalisation à la demande d'un tiers*): por solicitação de familiares ou pessoas próximas, nunca por profissionais do sistema. O critério é o princípio da periculosidade para si. São necessários dois atestados médicos.

2- Hospitalização compulsória (*Hospitalisation d'Office*): baseada no princípio da periculosidade para outros, quando o transtorno mental coloca em risco a lei, a

ordem e a segurança pública. Ocorre via ordem policial emitida pela prefeitura de polícia local.

O judiciário desempenha papel importante a partir daí: as apelações contra a internação involuntária são solicitadas pelo paciente ou parente / pessoa próxima ao juiz presidente do tribunal civil. Um juiz civil também tem representação nos procedimentos de continuidade legal da internação. Desde 1996, foi instituída uma *comissão de conciliação* em todos os hospitais franceses para esclarecer e assistir as pessoas internadas sobre seus direitos. As revisões dos processos de IPI são mensais (relatórios médicos) e em cada divisão administrativa existe uma *comissão revisora* para examinar cada situação e garantir a dignidade e os direitos civis, podendo solicitar a juiz civil ou prefeitura a liberação do paciente, ou, em alguns casos, mesmo determinar a alta. Foi instituída e é bastante usada a liberação ensaiada (*trial release*) que consiste nas licenças domiciliares. Podem ocorrer internações emergenciais onde os procedimentos são simplificados, mas necessitam de confirmação legal em 48 horas.

- Na Irlanda a lei de 2001 tem como base os princípios das convenções europeia e da ONU que envolvem direitos humanos e saúde mental, e estabelece uma Comissão de Saúde Mental e Tribunais Revisores de Saúde Mental, em um sistema automático de controle das internações involuntárias e da avaliação sobre a necessidade de sua continuidade após três meses. A Comissão de Saúde Mental inclui profissionais da saúde mental e representantes da sociedade geral e associações voluntárias de interesse dos usuários de saúde mental, e é presidida por um membro ministerial. Inspecciona qualitativamente o cuidado em cada centro. O arcabouço legal irlandês reconhece três formas de internação involuntária: a primeira é por solicitação de pessoas próximas de uma avaliação médica capacitada, que deve responder em até 24 horas. A segunda é a recomendação de internação involuntária feita pelo médico capacitado; vale por sete dias. Uma autoridade policial pode também colocar uma pessoa sob custódia segundo o critério de risco de periculosidade para si ou outrem. Em seguida, deve solicitar a avaliação médica especializada. Uma vez levado ao centro (responsabilidade de quem faz a solicitação, em princípio), é avaliado por um psiquiatra do centro, que autoriza ou não sua admissão, por um período de até 21 dias, podendo ser estendida em até dois ou três meses após repetição de todo o processo. Este psiquiatra avaliador esclarece o paciente sobre o procedimento e sobre seus direitos

e comunica a ocorrência também à Comissão de Saúde Mental. Esta nomeia representantes do paciente e um psiquiatra que acompanhará o caso. O Tribunal de Saúde Mental é coordenado por um psiquiatra que não pode ser ligado ao centro onde o paciente é assistido; é este tribunal que decidirá sobre a continuidade ou não da internação involuntária. Apelações podem ser feitas a instâncias legais superiores. O relator ressalta, entretanto, que na realidade existe dificuldade na composição dos Tribunais; o prazo de 21 dias para o julgamento pelos Tribunais também é considerado elevado.

- A regulação das IPI na Holanda integra em seu fluxo ações e responsabilidades do sistema de saúde, do sistema legal, e da parte do paciente. O papel dos juízes no processo decisório é central, sendo o médico um conselheiro. As internações emergenciais geralmente são intervenções preventivas de lei e ordem (*law-and-order*). Além do médico, mais três categorias têm papel de destaque: o juiz presidente do tribunal distrital é o mais importante, pois tem poder para internar compulsoriamente em psiquiatria por até seis meses sem estar baseado em evidências. Por sorte eles acabam adquirindo experiência em psiquiatria, conhecendo os psiquiatras de sua região e conseguindo boa articulação (*sic*). A atitude dos juízes com relação às opiniões dos profissionais é geralmente controversa, muitas vezes devido à falta de definições exatas do que seja “perigo” ou mesmo “doença mental”. O segundo é o promotor público, que representa os familiares ou mais comumente a sociedade. Ele age como um *gate-keeper*, pois todas as requisições formais passam por ele. Esta também não é uma carreira política. O terceiro, mais idiossincrático, é o inspetor de saúde mental, um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro psiquiátrico, que existe desde a lei de 1841, com função de controlar a qualidade do cuidado em seu território. Tem o poder de encaminhar formalmente à corte disciplinar ou criminal os casos de má prática profissional. Seu papel dúbio no sistema (*expert, controlador, advogado*) faz dele um potencial bode expiatório para os problemas do sistema, mas 160 anos de tradição conferem legitimidade ao papel que desempenha.

- No Reino Unido a admissão e o tratamento compulsórios são atribuições médicas. A solicitação para uma IPI é regionalizada / territorial, pode ser feita por trabalhadores sociais, familiares, e a detenção é feita pelo staff do hospital de referência. Há três tipos de detenção: emergenciais, menos rígidas, mas só duram 72 horas, ordens de avaliação (*assessment orders*) válidas por até 28 dias, e as

ordens de tratamento, que podem ser prolongadas a cada seis meses, depois anualmente, indefinidamente. As emergenciais podem ser solicitadas por médico da comunidade, ou trabalhadores sociais, ou pela polícia. Uma enfermeira treinada também pode autorizar a admissão por até seis horas. Nas não emergenciais, são necessárias indicações de dois médicos, um deles pelo menos psiquiatra, mas não lotados no hospital onde o paciente será internado. Em qualquer internação involuntária, a segunda opinião do especialista é requerida após o terceiro mês. A continuidade da internação, contudo, é indicação do psiquiatra assistente, e julgada pela direção da unidade em um encontro revisor, onde o paciente ou um representante podem estar presentes. Uma Comissão Revisora deve rever os casos, e inspecionar as condições e locais de tratamento involuntário, assim como garantir aspectos dos direitos civis.

A exigência de mais de um parecer médico é uma das medidas que visam um maior controle de qualidade da atividade do psiquiatra. Isto, como outros procedimentos que multiplicam o número de interlocutores que intervêm no processo, dá mais trabalho, toma mais tempo e pode tornar-se uma atividade meramente burocrática. Mas se esse “trabalho” certamente chateia os profissionais que estão na lida diária em serviços lotados, com poucos dispositivos disponíveis, garante também a responsabilização por uma ampla gama de atores. Assim, parece-me que o procedimento de privação da liberdade tende a ser regulado com maior “justiça”. Observe-se que mesmo Finlândia e Luxemburgo, países que optam pela regulação das IPI de forma eminentemente médica, introduzem a obrigatoriedade de outros técnicos os quais, se não atuarem burocraticamente ou segundo razões corporativas, já constituem uma possibilidade de crítica e de bloqueio ao poder de um único médico. Entretanto, mesmo que bem executada, se executada ao pé da letra, a exigência de mais de dois pareceres de especialistas mantém a negociação dentro da instituição e do saber médicos, os quais podem ser constrangidos por uma “ética médica” cuja prioridade são os interesses corporativos, comprometendo o que seria uma avaliação mais isenta. Faltarão os outros olhares que, em conjunto com o dispositivo do cuidado em saúde, poderão conferir riqueza e integralidade à regulação das IPI. Neste sentido, penso que o poder do juiz distrital holandês, que pode internar compulsoriamente por até seis meses sem ver-se submetido a qualquer regulação prevista na legislação, tampouco cabe em um sistema de direitos.

➤ **Direitos**

Procuraremos destacar tipos de dispositivos que garantam a participação dos pacientes durante o processo das IPI. Incluímos aí desde a necessidade de escuta e participação do paciente nos diferentes momentos do processo.

A mudança de status durante uma internação, de voluntária para involuntária, está prevista na legislação de todos os países. Mas em apenas 11 dos 15 países este registro requer os mesmos procedimentos necessários às internações involuntárias iniciais. Na Irlanda, por exemplo, uma internação voluntária pode também ter continuidade contra a vontade do paciente, mas somente mediante avaliação de pelo menos dois psiquiatras indicando este procedimento.

Apesar da explícita preocupação com a garantia de direitos humanos em suas legislações, não há entre os membros da CE uma abordagem comum para garantia dos direitos dos pacientes.

Em 12 países, a escuta dos pacientes é obrigatória em algum momento do processo de uma IPI. Na Espanha, antes que a autorização seja dada, a corte e o juiz em pessoa devem ver e ouvir o paciente, e considerar o laudo médico, mas o paciente pode ser representado por advogado e tem o direito de apelação. Mas na Finlândia, por exemplo, a escuta ao paciente pode ser substituída pelos dados de prontuário.

Entretanto, o direito de apelação contra uma internação involuntária ou método coercitivo é reconhecido nas leis de todos os países da CE. Eles diferem com relação às autoridades a quem a queixa é endereçada: tribunais (todos), departamentos locais (Dinamarca, Holanda, França, Luxemburgo), tribunais de saúde mental (Irlanda, Reino Unido). Revisões independentes dos processos de internações involuntárias podem ocorrer, por solicitação do paciente ou seu representante legal, em 12 países.

- Na Dinamarca desde 1954 os pacientes ganharam o direito de apelação judicial contra a internação involuntária. A lei atual de 1999 (seguida de portarias e resoluções) inclui ainda outras causas passíveis de apelação judicial por parte dos pacientes: o tratamento involuntário e também outros procedimentos aplicados compulsoriamente, como contenção, administração de medicação de emergência, imobilização protetiva, etc.

A notificação obrigatória de parentes ou outras pessoas ligadas aos pacientes no caso de internações involuntárias é um direito civil básico garantido na legislação de 12 países. A possibilidade de ser representado juridicamente por um representante legal é importante para as pessoas com transtornos mentais, mas apenas seis países (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Holanda e Portugal) incluem a obrigatoriedade de um conselheiro independente para o paciente, que pode ser um advogado, um trabalhador social, no acompanhamento do processo. Sete países exigem que seja nomeado um tutor (*guardian*). Em oito países, a inclusão do representante legal de suporte é livre de custos, independente de que este procedimento seja obrigatório por lei ou não.

- Na Áustria, uma nova lei em 1990 instituiu um conselho de pacientes que atua no interesse dos pacientes em todos os aspectos a ele relacionados. A notificação para os órgãos de controle como o conselho de pacientes e a exigência de documentação visam garantir a transparência e reforçar os direitos dos usuários. Há também exigência de inclusão de outros *expertises* psiquiatras em uma segunda etapa da decisão judicial que regula a permanência do paciente ou a administração de um tratamento excepcional. A profissão de advogado de pacientes (*Patientenanwalt*), com escritório no hospital ou enfermaria, foi criada para estas circunstâncias. Além disto, uma revisão jurídica deve ser realizada ainda na semana inicial da internação involuntária.

Existe o advogado do paciente, com um escritório no hospital ou enfermaria, que é obrigado a dirigir-se aos pacientes internados involuntariamente, a falar com eles, ser seu advogado em procedimentos da justiça e a conversar com o staff de profissionais da enfermaria no interesse dos pacientes, considerando seus desejos, interesses, e o que lhes diga respeito (SALIZE *et al*, 2002:50)²⁸.

- Na Áustria, Alemanha e Holanda, a legislação considera também a possibilidade de diretrizes prévias (*advanced directive*), procedimentos reivindicados por associações de usuários, que são instruções predefinidas por pacientes acerca dos tipos de tratamento aos quais pode ou deve ser submetido em caso de estar impossibilitado de decidir devido a seu transtorno mental²⁹.

A ênfase nos direitos humanos após a década de 70 induziu os países a diferenciar a internação involuntária do tratamento involuntário. Como nos EUA,

²⁸ Tradução nossa. No original: There is the patients' advocate with an office at the hospital or ward who is obliged to go to the committed patients, to speak with them, to be their advocate in court proceedings and to talk with the professional staff of the ward on behalf of the patients concerning their wishes, interests, and concerns (2002:50).

²⁹ No Brasil está sendo instituído em alguns serviços o *Caderno de Crise*, onde o usuário disponibiliza informações sobre si e os tipos de procedimentos e tratamentos de sua preferência. Entendemos que este é um bom exemplo de respeito ao direito.

alguns países membros da CE (sete, em um total de 15) distinguem em seu arcabouço legal a internação involuntária e o tratamento involuntário, reconhecendo que a detenção compulsória não implica necessariamente em tratamento compulsório. Este é um ponto garantido pela Corte de Direitos Civis, a qual entende que a competência dos pacientes em decidir sobre o tratamento deve prevalecer ao fato de que possam ter sido internados involuntariamente. Em seis países a internação sem o tratamento compulsório é possível legalmente. Por ocasião do estudo, três países (Dinamarca, Suécia, e Luxemburgo) reconheciam a diferença, mas sem permitir que pacientes admitidos compulsoriamente pudessem recusar o tratamento oferecido. Finlândia, Espanha, Itália e Portugal não faziam esta diferenciação.

Se atualmente os estatutos legais de alguns países entendem que a função da IPI não é primariamente garantir o tratamento, mas assegurar a proteção dos pacientes ou outros das consequências negativas do comportamento, entende-se com isto que mesmo nos casos de internação involuntária, seus direitos sobre decidir acerca de um tratamento se mantêm, requerendo para tanto seu consentimento informado. Em cinco países esta é a norma adotada. Apenas quatro países, entretanto, discriminam o tratamento com neurolépticos como requerendo o consentimento informado do paciente.

Algumas intervenções ou tratamentos psiquiátricos podem ser aplicados compulsoriamente, mas isto varia nos diferentes países. Na Áustria, por exemplo, a intervenção farmacológica de substâncias *depot* ou a eletroconvulsoterapia (ECT) não pode ser realizada sem consentimento legal. A psicocirurgia compulsória é permitida para condições definidas na Dinamarca, Irlanda, Portugal e Reino Unido, e proibida na Alemanha.

Da mesma forma, durante as internações involuntárias, a regulação de medidas coercitivas não primariamente psiquiátricas como contenção física, isolamento e contenção farmacológica também varia.

- Na Alemanha algumas leis estatais permitem técnicas coercitivas em casos emergenciais de ameaça vital; outros estados requerem notificação jurídica para estes casos. Elas variam, e algumas definem quais métodos (ECT, medicamentos) podem ser considerados coercitivos. Outras medidas paralelas ao tratamento (contenção, isolamento) são também reguladas por cada estado.

- Para a lei portuguesa, a internação involuntária implica automaticamente a administração do tratamento, com exceção do ECT e de psicocirurgias, que demandam consentimento explícito do paciente e mais dois pareceres de especialistas.

Considero importante a diferenciação entre a detenção involuntária e os diversos tipos de tratamento, uma avaliação que pode e deve, quando possível, ser independente. Mas isto coloca para a avaliação psiquiátrica uma exigência a mais: a de qualificar a contenção e o isolamento por si só, como recurso de cuidado ou recurso terapêutico.

Certamente a internação involuntária não inclui a suspensão dos demais direitos humanos básicos, como a capacidade legal ou o direito de voto, o que é enfatizado na legislação das internações involuntárias em todos os membros da CE. Critérios para restrições temporárias como as de livre comunicação ou o acesso de visitantes são explicitadas em lei em oito países, ou reguladas através de códigos práticos ou outros meios. No Brasil, no que se refere ao direito de voto, o Tribunal Regional Eleitoral aceita como justificativa para a ausência do eleitor a declaração de que o paciente está internado, como evidência automática da incapacidade do mesmo para o voto, e grande parte da clientela de pacientes longamente institucionalizados não possui documentação regular mínima e não estão sequer registrados como eleitores.

- Na Itália, até o advento da lei Basaglia, as internações involuntárias podiam ser solicitadas por familiares ou pessoas “interessadas”, e confirmadas por atestado médico. A internação automaticamente gerava interdição judicial do paciente, e sua permanência no hospital podia ser precocemente determinada por solicitação médica. A direção da legislação atual busca submeter o uso de procedimentos involuntários aos direitos civis e políticos dos pacientes. Estes, portanto, não cessam com a hospitalização compulsória. O consentimento do paciente deve ser sempre almejado, e ele pode escolher seu psiquiatra e local de tratamento. O papel do Juiz Tutelar é o de guardião do processo, e ele pode nomear um administrador temporário ou interditar bens e propriedade do incapaz, “para evitar sua dispersão” ou ainda determinar seu inventário com o mesmo objetivo. O relator ressalta que tais medidas não afetam os direitos das pessoas sob tratamento compulsório, e que buscam, antes, proteger os interesses do cidadão momentaneamente incapacitado para considerar seu próprio interesse.

Se compararmos o modelo italiano de antes e depois da Psiquiatria Democrática Italiana, verificamos que se mantém a consideração sobre os mesmos aspectos: a questão do risco e da periculosidade como critério para procedimentos contrários à vontade do paciente, os procedimentos de emergência que podem ser conduzidos por autoridades policiais, com confirmação médica posterior. O que mudou? A participação do paciente: sua entrada no jogo, ou ao menos a possibilidade de. O dever de informação expressa. A garantia de representação do paciente no processo, através de especialistas escolhidos por ele, e de advogado próprio.

- Da mesma forma, na Holanda a regulação visa preservar os direitos dos pacientes. A restrição dos direitos nas IPI se limita em princípio apenas ao direito de movimentação; outras restrições só podem acontecer em situações específicas e por período limitado de tempo. Todas as decisões médicas podem ser contestadas legalmente. Seus direitos à informação, a receber autoridades tais como advogados, tribunais de ouvidoria e de justiça, representantes oficiais e outros, a exercer ações legais (mesmo financeiras), ao voto e liberdade religiosa são invioláveis. Segundo o relator, o mais controvertido é seu direito a recusar tratamento. Mesmo após a internação involuntária, o médico precisa convencer o paciente ou seus parentes da necessidade dos tratamentos preconizados, o que, segundo ele, ajudou a equilibrar a relação médico-paciente. A lei também garante aos pacientes o direito de apelação e procedimentos compensatórios, e estabelece regras para a sua liberação. Além disto, indica que o dispositivo legal deve ser revisto a cada cinco anos e aprovado no Parlamento holandês.

➤ **Críticas**

Enfatizamos as diferentes formas do arcabouço legal no mundo, pois nossa intenção é estabelecer uma discussão que considere aspectos dos direitos dos pacientes e, portanto, dos dispositivos legais que os sancionam e regulam em nossa sociedade. O acompanhamento e o controle das IPI é coordenado ou incorpora instâncias externas ao campo da saúde, no processo que fatalmente se complexifica para dar conta de uma situação complexa. Isto acarretará questões de ordem prática, e demandas a mais para os gestores: implica em investimentos em uma estrutura que possa viabilizar o fluxo. Na prática, sabemos, muito do que é lei acaba

não sendo realizado (quando são portarias, menos ainda!), e encontramos cenários bem diversos daquele que a estrutura oficial da política prescreve. Basta trazer à tona o exemplo brasileiro, onde a regulação estabelecida pela lei 10.216 e pela Portaria instituem a regulação das IPI pelo MP e pela Comissão Revisora, mas na realidade, como foi dito, nos estados este controle é ainda incipiente.

Daí surgem distorções do sistema e críticas. Uma dos principais riscos da complexificação do processo regulatório é a geração de uma estrutura burocrática pouco resolutiva, que pode induzir gestores, profissionais e serviços a negligenciarem a realização das etapas.

Assim, o relator holandês identifica no sistema regulatório um excesso de procedimentos administrativos e burocráticos, acarretando que na prática os hospitais acabavam não seguindo o protocolo legal. Principalmente o médico muitas vezes se vê soterrado por exigências de procedimentos burocráticos.

A inclinação dos que fazem as leis pelo perfeccionismo abre a possibilidade de que em alguns casos complicados o médico em exercício tenha que encaminhar cartas e/ou relatórios para sete ou mais locais diferentes, e não apenas uma mas várias vezes durante a mesma admissão (SALIZE *et al*, 2002:122)³⁰.

Uma observação frequente entre os relatores foi a escassez de serviços em um período de transição, e escassez de recursos humanos (principalmente psiquiatras) para cobrir a demanda nos diversos momentos do processo de IPI. Ou ainda a pouca capacitação de técnicos para comporem os dispositivos de controle da rede territorial, como as Comissões Revisoras. Penso ser este o caso do Brasil, na transição entre um modelo hospitalocêntrico e a implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares para a assistência em saúde mental.

- Assim, o relator de Luxemburgo denuncia a falta de profissionais e serviços capacitados para dar conta de menores agressivos, do abuso de drogas e das emergências psicogerítricas, que predominam na ocupação dos leitos. O comentador conclui que a diminuição planejada de leitos do centro neuropsiquiátrico pode não coincidir com a expansão de enfermarias fechadas emergenciais nos hospitais gerais, que pode gerar efeito gargalo em um período de transição³¹.

³⁰ Tradução nossa. No original: The law-makers' inclination towards perfectionism opens the possibility that in some complicated cases the doctor-in-charge has to send letters and/or reports to seven or more addresses, and not once but several times during the same admission (2002:122).

³¹ Efetivamente vivemos um período conturbado na transição da assistência psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro. Por um lado os dispositivos extra-hospitalares não estão implantados em quantidade suficiente. Como é o caso dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, de número baixo e difícil implantação, entre outros aspectos, pela tradição do estado com grande número de hospitais psiquiátricos.

O papel da força policial também não está contemplado em algumas legislações, e este recurso é frequentemente implicado nas detenções psiquiátricas involuntárias.

- Na Itália o relator observa que a intervenção policial não é mencionada na lei das IPI, mas não raramente acaba participando no processo. A força policial municipal, que representa a prefeitura, diz não ser qualificada para tanto, e questiona esta função. Assim a necessidade de coação física frequente não é regulada na lei, ficando a qualificação destas intervenções a cargo de funcionários individuais e arranjos locais.

- Na Grécia a polícia julga que a tarefa de lidar com as internações compulsórias não é prioritária nem deve ser de sua responsabilidade. Não se sentem capacitados para tal, mas seu comportamento para com os pacientes é geralmente considerado compreensivo (sic). Segundo o relator, embora a rede de suporte para o acompanhamento pós-internação seja muitas vezes precária, a rede familiar grega ainda promove proteção aos membros mais fracos.

- Na Suécia somente a polícia está autorizada a usar a força socialmente, de preferência em trajes civis e em conjunto com profissionais de saúde. Segundo o comentador, esta parceria funciona melhor nas comunidades menores do que nos grandes centros.

Ao tentar circunscrever o fluxo e as responsabilidades, a legislação acaba por vezes deixando certas demandas descobertas. O comentador grego denuncia que minorias com poucas referências familiares acabam por beneficiarem-se menos do tratamento compulsório pela ausência de responsáveis que a lei exige para a solicitação das IPI.

Certamente, uma regulação que se caracteriza por priorizar a autonomia e os direitos individuais traz consequências que aquecem os debates na esfera social: uma crítica frequente é a de que a política do cuidado extra-hospitalar vem gerando aumento da população de psicóticos crônicos na condição de *homeless*. Como resume o comentador sueco:

A maior parte dos pacientes e seus próximos estão satisfeitos com a psiquiatria orientada para a comunidade. Há, contudo, algumas desvantagens [...] como a carga aumentada para a família e próximos, um número aumentado de *homeless* mentalmente enfermos, uns poucos casos que não recebem o tratamento

apropriado, e em um número bastante limitado de casos, aspectos de segurança (SALIZE *et al*, 2002:138)³².

No relatório, o problema do louco como população de rua é explicitado nos casos da Holanda e da Suécia. No Brasil, é um argumento comum por parte de proprietários dos hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, na querela com os gestores públicos que têm diminuído os recursos financeiros para o financiamento dos leitos psiquiátricos em favor dos dispositivos extra-hospitalares. Também é razão alegada pela associação corporativa psiquiátrica, em suas disputas com o governo federal em favor de uma hegemonia do poder médico nos dispositivos da reforma psiquiátrica brasileira. Considerando-se o transtorno mental em toda a sua complexidade, entendo que o tema do louco nas ruas deve mobilizar ampla variedade de saberes e, sobretudo, o ponto de vista do louco³³.

Penso que importa saber é *como* estão estes psicóticos nas ruas. Que eles estejam nas ruas, ótimo. A questão muitas vezes é a dificuldade de diferenciar e respeitar a opção dos sujeitos e a necessidade de intervenção. Não podemos, entretanto, naturalizar o louco sujo, alucinando na esquina. Penso que o tema remete a uma responsabilização, sem dúvida, mas é uma responsabilização social, comunitária (e ao mesmo tempo de cada um de nós), além da responsabilidade estatal.

Mas quando impor, então, o tratamento, o cuidado?

Em artigo no qual aborda aspectos éticos e legais do tratamento involuntário com antipsicóticos, Williams (2002) expõe as duas questões iniciais de início colocadas: sobre a opção do paciente de não se tratar, e aquela decorrente de uma suposta incapacidade em sua avaliação. Assim, ele pergunta de forma pertinente: “Existirá uma linha que, quando atravessada, eleve as necessidades da sociedade sobre os desejos do paciente?” (Williams, 2002:2233)³⁴.

A lei estabelece os critérios: o relator holandês reporta que os psiquiatras do cuidado territorial lamentam as limitações legais nos casos onde não existe risco

³² Tradução nossa. No original: Most patients and their next-of-kin are satisfied with the community-oriented psychiatry as opposed to the mental hospital tradition. There are some disadvantages though, some of which have been previously mentioned, such as the increased burden on family and next-of-kin, an increased number of homeless mentally ill, a few cases who do not get the appropriate treatment, and in a very limited number of cases, safety aspects (SALIZE *et al*, 2002:138).

³³ Há alguns anos Tavares et al empreenderam uma pesquisa junto à população de rua do município do Rio de Janeiro. Nesta, constataram que havia quantidade expressiva de usuários de álcool e outras drogas, mas a taxa de psicóticos era baixa.

³⁴ Tradução minha. No original: Is there a line that, once crossed, elevates the needs of society over the wishes of the patient? (Williams, 2002:2233).

imediatamente. Mas estes critérios, veremos, nem sempre são tão precisos. Como entender a autonomia e o destino humano no processo de avaliação clínica?

“O foco no paciente deve ser equilibrado com a possibilidade de que, se não for tratado, o paciente estará severamente incapacitado e pode necessitar ser institucionalizado, com grandes custos pessoais e sociais” (Williams, 2002:2334).

Em minha experiência muitas vezes este processo não é tão simples. No relatório europeu, o comentador dinamarquês exemplifica esta dificuldade:

A atual lei dinamarquesa reflete a eterna discussão entre a autonomia dos pacientes (i.e., direito de decidir contra o tratamento) e a consideração da segurança pública, e do direito do paciente ser tratado. A limitação maior causada por um decreto legal de cuidado psiquiátrico é o problema que surge do fato de que o decreto foi escrito por pessoas em termos de senso comum, mas que deve ser aplicado a pacientes que no momento não possuem senso comum devido às suas psicoses. Muito frequentemente o psiquiatra tem que usar seu próprio julgamento e conhecimento e decidir por alguém ambivalente que responde ‘sim’ em um momento e ‘não’ no momento seguinte quanto a consentir em um projeto terapêutico. O psiquiatra tem também que decidir quando um paciente, em uma consulta na sala de emergência responde verbalmente ‘não’ a uma proposta de internação e então entra na enfermaria, vai para a cama e dorme (SALIZE *et al*, 2002:63)³⁵.

E os autores do relatório concluem, ao comparar taxas semelhantes de IPI nos três critérios:

Os critérios do debate incluem estudos que concluem que no cuidado de rotina as características das populações admitidas involuntariamente são bastante estáveis, independente dos vários critérios para a internação que possam estar envolvidos (Hoge *et al*, 1989). Isto sugere que apesar das condições definidas legalmente, as pessoas que decidem no mundo podem estar também orientadas por critérios intuitivos muito similares para as internações involuntárias, mesmo que uma leitura mais estrita da lei os tivesse levado a outros caminhos (Appelbaum, 1997) (SALIZE *et al*, 2002:6).

- Na Grécia o relator observa que a possibilidade de atribuição judicial de culpa por internação desnecessária pode levar psiquiatras a não internarem pacientes que poderiam beneficiar-se do tratamento involuntário. Inversamente, em Luxemburgo a ausência de dispositivos reguladores e de controle faz com que o relator afirme que ameaças de processos legais sobre erro médico podem acabar justificando, por exemplo, a autorização médica para internar a mais leve ideação suicida.

³⁵ Tradução nossa. No original: The current Danish law reflects the eternal discussion between the patients’ autonomy (i.e. right to decide against treatment) and the consideration of public safety, and the patient’s right to be treated. The major limitation caused by creating a psychiatric care act is the problem arising from the fact that the act was written by people thinking in terms of common sense, but that it is to be applied to patients who at the moment have no common sense because of their psychosis. Very often the psychiatrist has to use his own judgement and knowledge and make the decision for an ambivalent who says ‘yes’ one moment and ‘no’ the next to consenting to a treatment plan. The psychiatrist also has to decide when a patient on an acute visit to the emergency room verbally says ‘no’ to a proposal of admission but then walks into a ward, goes to a bed and goes to sleep (SALIZE *et al*, 2002:63).

Em terreno tão acidentado, como garantir a justiça da decisão clínica? O julgamento clínico é o objeto de reflexão. Entendo que este momento não é isento, não é mera aplicação de regras ou identificação de evidências. Muitas coisas estão em jogo. Por isto este jogo não pode ser solitário.

1.2 Fatores presentes na avaliação clínica

Em pesquisa nos serviços psiquiátricos de emergência de hospitais gerais em nove condados da Califórnia, Segal *et al* (2001) procuraram identificar se outros fatores além do critério de periculosidade (que é o critério para a detenção civil de doentes mentais na Califórnia) influenciam as avaliações e a decisão sobre a internação involuntária. Nas emergências psiquiátricas ocorrem a maioria das avaliações para internações involuntárias, onde devem ser detectadas as evidências da associação periculosidade e doença mental. O paciente não pode ser apenas perigoso, ou apenas doente mental. Caso contrário, a internação é considerada ilegal (até 1969, o critério era apenas a necessidade de tratamento). Pela atual legislação americana, a periculosidade aí considerada é o risco de prejuízo para si ou para os outros, e inclui a incapacidade grave que impede o indivíduo de reconhecer suas necessidades básicas.

Os clínicos que avaliavam nas emergências tinham média de cinco anos de experiência, eram médicos ou psiquiatras (43%), mas também enfermeiros especializados, trabalhadores sociais, psicólogos em nível de doutorado (3,1%); havia também um psiquiatra consultor.

Foram pesquisados três indicadores presentes nos procedimentos legais, e que pretendem garantir a imparcialidade e legitimidade do processo de avaliação: o status legal involuntário na entrada do serviço de emergência, os valores em uma escala que julga o envolvimento do paciente no processo feito pelo psiquiatra, e a influência de pessoas interessadas na hospitalização.

Na avaliação da legalidade do procedimento da detenção involuntária (a periculosidade), os autores levantam um primeiro obstáculo a uma avaliação isenta:

Teóricos da linha do desvio argumentam que os procedimentos de internação compulsória não são procedimentos justos, porque as pessoas que

chegam a um serviço psiquiátrico de emergência são rotineiramente processadas e detidas com base em seu status prévio ou rótulo" (Segal *et al*, 2001:516)³⁶.

Há, portanto, risco de um julgamento baseado no diagnóstico ou no comportamento pré-estabelecido do paciente, que pode impedir o médico de uma avaliação mais acurada do estado mental atual do paciente.

O status legal do paciente na entrada ao serviço é um fator decisivo na tomada de decisão, garantido, em princípio, se o clínico avaliar corretamente a periculosidade e levar em conta a mudança no padrão de periculosidade que pode ocorrer em 24 horas de observação no serviço de emergência.

Há, ainda, a influência indevida (*undue influence*) de pessoas interessadas (*advocates*) que pode comprometer as avaliações.

Membros da família, amigos, companheiros, administradores de casas de cuidado, e mesmo guardiões legais geralmente expressam uma postura afirmativa e sustentam a decisão de reter o paciente. Estas pessoas podem estar presentes no serviço de emergência psiquiátrica durante a avaliação ou podem ter sido contatadas pelo staff do serviço de emergência psiquiátrica sobre a decisão sobre a retenção ou liberação. O fato de eles expressarem uma opinião definida que sustenta a hospitalização os coloca em uma posição de interesse (*advocacy*) (Segal *et al*, 2001: 517)³⁷.

Há ainda fatores institucionais constrangedores: são a carga de trabalho do clínico, também medida por escala que inclui fatores como a razão paciente-staff do serviço, o número total de leitos hospitalares ou extra hospitalares no momento da avaliação, dificuldades do *setting* como barulho, espaço limitado, acesso telefônico, existência de cobertura de seguro do paciente, etc. A pesquisa interroga, ainda, a presença de indicadores sociais: características demográficas associadas com discriminação, como gênero, status de minoria étnica, etc.

Diante disto, os autores concluem que a correção (*fairness*) do processo de justiça de procedimentos ocorre quando o paciente participa o máximo possível da avaliação (o que ele pretende mensurar em uma escala...).

Assim, em uma amostra de 583 pacientes avaliados em serviços de emergência psiquiátrica, 383 (65.7%) apresentavam um escore igual ou inferior a 40 no *Global Assessment Scale (GAS)*, indicando condição psiquiátrica grave,

³⁶ Tradução nossa. No original: Deviance theorists argue that civil commitment proceedings lack procedural justice because persons arriving at the psychiatric emergency service are routinely processed and retained on the basis of their prior status or label (Segal *et al*, 2001:516).

³⁷ Tradução nossa. No original: Family members, friends, companions, foster home managers, and even legal guardians often take an affirmative stand supporting a decision to retain the patient. These people may be present in the psychiatric emergency service during the evaluation or may have been contacted by psychiatric emergency service staff about the retention or release decision. Their having expressed a definite opinion supporting hospitalization places them in an advocacy position (Segal *et al*, 2001: 517).

necessitando de tratamento agudo, com níveis de funcionamento indicando maior comprometimento e dependência de supervisão constante. A média de pacientes (55,9%) preenchia qualquer um dos três critérios de periculosidade (para si, para outros, ou grave incapacidade). Entretanto, embora 546 tenham sido considerados portadores de algum transtorno mental, apenas 364 possuíam transtorno psicótico. Em 28,8% houve *advocacy* para a hospitalização; destes, 37,3% eram familiares ou amigos. 33,7% eram profissionais, e 14,3% eram membros da comunidade.

Na escala da arte do cuidado (*Art of Care Scale*), 39,6% obtiveram o escore máximo, indicando que os pacientes foram inteiramente engajados no processo de avaliação.

Dentre os constrangedores institucionais referentes à carga de trabalho dos clínicos, verificou-se que a disponibilidade de leitos influencia a sua experiência e atuação.

18,7% dos pacientes foram retidos contra seu desejo. A indicação de internação por pessoas interessadas (*advocacy for hospitalization*) é mais frequente quando há detenção involuntária.

Em uma análise multivariada, o estudo conclui com os seguintes pontos:

- Cinco fatores predizem significativamente a detenção involuntária: o fator mais importante é o diagnóstico de transtorno psicótico: probabilidade de detenção involuntária até 370% mais frequente do que em pacientes que não possuem este diagnóstico.

- Se há periculosidade, há 54% de chance de IPI.

- A presença de pessoas que advoguem pela hospitalização aumenta em 204% a possibilidade de IPI.

- Um aumento pontual na carga de trabalho do clínico também aumenta em 13% a possibilidade de IPI.

- A disponibilidade de recurso menos restritivo de cuidado diminui em 54% a probabilidade de coerção.

- Na pesquisa antigos fatores ligados ao desvio social e outros vieses de ordem social não foram considerados preditivos de detenção involuntária.

Resumindo, a pesquisa de Segal *et al* conclui que as decisões para a detenção involuntária estudadas pareceram decorrer de quadro psicótico e grau de periculosidade, sendo depois influenciadas pela disponibilidade de dispositivos menos restritivos e facilitadas pelas informações de pessoa interessada (*advocate*).

Os autores ressaltam o fato de que a influência de indicadores da carga de trabalho dos clínicos indica a falta de *staff* de suporte aos clínicos e de outros recursos que possibilitem que a decisão seja feita apenas segundo os critérios objetivos.

Penso que todos estes dispositivos podem dar uma ideia da complexidade da discussão que cerca a decisão sobre uma internação psiquiátrica involuntária e seus mecanismos legais, em uma perspectiva moderna que visa conciliar a questão dos direitos dos pacientes, sua capacidade de decisão e sua interação com a sociedade, considerados aí principalmente a justiça e o saber médico-psiquiátrico.

Como resume o relator holandês:

A resposta definitiva ao velho dilema da autonomia individual, mesmo quando leva ao sofrimento, versus a intervenção profissional de promover cuidado necessário sob a base da beneficência ao paciente não pode ser esperada para breve. Entretanto, o mais importante: poderia ser melhor, mas poderia ser muito pior (Salize *et al*, 2002: 119)³⁸.

Se existe melhora, penso que seja no sentido de dois fatores: o reconhecimento do paciente como interlocutor e a ampliação do debate e da regulação da internação involuntária por uma variedade de atores e instituições.

³⁸ Tradução nossa. No original: The definite answer to the long-standing dilemma of individual autonomy, even if this leads to suffering, versus professional intervention to provide necessary care on the basis of beneficence cannot be expected soon. However, overall: it should be better but it could be far worse (Salize *et al*, 2002: 119).

2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS

Vimos como as IPI são dispositivos de limitação da liberdade individual que se encontram no âmbito da Psiquiatria. O saber médico é convocado a legitimar o julgamento sobre a indicação de internação compulsória, e na prática este julgamento toma como critério a necessidade de tratamento, que se apoia no diagnóstico psiquiátrico, e/ou a periculosidade social do sujeito. Nossa reflexão pretende realizar-se no interior, portanto, deste saber específico. Nossa perspectiva, aí, é a de uma função social da medicina e da Psiquiatria. Neste sentido, o estabelecimento de um diagnóstico médico é o procedimento que identifica o sujeito com o saber psiquiátrico e estabelece os critérios de aproximação do caso (acolhimento, necessidade de tratamento ou de internação, etc). Buscaremos autores que vêm questionar a legitimidade natural dos processos mórbidos, situando temporal e historicamente os sistemas de identificação do normal e do patológico, e refletindo sobre os determinantes históricos de tais processos. Falaremos da medicina em geral, e da psiquiatria em particular, como esquemas socialmente significativos.

2.1 O processo diagnóstico e a medicalização

Como explica Rosenberg (2002), atualmente a função social da medicina é intervir no sofrimento humano que está contido na noção de doença. Isto é algo que extrapola a simples relação médico-paciente, mas esta noção e o que ela engloba vêm mudando ao longo dos anos.

Assim, a história moderna do diagnóstico se relaciona à especificidade da doença, isto é, à noção de doença como “entidade nosológica”, independente das manifestações individuais que possam acometer homens e mulheres. O autor explica que tal compreensão (que reúne diagnóstico, prognóstico, e tratamento de uma condição médica) data do século XIX, e que, assim como as ideias revolucionárias de Newton, Darwin e Freud, tais mudanças viriam impactar o modo como as pessoas viam a si e aos outros no mundo.

Embora a questão do diagnóstico por categorias sempre tenha sido importante para a prática médica e sua relação com o conhecimento, na medicina tradicional os conceitos de doença centralizavam-se no indivíduo que sofre:

“Doenças eram vistas como pontos no tempo, momentos transitórios de um processo que poderia tomar qualquer uma de uma variedade de possíveis trajetórias” (Rosenberg, 2002: 242).

Mesmo as doenças contagiosas como varíola ou doenças venéreas, reconhecidamente epidêmicas, eram consideradas em relação a condições ambientais (como a sujeira) e não em termos de agentes causais.

Como postula Fleck (1979), o conceito moderno de entidade nosológica (*disease entity*) é um produto de desenvolvimento histórico e apenas uma de suas possibilidades lógicas.

Como mostra a história, é possível a introdução de classificações completamente diferentes de doenças. Além do mais, é possível também dispensarmos o conceito de entidade nosológica (*disease entity*), e falarmos apenas de vários sintomas ou estados, de vários pacientes e incidentes. Este último ponto de vista não é de forma alguma impraticável, pois, é claro, as várias formas e estágios assim como os vários pacientes e constituições devem ser tratados diferentemente. É evidente que a formação do conceito ‘entidade nosológica’ envolve tanto síntese quanto análise, e que o conceito atual não constitui lógica ou essencialmente a única solução possível (Fleck, 1979: 21-22).³⁹

A observação histórica mostra que a partir do século XIX, diferentes fatores constituíram o protótipo para o modelo da doença física, como a lesão orgânica e a hereditariedade, mas nos anos 1860 e 1870 desenvolveu-se no mundo ocidental a teoria do germe, possibilitando o reconhecimento de uma *história natural da doença*:

“Uma doença legítima possuía tanto um curso clínico característico e um mecanismo, isto é, uma história natural que – tanto da perspectiva do médico como do paciente – formava uma narrativa” (Rosenberg, 2002: 243).

Mas a instrumentalização da medicina fez com que a prática clínica não se realizasse apenas em torno das narrativas dos pacientes: da segunda metade do século XIX até os anos 1920 começaram a ser introduzidos na prática clínica instrumentos de precisão: esfigmomanômetro, ECG, EEG, RX. Aos poucos, foi desenvolvido um sistema onde a doença podia ser operacionalmente entendida e descrita. No fim do século XIX, a noção de entidades através das descrições consensuais de doenças consolidou o lugar dos hospitais gerais – instituídos a partir do século XVIII – como o dispositivo de acumulação do conhecimento clínico e para

³⁹ Tradução nossa. No original: As history shows, it is feasible to intruduce completely different classification of diseases. Furthermore, it is possible to dispense with the concept of a disease entity altogether, and to speak only of various symptoms and states, of various patients and incidences. This later point of view is by no means impracticable, because, after all, the various forms and stages as well as the various patients and constitutions must always be treated differently. It is evidente that the formation of the concept “disease entity” involves synthesis as well as analysis, and that the current concept does not constitute the logically or essentially only possible solution (FLECK, 1979:21-22).

a formação do especialista médico como o seu gestor. Da mesma forma, o nascimento da epidemiologia moderna através das estatísticas de mortalidade e morbidade e sua evolução nos hospitais e nos mecanismos de controle governamentais dependeram do estabelecimento das entidades nosológicas.

Também os aperfeiçoamentos da anatomia patológica e dos estudos de fisiologia impulsionaram a construção da ciência médica, identificando as conformidades clínico-patológicas. Assim, ao longo do século XX e de forma crescente, o diagnóstico das doenças foi-se tornando dependente de ferramentas e tecnologias derivadas do laboratório. Instrumentos para dar visibilidade a mecanismos fundamentais do corpo, em detrimento da observação externa do médico e dos sintomas relatados pelo paciente. As doenças, e não seus portadores, se tornam o centro das intervenções, o que causará impacto sobre a sociedade e as formas como as pessoas veem-se a si a aos outros, ao mundo ao redor.

A criação das entidades nosológicas realiza, então, um duplo projeto: por um lado, a sistematização de um saber médico. Por outro, a resposta a uma demanda da sociedade moderna, legitimando valores e os diversos status sociais. As entidades nosológicas são, portanto, também entidades sociais, e o diagnóstico é entendido como uma narrativa estruturada que liga o indivíduo e o sistema social (Rosenberg, 2002):

O poder das entidades nosológicas específicas não se encontra em sua qualidade platônica e abstrata, mas em sua habilidade em adquirir textura e circunstancialidade sociais, em legitimar e estruturar padrões de práticas, moldar decisões institucionais, e determinar o tratamento de pacientes particulares [...] as entidades nosológicas são realidades sociais, atores em negociações complexas e multidimensionais que configuram e reconfiguram as vidas reais de homens e mulheres (Rosenberg, 2002:250).

Para Rosenberg (2006), o uso de entidades nosológicas no campo médico com o objetivo de manejar o desvio, racionalizar as idiosincrasias, e explicar a dor emocional começou no último terço do século XIX. Se a busca da base etiológica foi fundamental para o estabelecimento da doença física e sua história natural, esta ampliação dos limites da clínica exigiu a construção de conceitos intelectuais.

Para a Psiquiatria como projeto médico, o modelo da base etiológica foi, desde seu nascimento, sempre perseguido. E, partir do final do século XIX a medicalização do sofrimento humano (e dos comportamentos desviantes e socialmente problemáticos) pretenderá sempre determinar um substrato orgânico.

Mas Conrad (2007) observa que os diagnósticos psiquiátricos, situados cultural e historicamente, tendem à fluidez ou à flutuação. Categorias podem surgir ou desaparecer ao longo do tempo conforme as ideologias que as sustentam. Os diagnósticos (principalmente os que envolvem comportamento ou sintomas cognitivos) não retratam condições objetivas, mas derivam de um contexto sociopolítico, constituindo um produto de negociações e interações.

Conrad utiliza o termo “expansão diagnóstica” (*diagnostic expansion*) para nomear este processo: “a forma como, uma vez que um diagnóstico é estabelecido, sua definição, limiares e limites podem ser expandidos para incluir problemas novos ou relacionados ou incorporar populações adicionais além daquelas designadas na formulação diagnóstica original” (Conrad, 2007:47)⁴⁰.

O exame das várias revisões do DSM nos permite observar as diferentes formas de compreensão sobre os problemas e sentimentos humanos. Assim, como aponta Conrad, a versão original de 1952 era dominada pelo pensamento psicanalítico, enquanto a revisão DSM-III, de 1980, consolidava uma abordagem biomédica e categorial para o diagnóstico. Na edição de 1994 (DSM-IV), eram referidas cerca de 400 entidades diagnósticas.

De acordo com estes autores, a medicalização é um processo complexo: além dos profissionais médicos e da saúde, movimentos sociais, as lideranças e reivindicantes por vezes contribuem para a expansão diagnóstica, mas podem também ser críticos a este respeito.

Preocupado com a supermedicalização das condições humanas, Conrad adverte para o fenômeno da patologização de tudo (*patologization of everything*) na sociedade moderna: virtualmente qualquer diferença humana pode ser considerada um tipo de patologia, o que pode comprometer nossa tolerância com a diversidade humana. A medicalização opera em uma lógica ou ética da normalidade. Foucault (2005) mostrou como a definição de normas médicas é em si uma forma culturalmente determinada de controle social, onde são criadas novas expectativas para os corpos, o comportamento, e a saúde (a biopolítica). Mas no mundo contemporâneo ocorre também o sentido oposto, quando as normas sociais são definidas ou revistas segundo as mudanças promovidas nas intervenções médicas, como mostra Conrad com seus exemplos: após a introdução do Viagra no mercado,

⁴⁰ Tradução nossa. No original: how once a diagnosis is established, its definitions, threshold, or boundaries can be expanded to include new or related problems or to incorporate additional populations beyond what were designated in the original diagnostic formulation (CONRAD, 2007:47).

houve mudança na visão social acerca da impotência humana e do desempenho sexual no envelhecimento. A timidez social não é mais vista como variação do comportamento humano, mas como fobia social, promovida pela indústria farmacêutica que lançou um medicamento “específico”. O uso de hormônio do crescimento (GH) para crianças abaixo de determinada altura (puramente arbitrária) pode mudar a definição médica da altura normal. Nestes exemplos, e ainda na menopausa e na hipertensão, a indústria farmacêutica define o que é normal ou não.

2.2 Hacking e o *looping effect*

O debate entre o que é natural e o que é construído na ciência é central à filosofia do conhecimento. A questão remete ao dualismo presente desde uma primeira oposição da filosofia grega, que provém da dissociação do homem em corpo e alma, e que é contraposta à visão do homem como um *todo*.

A perspectiva de Hacking ao debate da medicalização atravessa a análise epistemológica. Ele debate com o construtivismo problematizando a oposição entre ciências naturais e ciências humanas, entre os estatutos da natureza (que remetem a um real) e do humano (onde subjazem a mudança e a construção). Em termos de definições, Hacking questiona a imutabilidade do que é considerado real ou natural, uma vez que os critérios e dispositivos para sua apreensão evoluem e se alteram ao longo do tempo e das culturas. Hacking propõe uma visão filosófica que denomina “nominalismo dinâmico”. Em “*Making up people*” (2002) ele preocupa-se em refletir sobre os modos como as pessoas são construídas, em como identidades são socialmente forjadas.

Hacking (2002) lembra que a nomeação (*naming*) é apenas um elemento possível do que Foucault chama “constituição dos sujeitos”, além de forças, desejos, pensamentos, etc. Embora reconhecendo que muitas categorias são pré-existentes na natureza (e que existem independentemente dos nomes que lhes damos, polemizando aí com os nominalistas), Hacking entende que os tipos de pessoas (e o conhecimento acerca deles) passam a existir ao mesmo tempo em que os tipos vão sendo inventados.

A partir da leitura foucaultiana em torno da implantação de uma biopolítica com fins de controle social, Hacking (2002) refere-se à estatística oficial do século XIX, detendo-se na “avalanche de números que começa em torno de 1820”

(Hacking, 2002:161), e que constitui uma estatística do desvio (*analyse morale*): houve, na época, uma profusão de novos tipos de pessoas. No fim do século XIX, as entidades nosológicas que surgem são categorias de desvio medicalizadas: a neurastenia, a histeria, a psicopatia sexual, o alcoolismo, o homossexualismo. O suicídio, por exemplo, tornou-se um conceito de propriedade médica (ligado à insanidade) apenas no início do século XIX. Hacking duvida que os 21 motivos possíveis de suicídio de fato existissem antes que a prática de contá-los fosse instituída, criando positivamente todo um *ethos* para o suicídio.

Da mesma forma, observa como os censos populacionais, ao agruparem e classificarem, criam novas categorias de pessoas, produzindo novas formas de ser às quais as pessoas ajustam-se espontaneamente.

No campo específico da psiquiatria, Hacking afirma que a múltipla personalidade “como ideia e fenômeno clínico foi inventada em torno de 1875” (Hacking, 2002:162). Quando Janet descreveu o caso de Felida X como personalidade clivada em 1906, refutou a noção transcendental de uma unidade (*self*) anterior a todo o conhecimento. A partir dela vieram muitos múltiplos, mas não antes. E nos exemplos a questão da indução por parte do médico é flagrante.

“Não nos parece que tais componentes sejam ‘entidades reais’, que aguardavam a descoberta científica. Entretanto, uma vez que as distinções foram feitas, novas realidades passaram a existir” (Hacking, 2002:163)⁴¹.

Citando Anscombe, para quem as ações humanas são sempre “ações sob uma descrição”, Hacking (2002:166) demonstra como o fenômeno social do *making up people* modifica o espaço de possibilidades para a pessoa (*personhood*), e que estas possibilidades podem mudar através dos tempos. Assim, ser um homo ou heterossexual no século XIX não era possível, porque não existiam até então estas opções (embora as práticas tenham sempre existido, com sentidos culturais diferentes). Então, se novos modos de descrição passam a existir, novas possibilidades de ação passam a existir conseqüentemente (Hacking, 2002: 166).

Tomando um exemplo de Sartre, Hacking diz que só é possível ser um *garçon de café* em uma determinada época, em determinado *setting* social. Assim, cada um de nós é também construído. Hacking debruça-se sobre classificações que são culturalmente situadas, que ocorrem em sociedades burocratizadas, tipos humanos

⁴¹ Tradução nossa. No original: It is not suggested that these componentes are ‘real’ entities, which awaited scientific ‘discovery’. However once the distinctions were made, new real entities effectively came into being (HACKING, 1999:161).

(*human kinds*) sobre os quais nada pode ser uniformizado e universalizado, por isto ele desenvolve seu pensamento através da análise de diferentes exemplos, cada um deles com sua história própria.

Eu uso o termo ‘tipos humanos’ (*human kinds*) para enfatizar mais os tipos – os sistemas de classificações – do que as pessoas e seus sentimentos. Embora eu pretenda que os tipos humanos incluam tipos de comportamento, atos, ou temperamento, são os tipos de pessoas que me interessam. Quer dizer, tipos de comportamento, atos, ou temperamento são o que eu chamo tipos humanos se nós os tomamos para caracterizar tipos de pessoas (Hacking, 1995:352).⁴²

Tipos humanos são objeto de ciências inseguras, sobre os quais gostaríamos de possuir conhecimento. Desde a origem das ciências sociais, tal conhecimento aspira à causalidade com finalidades práticas: servir como instrumento de mudança e de melhora da vida das pessoas. E seu modelo é aquele das ciências naturais, ou seja, ele busca leis gerais:

Por tipos humanos eu quero dizer tipos sobre os quais gostaríamos de possuir conhecimento sistemático, geral, e acurado; classificações que poderiam ser usadas para formular verdades gerais sobre as pessoas; generalizações suficientemente fortes para parecer leis sobre pessoas, suas ações, ou seus sentimentos (Hacking, 1995:352).⁴³

Hacking observa que em nossas relações pessoais mais importantes, raramente pensamos ou sentimos em termos de tipos humanos. Mas mesmo então, não somos tão indiferentes a estas formas de classificação. Enxergar alguém que amamos como um tipo humano pode alterar nossa visão sobre aquela pessoa.

Como na teoria da ação humana realizar um ato intencional é fazer algo sob uma descrição, o campo dos tipos humanos afeta o campo de possíveis ações intencionais:

Tipos humanos possuem (o que poderia ser descrito como) um poder ainda mais surpreendente do que abrir possibilidades para a ação futura. Eles nos habilitam a redescrever nosso passado na medida em que as pessoas podem chegar a experimentar novos passados [...] Bem, se há novos roteiros, pode haver novas histórias... [Portanto,] classificar pessoas atua sobre as pessoas, as modifica, e pode até mesmo mudar o seu passado (Hacking, 1995:368).⁴⁴

⁴² Tradução nossa. No original: I choose the label ‘human kinds’ to emphasize kinds – the systems of classification – rather than people with their feelings. Although I intend human kinds to include kinds of behaviour, act, or temperament, it is kinds of people that concern me. That is, kinds of behaviour, act, or temperament are what I call human kinds if we take them to characterize kinds of people (Hacking, 1995:352).

⁴³ Tradução nossa. No original: By human kinds I mean kinds about which we would like to have systematic, general, and accurate knowledge; classifications that could be used to formulate general truths about people; generalizations sufficiently strong that they seem like laws about people, their actions, or their sentiments (Hacking, 1995:252).

⁴⁴ Tradução nossa. No original: Human kinds have (what could be presented as) an even more amazing power than that of opening possibilities for future action. They enable us to redescribe our past to the extent that people can come to experience new pasts [...] Well, if there are new story lines, there can be new stories... [Thus] classifying people works on people, changes them, and can even change their past (Hacking, 1995:368-369).

Hacking mantém-se em uma linha foucaultiana ao ressaltar que não se trata de processos passivos. Há uma positividade na forma como as pessoas se apropriam destas identidades pré-formadas, como as vivem política e subjetivamente, e que, por consequência, tal movimento acaba por transformar, no todo social, o perfil destas identidades.

Criar novas formas de classificar pessoas é também mudar a forma como pensamos sobre nós mesmos, mudar nosso sentimento de autoestima, e mesmo a forma como lembramos de nosso próprio passado. Isto, em consequência, gera um *looping effect*, pois as pessoas daquele tipo se comportam diferentemente, e portanto são diferentes. O que significa que o tipo muda, e portanto há novo conhecimento causal a ser ganho e talvez, velho conhecimento causal a ser descartado (Hacking, 1995:369)⁴⁵.

Hacking (2002) critica a teoria do rótulo (cujo auge ocorreu nos EUA, nos anos 1960), a qual postulava que aplicar um rótulo a alguém faz a pessoa adotar certos padrões típicos de comportamento. Hacking pretende avançar, entendendo que se os indivíduos de determinado tipo mudam, então o tipo também muda, obrigando que o conhecimento sobre o tipo mude também, o que muda outra vez as pessoas rotuladas. Ele toma como exemplo o homossexual: pois as pessoas não aceitam passivamente o rótulo; elas participam do contexto social onde o tipo é formatado. E após sua institucionalização, as vidas pessoais superam os rótulos. O homossexual, assim, se torna autônomo com relação ao rótulo.

Hacking identifica dois vetores: um é a rotulação que vem de cima, de uma comunidade de *experts*. Outro vetor é o comportamento autônomo das pessoas rotuladas, que pressiona por baixo.

Há um efeito de *looping* ou *feedback* envolvendo a introdução de classificações de pessoas. Novas ordenações e teorizações induzem mudanças na autoimagem e no comportamento das pessoas classificadas. Essas mudanças demandam revisões da classificação e das teorias, das conexões causais, e expectativas. Os tipos são modificados, classificações revisadas se formam, e os classificados mudam outra vez, volta sobre volta (*loop upon loop*) (Hacking, 1995:370)⁴⁶.

Uma diferença fundamental entre os tipos naturais e os humanos é que os humanos são carregados de valores. Pois as tipologias humanas surgiram em uma

⁴⁵ Tradução nossa. No original: To create new Ways of classifying people is also to change how we can think of ourselves, to change our sense of self-worth, even how we remember our own past. This in turn generates a looping effect, because people of the kind behave differently and so are different. That is to say the kind changes, and so there is new causal knowledge to be gained and perhaps, old causal knowledge to be jettisoned (Hacking, 1995:369).

⁴⁶ Tradução nossa. No original: There is a looping or feedback effect involving the introduction of classifications of people. New sorting and theorizing induces changes in self-conception and in behaviour of the people classified. Those changes demand revisions of the classification and theories, the causal connections, and the expectations. Kinds are modified, revised classifications are formed, and the classified change again, loop upon loop (HACKING, 1995:370).

proposta ortopédica das ciências sociais, de um manejo das classes desviantes, geralmente consideradas ruins. Hacking aponta que desde o século XIX a normalidade foi o “tipo de segunda ordem” (*second order kind*) mais importante relacionado a pessoas, ultrapassando o domínio médico. Como mostrou Canguilhem (2006), o conhecimento sobre os tipos humanos ligados à normalidade tem como base as anormalidades.

Os tipos humanos explicados como desvios geralmente são descritivos (desvios do comum), ou avaliativos (difere do que é certo e bom; é pior, ou melhor). Mas são estes tipos humanos mais carregados de valor moral os que possuem maior potencial para produzir um efeito de *looping*, produzindo uma transformação do próprio conceito tipológico, a partir das intervenções das pessoas assim tipificadas.

Penso que o debate sobre a natureza das doenças mentais ganha uma contribuição importante com o nominalismo dinâmico de Hacking. O nominalismo entende que as realidades construídas resultam de efeitos de linguagem. Hacking acrescenta ao debate filosófico entre realistas e nominalistas / construcionistas, reproduzido na oposição entre tipos naturais e tipos humanos. Ele parte do que seria uma diferença principal entre os dois: os humanos só fazem sentido em determinado contexto social. Mas em “*Madness: biological or constructed?*” (1999) ele denuncia o erro filosófico em se considerar a realidade como uma única “super coisa”, pois sempre somos obrigados a renegociar a noção de realidade à medida que nossa língua e nossa vida mudam. Assim ele mostra que o entendimento sobre o que é um tipo “natural” também evoluiu na história da ciência ocidental, de acordo com o nível de conhecimento tecnológico e científico de cada época.

Hacking pretende pensar como se não houvesse contradição vital entre o realismo e o construcionismo. O abuso infantil, por exemplo, é um mal real, e já o era antes de ser socialmente construído. A homossexualidade socialmente construída foi importante para os que foram assim classificados, seja para denunciá-la como estratégia de psiquiatrização e discriminação jurídica, seja para afirmar que o comportamento homossexual sempre existiu na natureza.

Analisando a flutuação nos conceitos e ocorrências acerca das diversas entidades nosológicas nas classificações psiquiátricas, Hacking evidencia o que resulta da construção social deste campo médico. Entretanto, ele questiona a

existência das doenças para além dos nomes e classificações, e se propõe um dilema lógico: pode algo ser ao mesmo tempo construído e “real”?

Hacking distingue inicialmente um processo ainda não compreendido acerca da relação mente-corpo, que ele chama *biolooping* (diferenciado do *classificatory looping* já descrito): o fato, evidenciado pelo controle consciente dos processos orgânicos operado na yoga, de que as ideias podem mudar os estados fisiológicos. Até que ponto estariam as duas formas de *looping* envolvidas nas diversas psicopatologias, ou mesmo em nossa vida cotidiana? Hacking toma os exemplos do retardo infantil e da esquizofrenia.

No caso dos *feeble-minded*, há uma grande alteração temporal nas classificações, cada uma pretendendo ser uma evolução da anterior, cada uma associada a uma abordagem médica, educacional e social diferente. Houve, em todas as épocas, efeitos *looping* que forçaram as mudanças classificatórias.

Também o conceito de esquizofrenia mudou no tempo, e para Hacking os esquizofrênicos sempre foram conscientes desta classificação e do que isto implicava. Atualmente, há mais *looping*, o que também influencia o desenvolvimento do arsenal de drogas psicotrópicas à disposição para aproximá-los de uma vida “normal”. E a doença tornou-se cada vez mais algo exterior ao sujeito, um agente ruim. Para Hacking, a mudança no perfil de sintomas indica que o esquizofrênico como tipo é um alvo em movimento. Mudam as formas com que as pessoas diagnosticadas descrevem seus sintomas. Muda o conteúdo dos sintomas, muda a importância de cada sintoma para o diagnóstico de esquizofrenia (ex: alucinações para Bleuler e depois para Schneider).

Hacking então retoma sua questão inicial: o que acontece quando se evidencia uma causa natural para um tipo interativo? Remetendo-se às teorias de referência de Putnam e Kripke, Hacking conjectura: se fica esclarecido que determinada patologia “P” é a causa do autismo infantil, então “P” (a doença) é um tipo indiferente, e “autismo infantil” é o nome, tipo interativo. A teoria do significado de Putnam entende o significado como um vetor:

Este vetor é na maioria das vezes como uma entrada de dicionário: parte de discurso, categoria, para baixo em direção ao estereótipo, mas fechando em um item que nenhum dicionário ou coisa parecida possa jamais apresentar: a extensão

do termo que é definido. Quer dizer, a classe de coisas que o termo abrange, a classe de coisas às quais o termo se aplica (Hacking, 1999:120)⁴⁷.

Então, para Hacking, o que importa é a dinâmica que se institui: como a descoberta da patologia P afetará as crianças autistas e seus familiares?

2.3 Aspectos envolvidos na medicalização e no *looping*

A partir das questões envolvidas na medicalização na sociedade contemporânea levantadas pelos diversos autores, tentarei sistematizar alguns elementos relevantes:

– A *biologização* ou medicalização dos tipos tende a destituí-los de seu conteúdo moral. Portanto, nos *tipos biologizados* (leia-se bioquímico, neurológico, elétrico, genético, etc), um primeiro efeito *looping* é a desresponsabilização devido à causalidade biológica. Como observa Conrad (2007), quando diminui a responsabilidade pessoal, a atitude social muda de punitiva para terapêutica.

O alcoolismo, que era entendido como falha moral, é agora revisto como alteração biológica, bioquímica, e mesmo genética. Este novo conhecimento científico produz um outro tipo de pessoa, com novas possibilidades. O comportamento violento, se entendido como possuindo um elemento genético e biológico, implementará mudanças na criminologia tradicional.

A genética é um paradigma em ascensão na biomedicina; atualmente atribuem-se causas genéticas a um grande número de problemas humanos. Uma das hipóteses para a causa do TDAH envolve a existência de um ou vários genes que induzam a superprodução de dopamina. Se assim considerada, como observa Conrad (2007), isto faz do TDAH uma condição intrínseca e que acompanha seus portadores durante toda a vida, possibilitando o encaixe no diagnóstico daqueles adultos nos quais sintomas infantis não tenham sido detectados.

Os autores extraem outra consequência direta deste processo de desresponsabilização pela biologização: a individuação dos problemas sociais. Na depressão, no alcoolismo e no TDAH, a intervenção se dará no indivíduo, sem interferir nos ambientes sociais que os produzem. Em seu trabalho de campo com

⁴⁷ Tradução nossa. No original: This vector is in most ways like a dictionary entry: parto f speech, category, down through stereotype, but ending in an item no dictionary, or anything else, can ever presente: the extension of the term being defined. That is, the class of things falling under the term, the class of things to which the terms applies (Hacking, 1999:120).

grupos de portadores de Transtorno Bipolar, Martin (2009) identificou um efeito da tipificação: o processo de uniformização e homogeneização das diferenças:

“Embora as pessoas nos grupos de suporte frequentemente enfatizassem que cada pessoa era única, eles agiam como se o diagnóstico comum dos membros do grupo ultrapassasse quaisquer diferenças sociais ou étnicas” (Martin, 2009:31).

Assim, o indivíduo se desresponsabiliza em função de um determinismo genético ou de seu funcionamento biofisiológico. Como exemplifica Ortega (2008):

Para o paciente e seus familiares, é mais fácil aceitar, por exemplo, o diagnóstico de transtorno bipolar do que o de psicose maniaco-depressiva, pois no transtorno bipolar são enfatizados os aspectos biológicos e cerebrais mais do que os psicológicos e os psicodinâmicos que impunham uma marca identitária. O indivíduo não é mais psicótico maniaco-depressivo, mas tem transtorno bipolar (Ortega, 2008:487).

Em sua observação de grupos de portadores de Transtorno Bipolar (TB), Martin (2009) resume a atitude geral com relação às ciências do cérebro, embora reconheça que este conhecimento não desempenhava papel central para os grupos organizados em torno deste diagnóstico:

Uma vez que ter uma doença física promove muito mais validade na cultura ocidental do que ter uma doença mental, as pessoas usualmente recebiam as novas evidências de que o transtorno bipolar é uma ‘doença do cérebro’ como boas notícias, devido à crença geralmente aceita de que os males físicos podem ser curados e, por enquanto, cobertos pelo seguro de saúde, remunerações ligadas à *disability*, ou reivindicações para outras compensações (Martin, 2009:11)⁴⁸.

Sendo ela própria portadora do transtorno, reconhece que a atribuição da doença aos neurotransmissores é reconfortante, significando que os problemas não estão completamente sob seu controle.

Conrad (2007) observa que o TDAH em adultos cria uma “desculpa médica (*clinical excuse*) que redireciona a atenção de forças sociais para biogênicas e desloca a culpa da pessoa para o corpo” (Conrad, 2007:64). O diagnóstico coloca seu portador na categoria da incapacidade (*disability*), abrindo possibilidades de acesso a certos benefícios e acomodações. Na perspectiva dos “direitos”, o TDAH tem sido interpretado como um distúrbio da aprendizagem (e não psiquiátrico), beneficiando seus portadores com a legislação da *disability*.

⁴⁸ Tradução nossa. No original: Since having a physical malady has far more validity in Western culture than having a mental one, people usually greeted new evidence that bipolar disorder is a ‘brain disease’ as welcome news because of the generally accepted belief that physical ailments can be cured and, in the meantime, would be covered by health insurance, disability payments, or compensation claims (Martin, 2009:11).

– O Complexo médico-industrial (CMI): Vianna (2002) explica que o termo CMI é usado desde a década de 1980 e refere-se “às múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia” (Vianna, 2002:375). Produto da evolução histórica do sistema de saúde em sociedades capitalistas, o CMI consolidou-se gradativamente como consequência, por um lado, do papel que a medicina ocupa no mundo moderno, e por outro, da função crescente da tecnologia nas relações de produção e troca entre os componentes do setor. Assim, a complexidade do sistema é função da interdependência entre os diversos blocos, compreendendo as articulações entre assistência médica, redes de formação, indústria farmacêutica e produtora de equipamentos e instrumentos médicos.

A introdução de medicamentos antidepressivos abre caminho para a pesquisa etiológica dos transtornos do humor. As hipóteses bioquímicas da depressão são tributárias do desenvolvimento farmacológico. Como o objetivo da indústria farmacêutica é o lucro, fomentam pesquisas e mobilizam usuários para forçar a padronização das novas drogas nos serviços públicos ou nos sistemas de seguro e *managed care*, de modo a financiarem a compra de seus produtos. Mas a introdução do Prozac (fluoxetina) em 1987 ocasionou um impacto maior, pois possibilitou o desenvolvimento de novos tipos de drogas para tratar problemas psiquiátricos e da vida. Como observa Conrad, sua popularidade “criou um contexto social no seio do qual é considerado aceitável o uso de medicamentos para tratar problemas menores da vida” (Conrad, 2007:62). De forma semelhante, a grande disseminação do metilfenidato no tratamento do TDAH (ativamente promovido pelo laboratório farmacêutico produtor) e a expansão do diagnóstico em adultos possibilita que médicos possam “arriscar” um diagnóstico de TDAH e “fazerem uma tentativa com a Ritalina em adultos com certos tipos de dificuldades de vida” (Conrad, 2007:62). As indústrias farmacêutica e biotecnológica vêm produzindo “soluções” para uma ampla gama de problemas humanos. A propaganda, antes limitada à classe médica, agora é difundida para a população geral.

Mas pensando sobre o papel da indústria farmacêutica e o grande desenvolvimento de novas drogas, cujo impacto e aplicação se dissemina para fora das categorias de doenças mentais, Martin chama atenção para o fato de que não se trata de um fato simples de explorar ou manipular pessoas, pois tal processo

ocorre em um contexto sempre em movimento, onde “uma proposição cultural sobre a necessidade de melhora contínua da pessoa deve já existir” (Martin, 2009:15).

Um extenso mercado médico e de consumidores surgiu e desenvolveu-se nos últimos 30 anos. Há todo o sistema burocrático da saúde que media o processo de medicalização. Público ou privado, ele financia os tratamentos, legitimando ou ignorando os recursos terapêuticos. O mercado é mediado pela cobertura disponível nos programas de governo, companhias de seguro, e *managed care*. Nos EUA, este sistema estimula o crescimento da indústria farmacêutica, pois tende a substituir psiquiatras por médicos da atenção primária menos habilitados para as terapias verbais. As categorias que podem ser tratadas com medicamentos são estimuladas, pois são reembolsáveis pelo sistema.

Outros produtos médicos não são cobertos (calvície, aumento dos seios), gerando um mercado direto, que vem enriquecendo a variedade de serviços oferecidos, e os consumidores os compram. Produtos se tornam *commodities*; é o negócio da medicalização. E, como aponta Conrad (2007^a), a Internet tem um grande papel nisto.

– O papel dos usuários: Conrad (2007^a) destaca o papel dos grupos leigos na expansão da medicalização. E identifica aí o *looping effect* de Hacking como um “*feedback loop*” entre profissionais, portadores e mídia. A incapacidade (*disability*) é um exemplo onde se percebe como a “reabilitação” individual se desloca para os movimentos de *disability* onde as intervenções são preconizadas sobre o mundo social, de modo a permitir a melhor circulação social daquelas pessoas.

Conrad (2007) destaca que as vantagens sociais são decisivas na produção da medicalização, pois permitem a mudança do papel de doente e assim, diminuem a culpa individual (TDAH, Alcoolismo, disfunção erétil). Algumas possibilitam uma diminuição do estigma (AA, anorexia); algumas pessoas realmente beneficiaram-se com os tratamentos médicos à obesidade, anorexia, menopausa, TDAH, etc, o que faz da medicalização um processo ambíguo para a pessoa humana.

A apropriação dinâmica do diagnóstico pode ultrapassar o próprio portador do “transtorno” e estender-se para familiares e meio social. Hacking (1999) opõe os *tipos interativos* aos *tipos indiferentes* ou *inacessíveis*. Estes últimos surgidos como derivação dos tipos naturais, para os quais não há consciência sobre sua classificação nem interação com o conceito. Também as crianças, como as entendemos hoje, constituem – principalmente após o trabalho de Philippe Ariès -

uma construção histórica. Entretanto, embora sem a autoconsciência, as crianças autistas ou portadoras de TDAH não estão imunes ao *looping effect*. Pois a “consciência (*awareness*) da doença” geralmente é compartilhada por um grupo de pessoas, embutidas em práticas e instituições a elas dirigidas. A interação ocorre nesta matriz mais ampliada que cerca a classificação.

Ortega (2008) contribui com o debate ao refletir sobre o processo de biologização e a formação dos movimentos da neurodiversidade, onde o cerebralismo constitui uma marca identitária, a das chamadas *bioidentidades*, identidades biológicas.

Ortega entende este mecanismo no contexto do paradigma do sujeito cerebral⁴⁹ e da neurocultura. Assim, toda a vida psíquica, sejam atos psíquicos, desejos, emoções, anseios, etc, através de um vocabulário fisicalista – reducionista, é descrita em termos corporais e biológicos. Tais identidades somáticas (*bioidentidades*) são produzidas através de práticas de *bioascese*, práticas de si, fundadas na referência corporal, a ponto de tornar obsoleta a distinção entre soma e *self*, “produzindo um eu que é indissociável do trabalho sobre o corpo” (Ortega, 2008:489).

Mas Ortega destaca o paradoxo de que mecanismos inicialmente redutores e solipsistas estejam, ao fim, favorecendo e possibilitando a formação de subjetividades e novos padrões de grupalidades de atores sociais e políticos.

“*Neurodiversity*” – ‘neurodiversidade’ – em Wikipedia e nas dúzias de sites dedicados ao movimento, é um termo que tenta salientar que uma ‘conexão neurológica’ (*neurological wiring*) atípica (ou neurodivergente) não é uma doença a ser tratada e, se for possível, curada. Trata-se antes de uma diferença humana que deve ser respeitada como outras diferenças (sexuais, raciais, entre outras). Os indivíduos autodenominados ‘neurodiversos’ consideram-se ‘neurologicamente diferentes’ ou ‘neuroatípicos’ (Ortega, 2008:477).

No caso do autismo, como observa Ortega, “assumir o autismo como diferença libera os indivíduos do desejo ou da necessidade de cura, o que resulta muito importante em uma época na qual existem grandes chances de dispormos, em breve, de testes genéticos que poderão impedir crianças autistas de nascer” (2008:478).

⁴⁹ “O termo “sujeito cerebral” [...] resume adequadamente a redução da pessoa humana ao cérebro: a crença de que o cérebro é a parte do corpo necessária para sermos nós mesmos, no qual se encontra a essência do ser humano, ou seja, a identidade pessoal entendida como identidade cerebral” (Ortega, 2008:490).

Trata-se de um movimento de *looping*, conforme descrito por Hacking, onde as pessoas classificadas acabam por alterar o próprio conceito e sua visão social e científica.

Assim, para fim de nossas reflexões, a referência ao trabalho de Hacking e dos demais autores visou demonstrar:

- 1- Que os diagnósticos psiquiátricos não são entidades naturais.
- 2- Que o uso destas categorias encontra-se em relação intrínseca com o processo histórico e social, servindo tanto como forma de controle (biopolítica) como de matrizes identitárias para a vida das pessoas.
- 3- Que tal relação é dinâmica e implica em que as pessoas rotuladas participam ativamente deste processo e o modificam, na medida em que são modificadas (*looping effect*).

3 DIAGNÓSTICO E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Seguimos a análise da Psiquiatria como forma de controle social. Em um artigo em que reconhece o mau uso do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM) como ferramenta diagnóstica, Andreasen (2006), uma de suas idealizadoras, afirma que uma distorção maior da proposta original é a consideração de suas categorias como entidades diagnósticas. Ora, para que a Psiquiatria mantenha sua posição dentro da ciência médica, ela precisa formular-se nos mesmos parâmetros que a medicina geral: de preferência apresentar uma causa e uma história natural para as doenças. Efetivamente, quando algum mal estar nos atinge, procuramos diagnosticá-lo. O diagnóstico é atribuição de um nome, um nome que remete a um percurso. E os nomes estão carregados de valores; eles possuem significados, equivalentes sociais. O diagnóstico de câncer, por exemplo, carrega em si um estigma: de morte, de sofrimento físico, de debilitação. Da mesma forma, a AIDS, com o estigma do contágio, da perversão da sexualidade. A esquizofrenia está ligada à desrazão, à periculosidade, à agressividade. Para além – ou ao mesmo tempo – da instituição de um processo mórbido qualquer, subjaz um processo social.

Prosseguiremos, então, aprofundando nossas reflexões sobre o papel social da Psiquiatria. Retornemos às suas origens para rastrear a construção de suas categorias e ferramentas metodológicas.

3.1 O dualismo mente-corpo na psiquiatria

Apesar de uma tendência mundial no estabelecimento de uma regulação fora da alçada do setor saúde para as IPI, eis aí um dispositivo de isolamento social do campo da saúde. É prerrogativa do médico, ou alguém mais que o substitua em nome de um saber e de uma tecnologia médica, a internação involuntária de algumas pessoas, portadoras de um estatuto de doença.

O papel do psiquiatra e da psiquiatria como normatizadores da vida social vem sendo reconhecido, principalmente após Foucault. Entende-se aí que a psiquiatria é fruto de determinado momento histórico cujas condições de possibilidade são dadas pela configuração cultural e social.

Para entender a construção deste dispositivo é preciso partir do século XV, quando com a dissolução da ordem feudal ocorre intenso processo migratório para as cidades, com formação de bolsões de pobreza. A instituição da Sociedade Industrial no século XVIII impõe uma nova configuração do universo social e político no mundo ocidental. Uma nova realidade e, por conseguinte, novas mentalidades e novos homens. Neste novo mundo, os não aptos ao trabalho são discriminados. Estas populações desviantes (Castel, 1998) (loucos, venéreos, pobres sem domicílio, etc) que tendem à mendicância ameaçam a ordem pública, sendo, por isto, marginalizados e reprimidos. São criadas instituições que se encarregarão do “sequestro” (termo cunhado por Foucault) destas pessoas. A razão, como ensina Foucault, é primariamente econômica: formar força de trabalho. Criam-se, assim, as casas de trabalho, os hospitais⁵⁰, as casas de detenção. Aos incapazes para o trabalho, resta a reclusão e a internação. Neste cenário, a saúde dos trabalhadores e das grandes cidades passa a importar. No campo do conhecimento, a história das ciências eclodirá no século XVIII, sob influência das revoluções científicas e filosóficas perpetradas por Descartes, Newton e Locke. A medicina mental surge neste contexto, juntamente com o discurso da ciência médica, concomitante ao desenvolvimento do humanismo e da filantropia.

As transformações morais, sociais e econômico-políticas que incidem na instituição familiar, demandando uma nova intimidade e novos inter-relacionamentos pessoais, as crescentes exigências formadoras face à distância dando toda uma importância e dimensão à instituição escolar, as novas normas para o convívio urbano criando toda uma recente preocupação pelo desvio social e pela delinquência, enfim todo este conjunto cria um campo homogêneo de novas práticas e representações, sobre o qual se constitui o saber psiquiátrico (Birman, 1978:21).

Não se trata de negar à loucura seu estatuto de diferença e estranheza, de modo de ser que se destaca em relação à conformidade da comunidade. Santos, profetas, feiticeiros, a cada cultura e momento o que consideramos hoje loucura foi interpretado de diversas formas. Em uma sociedade produtiva em ascensão, porém, este contingente começa a sobrar, mas surge a necessidade de destacá-la do total de criminosos, de vagabundos e desempregados. A partir da metade do século XVIII, a saúde pública começa a desenvolver-se, devido às epizootias e epidemias. O aumento do número de alienados nos grandes centros chegou a criar um clima de ameaça, no final do século XVIII / início do XIX. O asilo era, portanto, necessário na

⁵⁰ No início, os hospitais gerais não constituíam um dispositivo médico; sua função era um misto de caridade e assistência social.

sociedade industrial: as famílias tinham que trabalhar. O alienado era um obstáculo e necessitava ser retirado, removido para o asilo. O médico se torna autoridade social, passando a ter uma influência decisiva nos processos cotidianos da comunidade. Todo o espaço social se torna potencial objeto para a intervenção médica.

Cabe, portanto, situar a função social da psiquiatria, em seu momento inaugural.

A Psiquiatria torna-se um poder, que se exercerá como regulação moral das individualidades, definindo valores que estabelecerão o campo de atuação do comportamento humano. Este será considerado como mórbido ou sadio, numa escala estabelecida pela razão psiquiátrica. Enquanto poder social, ela não pode ser autônoma ou autorregulada. Ela é subordinada e controlada como instituição pela sociedade mesma. Ela regula e é regulada a um só tempo (Birman, 1978:12).

O viés moral da Psiquiatria, que é o que nos interessa destacar, foi importante desde a sua constituição, no século XVIII. Isto está claro em Pinel e em Esquirol, mas mesmo as formulações mais organicistas não escapam dos valores ideológicos, conforme vimos com Hacking, na discussão sobre os tipos humanos. Pois a determinação do patológico não é natural (Canguillem).

A obra de Pinel reflete o pensamento científico e filosófico de sua época. Ressalta-se a marcada influência de Cabanis (1757-1808), com quem frequentou o “Salão dos Ideólogos”. Enfatizando a importância da experiência para o conhecimento, Cabanis ampliou o sensualismo de Condillac: não apenas as sensações conscientes, mas também as estruturas orgânicas e fisiológicas são a base das ideias e das paixões dos homens.

O entendimento clássico sobre a loucura, desde Descartes, reduz a incompatibilidade com a vida social e sua moral que é própria da desrazão a um lugar de déficit. A alienação mental seria a incapacidade de regulação das paixões. Para Pinel, este déficit racional se exterioriza como uma deficiência da vontade, que o tratamento moral irá restituir. Oda e Dalgarrondo (2007) observam que as propostas reformistas de Pinel tiveram a influência dos pensadores sociais utopistas da primeira metade do século XIX, como Saint-Simon (1760-1825) e Charles Fourier (1772-1837).

Como Pinel, Fourier acreditava na reforma radical do homem através da transformação de seu ambiente, de novas organizações da vida econômica e social que, ao fim, transformariam a própria alma dos sujeitos. Ambos acreditavam que havia um fundo passional em toda ação humana e que a vida saudável e feliz dependeria da reordenação da organização social, para que tal vida passional se

harmonizasse à realidade cotidiana dos sujeitos. E os dois pensavam que a organização de comunidades afastadas do meio urbano poderia oferecer a oportunidade de reconstruir os seres humanos (Oda e Dalgarrondo, 2007:26).

Este saber psiquiátrico que se quer médico, mas que é elaborado com noções e práticas morais, se aperfeiçoa na nosologia de Esquirol. Assim, estatísticas que revelavam um maior número de doentes mentais nos grandes centros europeus e grandes cidades são tomadas como evidência que confirma uma hipótese causal sociogenética para a loucura: a alienação mental como produto do desenvolvimento social e material, decorrente da complexificação da vida moderna. Esquirol argumenta que são os excessos nos meios de sentir que enlouquecem, e à psiquiatria cabe a tarefa de regular os excessos passionais, normatizando-os. Birman (1978) demonstra como para Esquirol a determinação causal da alienação mental pela sexualidade obedecia a valores morais, pois se mantinha mesmo quando as estatísticas negavam estas evidências.

Impressões desastrosas, medo, tristeza, vergonha, abstinência sexual, masturbação: deslizamos claramente do polo da moral para a instituição da moralização, que para se justificar procura uma relação, de palavra, com o corpo e torna-se assim uma causa física (Birman, 1978:78).

Mesmo a consideração sobre a hereditariedade como a causa predisponente mais comum para a loucura (e antes do florescimento da genética, na segunda metade do século XX), não dispensava uma implicação moral: o importante era o contexto familiar, as relações entre as pessoas. Na mania, por exemplo, os filhos dos maníacos deveriam receber educação especial preventiva. Os inquéritos estatísticos confirmavam os problemas morais como fatores causais na alienação mental.

Sejam as questões do mundo amoroso, as do mundo social e políticos, ou as que se referem à exacerbação de sentimentos habituais nos humanos, a loucura articula-se com o mundo concreto, com o mundo do convívio entre os homens e de suas relações com as coisas, com o espaço social que engloba o conjunto dos indivíduos numa mesma comunidade humana e histórica (Birman, 1978:84).

A loucura é depositada no espaço social, espaço das inter-relações e da vida em comum, daí seu potencial para a medicalização dos valores morais.

Identificando a incapacidade do louco para a vida social, psicologia humana e psicopatologia se constituem ao mesmo tempo, assim como sua articulação com a justiça e com o crime, garantida pelo conceito de periculosidade. Em seu ensaio sobre um caso de parricídio na França do século XIX, Castel (1977) descreve o

momento em que a nascente medicina mental assume junto à Justiça o modo de controle preventivo da privação da liberdade:

O confinamento ex-officio prepara a possibilidade de um internamento rápido, tão eficaz e imperativo quanto o isolamento penal. Mas ele apresenta a vantagem suplementar de poder intervir antes que um ato delituoso seja cometido, antes também que um julgamento de interdição seja emitido, como era em princípio exigido nos casos de loucura, antes da lei de 1838. Um certificado médico, homologado, pela autoridade prefetoral e controlado pela possibilidade de uma inspeção judiciária, vai poder detectar estados *potencialmente*⁵¹ perigosos (Castel, 1977:275).

3.2 Vontade e moral como funções do corpo

Como vimos, o entendimento sobre a loucura baseava-se em uma oposição entre as paixões e a atividade racional, sendo a loucura o descontrole passional dos afetos. No indivíduo a *vontade* funcionaria como instância moral, reguladora da afetividade, que permite ou interdita, impedindo que o afeto se tornasse paixão.

Entre as faculdades afetivas e a vontade se constituiria o *sujeito-de-razão*, sendo estas potências que agregariam os indivíduos, disporiam a rede de atrações e repulsões afetivas e manteriam intencionalmente os vínculos. O alienado mental se caracterizaria pelo predomínio das paixões e pela “lesão da vontade”, pelos impulsos que buscariam a sua manifestação a todo custo e por uma vontade que a eles não se submeteria (Birman, 1978:90).

Se a vontade ocupa um lugar privilegiado na organização do mundo moral do sujeito, isto se deve a esta função reguladora que realiza, possibilitadora desta vinculação das individualidades no espaço social. Função que define a intensidade das trocas: função de julgamento moral, definindo o que é bom e o que é mau, o certo e o errado (Birman, 1978:92).

A vontade intelectual e moral não é natural, é produto de educação sobre a animalidade. Ao contrário das faculdades intelectuais, que se desenvolvem na adolescência, a vontade moral é produto da educação dos instintos recebida nos primeiros anos de vida pelos pais.

“O tema do alienado como negativo da vida social se erige neste novo espaço de construção do sujeito, que é a rede de suas relações com os outros” (Birman, 1978:96).

Assim, para Birman, ele fica preso nesta escala inferior da humanidade, retido na quase animalidade dos instintos. Daí o tratamento moral, a intervenção médico-psiquiátrica como vontade a ser enxertada no mundo de descontrole e paixão do alienado mental. Daí o ideário que sustenta o tratamento moral: as regras, a

⁵¹ Grifos do autor.

autoridade e a obediência, processo pedagógico de instauração de existências socialmente adequadas, de contenção e domínio das emoções e sentimentos. Desta forma, Birman observa que o psiquiatra realiza “cientificamente” o projeto social e cultural da modernidade.

Assim, para articular as causas morais ao corpo orgânico, foi preciso considerar as faculdades morais como funções vitais, e como as demais, inscritas em um substrato anatômico. Naturalmente, o cérebro foi a localização mais apregoada. A moral adquiriu função cerebral, daí sua psicologia fisiológica cujos modos de articulação são ação, consciência, memória, reflexão e vontade. Sentimentos e valores são assim, descritos em linguagem médica, para justificar o tratamento moral e construir uma medicina mental.

Pinel buscará em Crichton esta articulação, modificando sua teoria sobre desejos primitivos e secundários. Com Crichton as paixões se tornam fenômenos da economia animal, organicamente inscritos, tornando-se objeto para a fisiologia, e não mais discutidas apenas ética ou filosoficamente. Os diversos afetos (bons ou ruins) são produzidos pelo organismo, e também produzem efeitos nele. A capacidade patológica não está ligada à qualidade dos afetos, mas à quantidade. Os excessos é que podem levar à alienação mental. Para Pinel é Crichton quem avança o conhecimento ao relacionar as funções mentais no campo da fisiologia. Memória, atenção, juízo, associação de ideias se tornam objeto de estudo da fisiologia, o ideal como ponto de referência do desvio.

Para Crichton, as paixões estão ligadas a uma situação de falta, de obstáculo à realização de um desejo primário. Para Birman, Pinel teve que deslocar a ênfase da dualidade prazer-desprazer para poder direcionar para a sociedade o foco da questão. O prazer, em Pinel, ameaça a conservação da sociedade, mas é um prazer a ser moralizado, colocado como justificativa do tratamento moral para a conservação da vida, e não da sociedade, como acaba acontecendo.

Pinel identifica a vida com a sociedade humana. A psiquiatria se une ao projeto da Sociedade Industrial ascendente e seu ideal: higiene das cidades, das paixões, da marginalidade e da violência social. Assim, os problemas reais do mundo se tornam problemas imaginários de ameaça à vida. Este imaginário especial se torna um problema médico. O corpo valida o problema social.

Assim, a psiquiatria institui uma nova ordem, uma pedagogia do prazer / desprazer, nas táticas familiares e pedagógicas e no tratamento moral. Funda,

também, a problemática da criminalidade, e a partir de então a determinação da responsabilidade legal requer o olhar especializado do médico sobre o criminoso.

Esquirol vai aperfeiçoar o discurso de Pinel. O homem é entendido como um ser-de-conflito, entre natureza e cultura. A alienação mental resulta de conflito entre as paixões boas, primitivas, ligadas à vida, e paixões artificiais, más, criando um imaginário que se desenvolve como reação às proibições morais. Realidade (bem) versus imaginário (mal).

Este ser-da-cultura, então, se constitui ao longo do tempo: infância, adolescência, idade adulta, velhice. Na infância não há paixões, apenas necessidades primordiais, portanto as crianças estariam ao abrigo da loucura, com exceção da idiotia ou da debilidade, que seriam diferentes da loucura. Só na adolescência o conflito moral *versus* natureza se instala: a realidade que aumenta as exigências culturais e o aumento das paixões fictícias, opostas ao amor natural da paternidade. A saúde mental é identificada com o amor pelos outros; a alienação mental é a incapacidade para isto. O alienado mental é o sujeito do desamor, do egoísmo.

3.3 Isolamento e submissão para inserção da vontade no tratamento moral

A medicina mental pretende caracterizar o homem como ser de cultura e, assim, curar a loucura. Consciência e vontade são os representantes internos da cultura. O trabalho psiquiátrico visava à formação de uma consciência artificial: a psiquiatria institui no louco esta moral.

Para o sistema terapêutico de Pinel, o confinamento e o isolamento do doente eram fundamentais e visavam, ao mesmo tempo, afastá-lo do seu ambiente costumeiro, oferecer medidas de segurança à sociedade e ao próprio alienado e melhor observá-lo, para melhor tratá-lo. Assim, a função do hospício de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse à razão pela disciplina e pela repressão em justa medida, num ambiente calmo, regado e afastado dos tumultos e paixões da vida cotidiana, eles próprios vistos como causadores de certos tipos de loucura (Oda e Dalgalarondo, 2007:27).

Esquirol e os autores do século XIX procuram sistematizar e aperfeiçoar os princípios do tratamento moral, na construção de um saber sobre a loucura. O isolamento é o procedimento mais fundamental desta higiene moral, o que era, na

época, um consenso internacional. Cullen prescrevia a separação dos amigos e familiares; Willis assim procedeu com George III.

A forma mais usada era o isolamento asilar, mas havia preocupação com a validação teórica do tipo do isolamento. Podia ser completo (ideal) ou incompleto, onde o alienado permanecia com seus direitos jurídicos (poderia até ficar afastado em viagem). Conforme a clínica, o isolamento depende da intensidade da enfermidade. Se há mais agressividade, aumenta a necessidade de isolamento.

Procura-se estabelecer uma relação entre o isolamento como elemento terapêutico e os grupos nosológicos: em princípio não para a demência nem para a idiotia; na mania o isolamento completo era a regra, devido à hostilidade dos pacientes. Idem para a monomania e para a lipemania. O isolamento seria indicado às doenças das paixões e não do corpo. Entretanto, mesmo nestes casos o isolamento poderia ocorrer, não devido à natureza da doença, mas, segundo Esquirol, por interesse de terceiros, ou para protegê-los, para que não fossem usados ou explorados por outros com fins criminosos. Uma indicação preventiva...

Birman destaca que a periculosidade social era na verdade o parâmetro central para a indicação da necessidade e do tipo de isolamento. Ele observa que a questão da indicação do isolamento se dará em torno da periculosidade social, noção que inclui a capacidade agressiva do indivíduo a outros, a autoagressão, a capacidade de malbaratar fortuna própria ou de família, e sua vinculação com os familiares (as relações).

... Não era a inserção dos pacientes neste quadro nosológico que definia a necessidade de sua internação ou a especificidade de seu tratamento. Estas questões se definiam apesar desta nosologia, sem o seu concurso. Mero quadro classificatório que ainda caracterizava as enfermidades como essências, herança da Idade Clássica, o louco permanece, neste nível, ainda ligado ao "Jardim das espécies". Mas a sua terapêutica definia-se com base em outros critérios: qual a sua periculosidade? Trata-se de um indivíduo furioso? Qual a sua aceitação das regras institucionais? Nestes termos, a prática psiquiátrica se fazia apesar do discurso nosográfico (Birman, 1978:346).

O tratamento moral visava à formação de um indivíduo norteado pela sociabilidade. Processo pedagógico de submissão às normas. Se a alienação mental representava o descontrole e a insubmissão à Sociedade Industrial, o asilo era uma micro sociedade, cujos métodos se assemelhavam àqueles da educação infantil.

Esquirol observa que o tratamento moral não consiste em uma argumentação lógica com o alienado, mas em uma operação de confiança e submissão. Não se

tratava de combater o encadeamento vicioso das ideias através de uma perspectiva racional, mas pela afetividade. Assim, no tratamento moral o critério de cura é um critério adaptativo (às normas do tratamento e da instituição). Por isto o psiquiatra deveria assumir uma postura onipotente, de forma a intimidar e subjugar os loucos e impor o sistema de regras.

Assim, o sistema asilar atuava de forma não verbal. Conforme Birman, as temáticas da pedagogia moral eram ordem, trabalho, realidade, e sociabilidade. E as linhas de base da pedagogia eram a hierarquia, ordem, vigilância e dominação. Submissão a um sistema hierarquizado, a um poder exterior em constante vigilância. O isolamento no asilo era uma primeira etapa: desligá-lo de seus laços, de seu território, para dominá-lo, para diminuir sua onipotência. No sistema asilar, a guarda e toda a equipe precisavam ganhar respeito e obediência. Quando houvesse resistência, o uso da força física seria empregado. O comportamento devia inspirar medo. O topo deste sistema hierárquico era ocupado pelo médico. O “talento” necessário ao médico descrito por Pinel comprova que os fatores morais influíam decisivamente como conhecimento causal e como abordagem sobre a loucura pela psiquiatria. A direção administrativa teria função secundária à direção médica. Como todas as ações teriam uma função terapêutica, o médico deveria escolher todos os seus auxiliares, os quais deveriam representar o discurso psiquiátrico. Além da grande assimetria entre o alienista e o alienado, o médico deveria submeter a todos: auxiliares e alienados, de modo que a obediência dos auxiliares servisse de exemplo aos alienados: “Em um estabelecimento para os insanos, deve haver uma Cabeça, e uma única Cabeça, da qual toda autoridade deve emanar” (Esquirol, 1845/2011:76).

Uma maior intervenção das famílias era limitada, pois poderia abalar este sistema hierárquico. Médicos e equipe deveriam caracterizar-se pela integridade da conduta moral que deviam aplicar. Beleza física, “masculinidade evidente”, eram necessários.

O psiquiatra e seus auxiliares eram descritos idealmente como devendo ser pessoas moralmente *íntegras, fortes, bonitas*, representando alguém que fosse superior aos alienados, e que estes sentissem que esta *superioridade* fosse efetivamente real, pelo aparato de força que ela disporia para se impor (Birman, 1978:398).

A autoridade do médico era engrandecida nas atividades coletivas; o alienista assumia a corporificação da justiça. Toda a disposição e organização, tudo girava em torno de sua palavra e pessoa.

3.4 Arcabouço nosológico da psiquiatria

Para responder à demanda do saber médico de bases somáticas para a alienação mental, foi necessário construir um edifício nosológico que descrevesse o campo da clínica psiquiátrica. Daí, como vimos, o desenvolvimento e o uso de categorias morais, na ausência da lesão anátomo-clínica demonstrável, e os sistemas classificatórios de Pinel e de seus seguidores. Como observa Birman:

Estas formas tão claras à percepção médico-psicológica, sejam Manias ou Lipemias, não são tão transparentes, nem tão evidentes. Não são mesmo da ordem perceptiva. Elas são construções racionais, elaboradas pelo sujeito do conhecimento num determinado ponto de sua história, para responder a determinados problemas: técnicos, institucionais, sociais, político-econômicos e morais. Estas várias séries se cruzam, se interpenetram, se determinam, criando um campo problemático no interior do qual se forja um novo horizonte racional que torna possível um saber positivo sobre a loucura (Birman, 1978:11).

Vimos, entretanto, como é importante para a Psiquiatria o reconhecimento como ciência médica, desde a sua constituição no século XVIII. Mas as descrições de situações de sofrimento que hoje identificamos com a loucura remontam às mais antigas civilizações. As doenças, de uma forma geral, eram encaradas como eventos místicos, manifestações de caráter sobrenatural. A medicina desenvolveu-se a partir de práticas xamânicas. Entende-se que somente na Grécia antiga, com Hipócrates, considerado o pai da medicina e da psiquiatria, inicia-se uma visão da loucura como doença, passível de tratamento médico.

Ligado aos Ideólogos que consideravam que a base para o conhecimento estava na observação empírica dos fenômenos, Pinel inaugura a tradição clínica. Como ensina Foucault (1978), a psiquiatria nasce ao mesmo tempo que o hospital psiquiátrico. No asilo psiquiátrico, Pinel isolou a loucura para melhor observá-la, para fazer surgir sua forma pura e, ao mesmo tempo, tratá-la. O hospital foi o laboratório onde Pinel produziu uma taxonomia da loucura⁵².

Tendo a história natural e a obra de Buffon como modelo, Pinel ordenou os fenômenos conforme se apresentavam à observação empírica. Desde então, a Psiquiatria sempre buscou legitimar-se medicamente como ciência natural, segundo

⁵² No artigo “The Self-vindication of the Laboratory Sciences”, Hacking (1991) interroga as formas pelas quais as ciências de laboratório se estabilizam. Sua tese é de que, em sua prática, elas produzem um tipo de autodefesa (self-vindication) que faz delas um sistema fechado, estável em si mesmo, e irrefutável. E os elementos pelos quais elas se estabilizam podem ser ideias, coisas, ou marcas. No caso da Psiquiatria, penso que é a noção do paralelismo entre mente e corpo que sustentará a construção dos sistemas nosológicos.

o modelo de doença, guiando-se na busca de objetos que seriam entidades naturais. A partir de uma etiologia orgânica (lesão, alteração fisiológica, genética), desenvolvia-se a regularidade de uma evolução de sintomas até um desfecho determinado. História natural das doenças.

O trabalho de Gladys Swain oferece um contraponto à leitura foucaultiana que tanto marcou o pensamento ocidental após a segunda metade do século XX. Ela questiona a ideia da criação da psiquiatria como estratégia de objetificação e destituição da palavra do louco. Seu argumento caminha no sentido de que a exigência histórica de cientificidade da medicina nascente fez Pinel lançar as bases de um novo saber sobre a loucura. O desenvolvimento da psiquiatria científica se torna possível. Para Swain, mais do que o gesto humanitário e filantrópico, inspirado nos ideais da Revolução Francesa, de libertar os alienados pelo qual ficou conhecido para a posteridade (e que hoje sabe-se ter sido em muito construído por seu filho Scipion), o legado que Pinel conscientemente produziu foi a sistematização de um saber sobre a loucura. Que este primeiro modelo das espécies de alienação tenha sido insuficiente e problemático, pois que baseado nas diversas fases da mania periódica (cabendo a seu discípulo Esquirol uma classificação mais apurada), não basta para destitui-lo de valor, já que até hoje estes critérios não estão estabelecidos. A sistematização de Pinel deixa evidente que não é possível classificar a alienação pela via de alterações específicas das faculdades do espírito. Mas o que Swain aponta é que, neste modelo, o que Pinel introduz é a dimensão clínica na abordagem da loucura, totalmente apoiada na relação médico-paciente, onde a ação terapêutica se dá através do envolvimento direto do louco no projeto terapêutico. O que a observação e o método empírico que Pinel valoriza revelam sobre a loucura é que é possível convocar no tratamento o sujeito que deve responder por si. Ele reconhece que a loucura não é total, mas que, de algum modo o sujeito permanece ali, onde em princípio (e para a mentalidade científica e social dominante) parece não estar. Assim, para Swain se por um lado a psiquiatria nascente objetifica o louco, por outro lado introduz na clínica justamente aquilo que escapa à objetividade científica. Assim, nas formulações sobre o tratamento moral, Pinel institui uma disciplina médica, a psiquiatria, com uma dinâmica a autonomia diversa da medicina científica positivista.

Em “De Pinel a Freud” (1997), ensaio de Marcel Gauchet que introduz o trabalho de Swain *Le Sujet de la Folie*, é a perda da referência de Deus no século

XVIII o evento que obriga que a razão só possa pensar seus limites por si mesma. Assim, é no contexto do humano que a loucura tem que ser compreendida. O foco da formulação pineliana está na concepção da mania sem delírio, um quadro onde as funções do entendimento estão intactas, mas onde o alienado não tem o controle sobre sua própria fúria. Gauchet traça a história da psiquiatria a partir desta formulação que abre espaço, em Pinel, para os quadros de obsessões e, no século XIX, aos poucos caracterizará o grupo das neuroses, permitindo a Freud o desenvolvimento do método psicanalítico onde o tratamento se dá a partir da interpelação ao sujeito.

Para Berto (2010), apesar de suas observações pertinentes sobre a *démarche* pineliana, o que Swain e Gauchet não consideram são as reflexões do último Foucault, que articulou de forma mais consistente as relações entre a terapêutica, a clínica, e a ordem disciplinar institucionalmente descentralizada do biopoder, e seus aparatos de subjetivação. A clínica deve sempre interrogar-se e ser colocada sob escrutínio, pois, sabemos, de boas intenções o inferno está cheio.

Em um artigo onde discute as críticas reducionistas que a *História da Loucura* recebe, a partir dos textos de Swain e Gauchet, e que pretendem atenuar a radicalidade do pensamento foucaultiano para a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização no Brasil, Rodrigues (2007) desvincula a visão foucaultiana da criação da psiquiatria como um mecanismo simples de “exclusão”.

Sabemos igualmente (ou apenas sabíamos?) que o alegado “reconhecimento” burguês da humanidade do louco lança mão de um termo muito preciso, pois sugere imediatamente o mais famoso campo do “reconhecimento” o *policialesco*⁵³. A psiquiatria “humaniza” sim, pois na sociedade moderna (quicá na pós moderna...) somos todos individualizações jamais incompatíveis com totalizações: em uma distribuição biopolítica das cidadanias, o, louco é *um de nós*, sim, desde que situado na parte inferior da curva estatística (que, por modelo matemático, é concebida exatamente como “curva normal”). Estar situado (e reconhecido) nesta parte da “distribuição normal” o invalida *a priori* como ser de razão e vontade *livres*, apto a “pactuar” com nossa “sociedade atuarial”, conforme a feliz expressão de Ewald (1993). Nesta, os *riscos* devem ser calculados: alienado o louco não mais d’A Razão ou d’A Verdade, mas de *Sua* (Humana, demasiado Humana) Verdade conforme Foucault afirma, explicitamente, em sua *História da Loucura*, posso me reconhecer nele, decerto, mas como *risco*, jamais como *invenção / criação* de outros mundos possíveis (Rodrigues, 2007:57-58).

Quaisquer que sejam os propósitos da clínica, o saber psiquiátrico se constitui pela proposta de uma sistematização dos tipos de loucura. Se a classificação pineliana mostrava-se insuficiente (como todas, até o momento), coube a

⁵³ Grifos da autora.

Kraepelin⁵⁴, discípulo de Kahlbaum, inaugurar a psiquiatria clínica moderna, construindo uma sistemática clínica em torno do modelo das unidades nosológicas. Agrupadas e separadas de acordo com um sentido longitudinal que revelava etiologia, sintomas, evolução, e – quando possível – anatomia patológica de cada uma. Mas, ao longo dos séculos XIX e XX, a questão de uma entidade pura foi sendo desconstruída devido à impossibilidade de verificação de formas regulares. Vão assim mudando, nas diferentes autores e escolas desde o século XIX, as formas de classificação dos transtornos mentais. Em vários autores, inclusive Kraepelin, coexistem critérios tanto clínico-evolutivos quanto etiológicos para as nosologias, o que atesta a mobilidade do alvo “doença mental”.

Devido a esta irregularidade dos quadros mistos, sempre mais presentes do que as formas puras, e à incapacidade de se identificar as causas dos transtornos mentais, a tendência ao longo do século XX vai sendo orientada para a descrição de síndromes. Davidson (1996) ilustra bem o uso de categorias morais para a construção do campo psiquiátrico. Ele procura entender a emergência da psiquiatria como disciplina médica através do conceito metodológico de estilos de raciocínio (*styles of reasoning*). Ele invoca Hacking, para quem os diferentes estilos de raciocínio determinam quais afirmações são candidatas aos critérios de verdade / falsidade. Assim, tomando o surgimento das perversões sexuais e da histeria como distúrbios exemplares da disciplina psiquiátrica emergente no século XIX, Davidson opõe as doenças funcionais àquelas onde há patologia anatômica evidenciável (modelo da neurologia). Assim, as perversões sexuais só puderam existir como entidades mórbidas após Moreau de Tours propor a existência de um “sentido genital”, mais tarde desenvolvido por Krafft-Ebing como o instinto sexual que poderia estar alterado tanto em quantidade (diminuído / exacerbado), quanto em qualidade (perversões). Assim, a psiquiatria só pode desenvolver-se ao separar-se da exigência da lesão concreta que caracteriza o estilo de raciocínio da neurologia. E a conceptualização do instinto sexual, cuja abrangência ultrapassa a estrutura anatômica, incluindo uma complexidade de gostos, tendências, atitudes e traços psíquicos, requereu, ato contínuo, a determinação de uma normalidade (cujo fim é a reprodução), para que se pudesse pensar os desvios.

⁵⁴ A partir de 1986, na quinta edição de seu *Compêndio de Psiquiatria*. Para maior análise e compreensão das diversas escolas psiquiátricas desde Pinel, ver Bercherie, 1989.

Ey (1974) e Nobre de Melo (1979), autores de obras clássicas do saber psiquiátrico, observam que a ausência do fator etiológico concreto possibilitou o desenvolvimento da psiquiatria como ciência do espírito ou da cultura, através dos autores que buscaram descrever e analisar os fenômenos através de uma interface com o pensamento filosófico, aperfeiçoando a visão psicopatológica. Nobre de Melo (1979) afirma que a Psiquiatria não constitui uma ciência, uma vez que não possui uma formação *autológica* (Nobre de Melo, 1979:62), já que utiliza variedade de métodos, admite contribuições de diversas disciplinas e reúne um conjunto de visões e tendências. Para o autor, o “problema” está em por conta disto, ela ser considerada uma ciência exclusivamente cultural, em oposição às ciências naturais, que têm por objeto as patologias somáticas. A clínica psiquiátrica seria a expressão deste hibridismo, presente em toda clínica médica, da importância que é dada à *historicidade* do fato biológico.

Segundo Bercherie (1989), Jaspers foi o primeiro e único autor a fazer uma crítica conceitual sistemática do discurso psiquiátrico. O eixo principal desta crítica foi a contestação – após meio século de hegemonia – do paralelismo psicofisiológico. Jaspers estabeleceu uma nova ortodoxia para o saber psiquiátrico, ao diferenciar três possibilidades de explicações para o fenômeno da loucura: uma “compreensão estática” (uma “fenomenologia” que procurava entender a vivência dos pacientes colocando-se em seu lugar), uma “compreensão genética” (intuição de uma causalidade entre fatos psíquicos, como nas “reações psicológicas”), e a compreensão das “relações causais” (quando, diante da incompreensão, recorre-se a representações teóricas de mecanismos extra conscientes, como o conhecimento biológico)⁵⁵. Distinguem-se aí três estatutos para os objetos do saber psiquiátrico: a fenomenologia, que aponta para a circunstancialidade subjetiva da vivência; o determinismo psíquico da visão psicodinâmica; e a organicidade natural da doença. Bercherie (1989) explica que, embora reconhecendo sua utilidade para a pesquisa empírica, Jaspers acabou por contestar o conceito de unidade mórbida (Kraepelin e

⁵⁵ Os métodos científicos de conhecimento da psicopatologia de Jaspers:

1- A apreensão dos fatos particulares: a distinção dos fenômenos vividos (“compreensão estática”, tarefa da fenomenologia). Os fenômenos subjetivos dos pacientes são indiretamente representados pelo observador (por empatia e con-vivência), e sua apreensão é possível porque são objetivados em percepções sensíveis. Mas nem tudo é consciente para o paciente.

2- A investigação das relações (compreender e explicar): é a “compreensão genética” do psíquico. Mas ela é limitada, pois o psíquico é sempre novo, sempre vivido como dissociado e incompreensível.

“O corte temporal em longitude do psíquico não se pode compreendê-lo geneticamente, de modo mais completo. Deve ser explicado causalmente, como os objetos das ciências naturais, que, em oposição aos psicológicos, não se consideram ‘de dentro’, mas simplesmente ‘de fora’” (Jaspers, 1973:42).

3- A percepção das totalidades: a investigação busca o universal no particular, mas o todo não se faz objeto; o todo permanece um esquema de essência, uma ideia.

Kahlbaum), pois se, por um lado, existiam processos orgânico-cerebrais bem conhecidos, havia também um outro grupo de “tipos clínicos” definidos por sua estrutura e evolução psicopatológica.

O desenvolvimento de uma psiquiatria voltada à compreensão genética e de uma neurologia diferencial para os fenômenos histeriformes descritos por Charcot (na leitura de Swain, a partir de raízes pinelianas), e também o fracasso na determinação das causas orgânicas para a totalidade das doenças mentais possibilitou, no início do século XX, o desenvolvimento de um sistema como a psicanálise, que procura identificar a etiologia das doenças mentais no funcionamento psíquico. Freud nunca buscou legitimar a psicanálise como parte da psiquiatria ou da medicina, mas a visão psicodinâmica teve grande influência em todo o pensamento psiquiátrico do século XX. Como explica Bercherie (1989), há grande influência no último Kraepelin, em Bleuler (que redefiniu a demência precoce como o grupo das esquizofrenias), em Jaspers, nos mais importantes representantes das escolas psiquiátricas do mundo ocidental. Tal psicopatologia psicodinâmica aprofunda a descrição de entidades isoladas ou síndromes (como o delírio interpretativo em Capgras e Serieux, ou a ciclotimia de Willmans na primeira década do século XX), procurando desvendar os mecanismos psíquicos envolvidos nos casos. Assim, nas descrições nosológicas as regularidades passaram a ser agrupadas buscando padrões de conjuntos de sinais e sintomas cuja base etiológica poderia ser múltipla, mas onde o determinismo psíquico (a existência de mecanismos inconscientes) era uma característica e indicava a direção de uma abordagem.

Após a década de 1940, a *American Psychiatric Association* (na época ainda chamada “Associação Médico-Psicológica”), com influência importante dos médicos militares, começa a elaborar um novo sistema classificatório para complementar o *Código Internacional de Doenças* (CID) europeu, que a partir de 1948, em sua sexta versão, introduzira a seção dos transtornos mentais. Em 1952 é publicada nos EUA a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, o DSM-I, marcada pela psicobiologia do psiquiatra Adolph Meyer e a noção de *reação*, com grande influência da psicanálise. O DSM-II, de 1968, enfatiza, na importância dada à classe das neuroses, o pensamento psicodinâmico. O DSM-III, entretanto, caracteriza-se por uma virada metodológica de importantes repercussões no campo da Psiquiatria ocidental. Publicado em 1980, é fruto também do desenvolvimento da

psicofarmacologia, mas corresponde ao trabalho de um grupo de psiquiatras chefiados por Spitzer, preocupados com os critérios de verificabilidade e experimentação científica e propondo um sistema mais criterioso e abrangente, um sistema objetivo que apresentasse os fenômenos mais frequentes das síndromes, discernindo o mais característico em cada uma delas. Abandonando o dilema constitutivo historicamente das concepções etiológicas, o manual se define como atóxico e descritivo, propondo a construção de um diagnóstico multiaxial, com o objetivo de incorporar elementos médicos e psicossociais⁵⁶. A publicação do DSM-III é considerada a grande virada da psiquiatria biológica, implantando e consolidando o modelo médico organicista fortemente marcado pela indústria farmacêutica e pelas seguradoras de saúde que se impôs mundialmente, com repercussões na clínica e na sociedade geral. Sua quarta versão (DSM-IV), de 1994, mantém a continuidade conceitual, mas além de visar a “linguagem comum aos clínicos e pesquisadores” característica do DSM-III, pretende também se constituir como um instrumento educativo em psicopatologia⁵⁷.

Serpa Jr. (2006) opõe uma psicopatologia descritiva, superficial e sem nuances, base das modernas classificações psiquiátricas como o DSM e o CID, a uma psicopatologia fenomenológica. A primeira, que ele chama uma psicopatologia da terceira pessoa, propõe-se a descrições objetivas, supondo um observador universal e ideal, isento de valor. Serpa Jr. entende que qualquer classificação supõe um corte normal / patológico que, conforme Canguilhem, é sempre valorativo, que deve ser explicitado, e que possui uma relação com a cultura que tal psicopatologia ignora. O resultado que o autor aponta é que a patologia acaba produzindo uma teoria ontológica da doença (Canguilhem), ao naturalizá-la, com o empobrecimento da vivência subjetiva.

Ele lembra que foi Kurt Schneider o precursor de tal ordenamento de sintomas, ao postular os sintomas de primeira ordem da esquizofrenia como uma ferramenta pragmática para o diagnóstico. Serpa Jr. ressalta que conceitos como desorganização do pensamento, o bizarro e a disfunção não são descritivos, mas avaliativos, pois expressam juízos de valor, e que requerem a explicitação, pois o

⁵⁶ Em um artigo crítico, Pereira (2007) denuncia o caráter pragmático presente no DSM, lamentando exatamente o desaparecimento de uma investigação acerca da natureza dos transtornos mentais e o empobrecimento da clínica reduzida ao reconhecimento de sinais e sintomas de relevância estatística.

⁵⁷ Para um maior detalhamento dos efeitos do DSM no campo psiquiátrico e na medicalização da sociedade, ver Aguiar (2004).

risco maior é que estes valores sejam naturalizados, encarados como expressão do real.

John Sadler (2005, 2009) analisa os fatores em jogo na construção dos DSM. Ele também discute em termos dos valores que prevalecem ou interferem na produção do conhecimento, remetendo-se a Kuhn, que mostrou que a escolha de uma teoria é influenciada tanto pelos critérios compartilhados (objetivos), quanto por fatores idiossincráticos histórico-biográficos. Os critérios compartilhados funcionam como valores (ex: simplicidade, coerência) e não como regras, pois como valores eles influenciam (mas não determinam) a escolha. Para Kuhn os valores tendem a prevalecer quanto maior a confusão e controvérsia em torno de uma teoria. Isto explica que os cientistas possam discordar racionalmente, pois se a ciência fosse tão exata a controvérsia não caberia. A referência a Kuhn nos remete a Hacking, quando este afirma que os tipos humanos menos naturais são mais investidos de valores, e assim, mais controversos⁵⁸.

Como ensina Hacking, não se trata de negar realidade a estas estruturas, mas cabe explicitá-las. Para Sadler o critério de abertura (*openess*) no processo de construção de uma nosologia exigiria a discussão clara dos valores e a especificação dos procedimentos pelos quais tais valores possam ser respeitados. É isto o que faltou tanto no CID quanto no DSM.

Sadler propõe uma tipologia heurística (descritiva) de valores: estéticos, epistêmicos, éticos, ontológicos, ou pragmáticos.

O rigor epistêmico assumido no processo de desenvolvimento do DSM compreende um empirismo temperado com considerações pragmáticas significativas para clínicos e pesquisadores, assim como um sentido de responsabilidade (primeiramente) para com a comunidade profissional e (secundariamente) para o público (SADLER, 2005:108)⁵⁹.

Assim, embora tenha havido, a partir do DSM III, investimento e esforço no sentido de conferir maior cientificidade e academicismo ao manual, outras forças impactam a construção das categorias. Tomando os valores ontológicos presentes nos DSM II e IV, Sadler identifica que, além do empirismo (que preconiza a experiência e a pesquisa como base para o conhecimento), do individualismo (noção de que a doença é individual, nunca da relação com família ou sociedade) e do naturalismo (apesar do ateoricismo declarado), concorrem ainda o pragmatismo e a

⁵⁸ Ver capítulo 2.

⁵⁹ Tradução nossa. No original:

hiponarratividade. Pragmatismo no sentido do senso comum, como ênfase na atividade prática, primeiro porque pretende promover ajuda clínica, depois porque o processo de construção do DSM se faz considerando influências políticas, adaptações ao CID, etc. Mas, na caracterização dos quadros clínicos, as histórias e as biografias têm pouca importância. Perde-se, por exemplo, o significado pessoal que possuem os eventos, no desenvolvimento da personalidade. A *hiponarratividade* dos DSM é, então, negação de ontologia. Não há historicidade, mas um conjunto atual de sinais e sintomas. As consequências decorrem da forma como o ego de quem avalia se situa em relação ao ato da observação clínica. Assim, os valores ontológicos associados com maior peso avaliativo nos DSM sugerem que o self epistêmico está situado de fora para o empirismo, a *hiponarratividade* e o naturalismo, ou seja, é um observador externo, e não em relação, como na perspectiva fenomenológico-existencial a partir de Husserl (vide, por exemplo, a proposta da psicopatologia jasperiana).

Analisando as conexões entre “vício” e as categorias diagnósticas do DSM-IV TR, Sadler (2009) mostra como as descrições das desordens revelam significados ligados à criminalidade ou à condenação moral. “Vício” no sentido de comportamento criminoso (ilegal) e atitudes ou comportamentos que podem ser considerados errados ou imorais na área social.

As categorias do DSM se confundem com o “vício” e seus significados através de omissões ou inconsistências. Sadler lembra que nos EUA foi frequente historicamente a sobreposição institucional de doentes mentais, criminosos, e os intelectualmente deficientes, constituindo o grupo dos desviantes sociais. Classificações de desvio sempre foram comuns para a seleção da clientela destinada ao asilo psiquiátrico, aos reformatórios ou às escolas para deficientes. O transtorno de conduta é definido totalmente em termos de comportamentos simultaneamente clínicos e condenados ou criminosos para as convenções da cultura ocidental. O mesmo vale para as *parafilias*. Embora vícios como estupros e homicídios seriais não estejam contemplados em categorias do DSM, há também outras categorias e critérios diagnósticos carregados de valores: transtorno do comportamento desafiante, transtorno de personalidade *borderline*, cleptomania, piromania, transtorno explosivo intermitente, jogo patológico.

A grande variedade de categorias que possibilitam comorbidades de validade incerta pode indicar que a comorbidade é um artefato de erro e não expressa

condições realmente independentes. Principalmente considerando a ausência de base etiológica na taxonomia descritiva dos DSM. Para os transtornos de conduta a comorbidade possível acaba sendo muito extensa, como na associação TDAH e abuso de drogas.

Outro aspecto que concerne à hierarquia taxonômica são os critérios que envolvem sintomas clínicos gritantes (*loud*), aqueles sintomas que mobilizam atenção clínica e social, com tendência a se tornarem mais centrais nas categorias do que os sintomas “leves”, sutis, que requerem investigação clínica mais ativa. Exemplos: transtorno de conduta na infância, impulsividade heteroagressiva, abuso infantil⁶⁰.

A discussão metafísica reúne valores ontológicos e epistemológicos relativos ao vício. O exemplo paradigmático da tensão metafísica é a questão se as categorias ligadas ao vício revelam tipos morais ou tipos médico-naturais. O comportamento é doente, imoral, ou ambos? Sadler entende que tais questões são matéria para uma ética pública organizada que avalie os valores e pertinência destas categorias como transtorno mental, um “fórum onde os aspectos de interesse científico, clínico e público interagem considerando a inclusão de uma categoria como diagnóstico ou transtorno” (2005:244). Ele sugere que tais categorias carregadas de valores morais sejam colocadas em escrutínio para que a atribuição de transtorno seja sustentada por aspectos não morais (por exemplo, sofrimento, incapacidade).

Sadler entende que a classificação psiquiátrica é tecnologia⁶¹, artefato criado pelo homem conceitual e materialmente concreto. Quando o clínico reifica a categoria diagnóstica, isto é uma redução (de todo o indivíduo) e ao mesmo tempo uma magnificação (amplia um foco e diminui os demais aspectos). Quando ele toma a doença mental como um problema a resolver, também aí a classificação é tecnologia. Sadler tenta discernir uma dimensão ontológica poética do “encontro” clínico para contrabalançar a prática tecnológica. Esta noção de “encontro” ele traz da psicoterapia existencial, e não é um meio para um fim. É um fim em si mesmo, onde a cura é intrínseca ao encontro. Os valores são a autenticidade, compromisso, empatia, relação. Sadler observa que mesmo em procedimentos aparentemente

⁶⁰ Serpa Jr. (2006) identifica também que as descrições podem facilmente priorizar sintomas exuberantes e de consequências sociais em detrimento daqueles mais subjetivos, que são então minimizados para o diagnóstico.

⁶¹ Sua referência é aí a crítica heideggeriana de um modo tecnológico de ser, ligado à praticidade, em oposição a um modo poético de ser, relativo ao tradicional e ao social.

técnicos como o uso da farmacologia, a ação não se concentra apenas em realizar objetivos, mas no engajamento do viver cotidiano.

Assim, a “ética do cuidado” remete ao *Sorge* (preocupação) de Heidegger. A ética da relação sobrepõe-se à ética do resultado (*outcome*). Para Sadler precisamos tanto de uma “ética da justiça” quanto de uma “ética do cuidado” (tecnologia + política).

O diagnóstico é apenas suporte ou background para a práxis clínica, apenas uma ferramenta para chegarmos às particularidades dos pacientes. O diagnóstico deve ser sempre questionado, como ferramenta e em cada caso. Assim, ele distingue dois sentidos para o diagnóstico: o denotativo, ligado ao nome, à categoria; e outro, como processo ou procedimento referente à clínica.

Sadler aponta caminhos para a prática do diagnóstico clínico, com regras não só epistêmicas, mas também morais e estéticas (elegância, habilidade). A estética do diagnóstico, sua “finesse”, inclui o valor da simplicidade, da simplificação do fenômeno que não deve corresponder a um reducionismo. Há que haver uma constante reinterpretação, “um ceticismo calculado e respeitoso”, isto é, uma “suspensão” (como em Husserl) das aparências e dos preconceitos e conclusões prévias. O clínico reinterpreta o fenômeno clínico para o paciente, na experiência do encontro. A reinterpretação diagnóstica atualiza o projeto terapêutico. O diagnóstico deve conduzir à compreensão clínica e o objetivo moral a uma ação terapêutica. O respeito implica não só em um valor ético-moral, mas também estético e pragmático, para que o clínico alcance seus objetivos terapêuticos. E também respeito ao ponto de vista do paciente e às suas possibilidades de implementar a terapêutica prescrita. A confiabilidade do diagnóstico refere-se aos dados, ao paciente, ao contexto, ao procedimento.

A estética do diagnóstico está além do que está colocado no DSM / CID. O processo diagnóstico é mais importante do que as categorias. Sadler entende que grande parte das controvérsias envolvendo o diagnóstico nos DSM diz respeito a um esclarecimento incompleto das duas dimensões do diagnóstico e a uma apreciação insuficiente dos valores em psiquiatria. Resumidamente, não é o aspecto denotativo do diagnóstico que rege a ação clínica.

Para Sadler o DSM é descontextualizante apenas se for desconectado da boa prática clínica. O mesmo com relação aos quadros transculturais, que requerem clínicos atentos antropologicamente: o DSM deve ajudar os clínicos a reconhecerem

seu próprio ponto de vista cultural (incluindo as certezas biomédicas da cultura ocidental). O objetivo não é agrupar diferenças, mas levar o clínico a questionar suas certezas culturais e procurar discutir com os pacientes os aspectos culturais.

Opondo relativismo e absolutismo, Sadler sugere um “relativismo fraco” que, juntamente com a capacidade de duvidar e uma expectativa, promovam a autoatenção e ajudem a manter a importância maior do foco moral da prática clínica. Propõe que além do *biolooping* e do *classificatory looping* de Hacking, inclua-se também um “*cultural looping*”. Para ele a validação cultural dos transtornos mentais é um processo contínuo, uma evolução cultural, científica e intelectual.

Para Sadler o fim maior do DSM deveria ser a ajuda aos doentes mentais, pois a “utilidade clínica” prioriza as ferramentas e tecnologias em detrimento das considerações morais e humanas. Implicaria em rever a linguagem diagnóstica e propiciar uma maior participação dos pacientes e familiares. A prioridade é para o paciente, e não para o clínico, administrador, pesquisador, etc. Cabe, antes de tudo, determinar o que significa “ajudar os mentalmente enfermos”: significa ajuda menos em termos de remissão de sintomas e mais de um capital social.

Clínicos tendem a pensar em cuidado em termos de provisão de medicamentos e de outras terapias, de redução de sintomas, e restauração funcional, enquanto usuários-consumidores-pacientes tendem a valorizar conexões sociais, oportunidades de moradia e programas de trabalho de forma mais pronunciada. Resumidamente, clínicos tendem a pensar em cuidado em termos de redução de sintomas e usuários-consumidores –pacientes tendem a pensar o cuidado em termos do aumento de um conjunto de fatores que podem ser resumidos como ‘capital social’ (SADLER, 2005:450)⁶².

Sob tal rubrica, um paciente com alucinações e delírios persistentes poderia ser entendido como ‘em remissão’ ou ‘estável’ se suas conexões sociais estiverem crescendo, e a situação de trabalho e moradia do paciente contribuírem para sua saúde e funcionalidade. Mais do que considerar a redução de sintomas o indicador de remissão, outras considerações poderiam ser igualmente, ou talvez mais poderosos indicadores de recuperação – recuperação, aqui, em um sentido mais amplo do que a remissão e definida mais como o desenvolvimento global do paciente (SADLER, 2005:450)⁶³.

A utilidade clínica deve ser um meio secundário para o bem estar do paciente, mas deve prevalecer sobre os demais valores utilitários (administrativo, clínico,

⁶² Tradução nossa. No original: Clinicians tend to think of aid in terms of providing medicines and other therapies, reducing symptoms, and restoring ‘function’, whereas users-consumers-patients tend to value social connections, housing opportunities, and job assistance more promptly. Briefly, clinicians tend to think of aid in terms of symptom reduction and users-consumers-patients tend to think of aid in terms of increasing a collection of factors that can be summarized as ‘social capital’ (SADLER, 2005:450).

⁶³ Tradução nossa. No original: Under such a rubric, a patient with persistent hallucinations and delusions could be conceived as ‘in remission’ or ‘stable’ if social connections were growing, and the patient’s housing and employment situation were health and function promoting. Rather than symptom control being the benchmark of remission, other considerations could be equally, perhaps more powerful as markers of recovery – recovery, here, being broader than remission and defined more as the patient’s global flourishing (SADLER, 2005:450).

educacional, pesquisa). Mas há conflitos de valores entre as categorias utilitárias. Quanto aos valores educacionais, o DSM não deve ser um manual de psicopatologia, mas apenas uma contribuição ao corpus do conhecimento em psicopatologia; quanto à pesquisa no DSM, deve ser orientada pela clínica ou pelo paciente. A pesquisa científica, ao contrário, é um laboratório.

Os “ismos” metafísicos (essencialismo, hiponarrativismo, individualismo, naturalismo, tecnologismo e universalismo) formam parte de um background ontológico e linguístico (o modo como organizamos o mundo). Para Sadler os “ismos” são importantes, pois situam na ciência o campo de possibilidades em saúde mental, mas o individualismo e o hiponarrativismo são consequências negativas. Mas será possível mudar valores ontológicos? Para Sadler, é através da reflexão filosófica, entender como os conceitos e categorias são concebidos e construídos. Ele propõe que os “ismos” sejam considerados valores científico-clínicos, e não ontológicos. E, assim, mais superficiais e acessíveis. *Hiponarratividade*, individualismo e naturalismo não seriam fins nem meios prioritários, pois eles constroem, mas nunca devem dirigir os fins. Essencialismo e universalismo devem ser meios que guiam idealmente para o fim pragmático de ajudar os pacientes. E a tecnologia deve ser sempre atrelada aos fins humanos.

Assim, o “pós-moderno” no DSM aponta para uma classificação metafísica / pluralista, e os eixos psicodinâmicos superam a *hiponarratividade*, por exemplo. Tal “bricolagem” expressa para Sadler o campo de cuidado em saúde mental. Ele reforça a complexidade dos fenômenos mentais, e como mesmo a identificação de causas não cessa a discussão sobre se um fenômeno deve ou não ser considerado doença. Assim, parafraseando Sartre, Sadler afirma que o campo da saúde mental é “condenado ao pluralismo” e deve portanto assumi-lo. Mas para ele o DSM não pode ter esta função, que requer uma bibliografia específica e treinamento clínico.

Entretanto, o DSM é atravessado pelo naturalismo (modelo médico-biológico), já que as categorias principais derivam das tradicionais anglo-europeias do século XIX. Sua ontologia é naturalista-biológica. Mas a pesquisa empírica revela que a abordagem puramente biológico-naturalista não dá conta, e “algum tipo de modelo interacionista parece inevitável” (2005:465). Entretanto, Sadler novamente salienta que o DSM não deve conter todas as visões e respostas. A posição de Sadler é de que não nos devemos ater a apenas uma classificação, seja fenomenológica ou

quantitativa. Por isto, as síndromes clássicas devem ser cotejadas com as descobertas científicas e clínicas.

Penso que no momento atual o desenvolvimento das neurociências busca concretizar de forma radical o paralelismo mente-corpo, constituindo-se potencialmente como projeto ilimitado de intervenção no psiquismo humano.

Diante da constatação de que sua práxis possa servir como normatizadora, vimos como a medicina encontra-se implicada em um contexto sócio-político e cultural que confere sentido ao arcabouço nosológico. Esta crítica é importante, pois quando o sentido é moral, a clínica deve expor os seus valores. O arcabouço puro e simples não pode definir a conduta terapêutica.

A perspectiva histórica demonstra o quanto de moralização existiu na construção do saber psiquiátrico e de suas categorias. Swain mostra como as bases da clínica se alicerçam na relação do médico/terapeuta com seu paciente, mas que este modelo já deixa, em suas origens, claro o uso desta intervenção como tratamento moral. Quanto à construção de uma sistemática do adoecimento psíquico, Swain ressaltava como os critérios para a classificação das espécies de loucura foram, desde sempre, insuficientes como conhecimento, e esta insuficiência não foi solucionada até os dias de hoje. Mesmo a psicanálise, que para ela radicaliza e aperfeiçoa a clínica e o conhecimento do elemento de significação da dimensão subjetiva na experiência psicótica, não consegue esclarecer sobre a “escolha” do modo específico (delírio, alucinação) pela qual a psicose se manifesta. Pois estas experiências são explicadas ainda segundo as categorias de representação (percepção, pensamento) concebidas naquele período histórico onde nasceu a reflexão psicopatológica. Para Swain, que escreveu nos anos 1970, 80, e 90, estes limites atestam os vínculos entre o conhecimento sobre as doenças mentais nos anos 1800 e no século XX, e indicam o fim de um ciclo.

Se chegamos a um limite, é no sentido em que, de maneira imperceptível, nosso objeto se furta à nossa apreensão e à nossa linguagem para se tornar de novo um enigma. Se existe hoje uma história possível e indispensável de nossa reflexão sobre a loucura, é que como nunca a loucura continua a nos fazer *questão*⁶⁴ (Swain, 1997:149)⁶⁵.

⁶⁴ Grifo da autora.

⁶⁵ Tradução nossa. No original: Si nous touchons à un terme, c'est en ce sens que de manière insensible, notre objet se dérobe à notre prise et à notre langage pour redevenir énigme. S'il y a une histoire possible et indispensable aujourd'hui de la réflexion sur la folie, c'est que comme jamais la folie vient à nous faire *question* (Swain, 1997:149)

Em termos da sistematização de um conhecimento nosológico, estamos ainda no mesmo ponto neste início de século XXI. Entretanto, mais do que nunca, todas estas “regularidades” do adoecer psíquico seguem desafiando a clínica e o conhecimento científico. Penso que na medida em que o catálogo dos transtornos mentais auxilia o cuidado clínico, eles devem ser usados. São, conforme Sadler, os dois sentidos do diagnóstico: um que se refere ao nome, e o outro ao processo clínico. Entretanto, apesar das críticas de Swain, depois de Foucault a clínica não ficará mais impune. Se a proposta da Reforma Psiquiátrica é crítica com relação ao modelo hegemônico com que a sociedade entende a loucura, é bom que fiquemos atentos, em nossas práticas, ao quanto de exclusão podemos gerar.

As novas subjetividades que permeiam nosso universo de intervenção questionam o olhar médico e seu estatuto patologizante. O que é, hoje, doença, e o que é modo de ser, positividade do sujeito? Se a clínica é, em sua raiz, uma relação dual, a psicopatologia das entidades mórbidas é apenas, para o clínico, uma hipótese de trabalho, que ele testa no caso singular.

O objeto da psicopatologia de Jaspers (1973) é o fenômeno psíquico consciente. Sua matéria é a vivência humana comunicada ou expressada objetivamente. Se em princípio seu campo de interesse é o fenômeno patológico, como os limites entre o normal e o patológico são muitas vezes imprecisos, à psicopatologia não interessam conceitos precisos de enfermidade mental. Interessam, nos casos, investigar causas e influências que estruturam os nexos e as relações entre eles, ou seja, o que dê sentido aos fenômenos.

Na ausência de quaisquer conceitos ou conhecimento científico que esgote o homem, a atitude psicopatológica fundamental é, para Jaspers, estar aberto a todas as possibilidades de investigação empírica. Ele observa que, como a doença mental não é encontrada nos animais, é algo especificamente humano, algo inerente ao *espírito* humano. Mas a *alma* só pode ser investigada no que se expressa objetivamente.

Toda investigação busca o universal no particular, mas o todo não se faz objeto; o todo permanece um esquema de essência, uma ideia. Deve-se referir o analisado ao todo respectivo, mas a totalidade do ser do homem é infinita e não se dá a conhecer como totalidade, mas “edifica-se sobre uma multidão de funções psíquicas particulares” (Jaspers, 1973:44). Mesmo as totalidades abrangentes (a

constituição pessoal, a unidade da doença, a totalidade biográfica do indivíduo) são sempre relativas e parciais.

Para Jaspers, a ciência progride analisando e referindo os fenômenos particulares uns aos outros, mas deve ter sempre como horizonte o universal, a essência, uma ideia que ponha fim à repetição infinita dos dados, que possa ordenar e promover uma visão finita e global, mas nunca uma generalização absoluta, nunca deve constituir-se como uma ontologia. A fenomenologia em Jaspers não é, como em Husserl, a via para o conhecimento das essências. Para a psicopatologia, a *fenomenologia é um procedimento empírico que possibilita o acesso às vivências dos pacientes.*

Além disto, os conceitos em psicopatologia e psicologia não são fixos ou uniformes. Para Jaspers, o fenômeno originário e irreduzível é o eu que se opõe aos objetos, “um eu dirigido a conteúdos”. Há, portanto, uma consciência do eu que se contrapõe à consciência dos objetos. Portanto, decifrar a objetividade do mundo não é o propósito da fenomenologia. Seu objeto é o sujeito, mas como relato / narrativa de sua relação com o mundo percebido.

A fenomenologia é, assim, sempre a de um ser no mundo. O pensamento e a vontade são as formas pelas quais a alma transcende o imediato, conferindo *reflexibilidade* à vivência. Representações, percepções, julgamento, sentimentos, impulsos, consciência do eu, são as formas pelas quais o fenômeno objetivo (o conteúdo) se apresenta para o indivíduo. As formas são importantes para a fenomenologia; os conteúdos, para a psicologia compreensiva. Os objetos não são apenas percebidos com os sentidos. Possuem também um caráter afetivo que é a empatia (*Einfuehlung*) com os outros.

A psicopatologia clínica de Jaspers é dual e apoia-se na relação e inclui uma compreensão genética do sofrimento, apontada por ele como uma estratégia importante do trabalho do psiquiatra, que é construída *junto ao* paciente. Mas sua fenomenologia é construída por um observador, que procura na narrativa do paciente encontrar regularidades que esclareçam sobre os processos mórbidos. Contudo, outros modelos psicopatológicos caminham na construção desta compreensão de um modo mais radicalmente compartilhado, e por isto mais clínico, estimulando que sejam os que sofrem a construir seus próprios critérios e parâmetros para esta compreensão.

Em artigo onde reflete sobre os desafios da psicopatologia, Serpa Jr. (2006) critica a psicopatologia puramente descritiva, de terceira pessoa, e advoga por uma psicopatologia que privilegie a subjetividade (sem querer constituir-se como uma teoria da subjetividade), que ele remete à psicopatologia Antropológica-Fenomenológica de Kraus, onde os fenômenos expressam modos particulares de experiência do paciente, em relação consigo mesmo e com o mundo. Modos de ser-no-mundo, segundo Heidegger e Binswanger. Os fenômenos relacionam-se a uma totalidade, e a subjetividade, por sua vez, está referida à alteridade. Ela é corporificada (*embodied*), pois manifesta-se em um organismo que está enraizado em um mundo (*embedded*).

Na Perspectiva da Primeira Pessoa, tem-se a experiência pré-reflexiva, experiência pura sem reflexão nem intersubjetividade, enquanto na Perspectiva da Segunda Pessoa há o reconhecimento da experiência, e uma intersubjetividade, tanto pela presença objetiva do outro a quem a experiência é comunicada como porque o reconhecimento e a narração supõem a inserção do sujeito na língua comum.

Não temos mais aqui a transparência e a presença da experiência pura, mas, em vez disso, uma semipresença e a translucidez da mediação reflexiva, uma espécie de intersubjetividade intra-subjetiva. A totalidade ainda predomina sobre a fragmentação, porém aquela pode ser tomada em suas partes pelo trabalho da reflexão. Nesta perspectiva, a corporeidade é apreendida numa zona de mediação entre o corpo vivido (ipseidade) e o corpo objetivo (alteridade) (Serpa Jr, 2006: 35-36).

O subjetivo é, então, aberto à validação intersubjetiva, e a narração em primeira pessoa é intersubjetiva, havendo intercessão entre primeira e segunda pessoa. É possível falar de uma psicopatologia da primeira pessoa, onde se fazem presentes tanto o sujeito da experiência pré-reflexivo – “um sentimento básico de existir como um centro vital da experiência, e que chamamos ipseidade” (Serpa Jr.,2006:41), quanto o sujeito narrativo, já referido à cultura e à identidade. Serpa Jr. ressalta que estas psicopatologias da primeira pessoa procuram compreender e explicar o fenômeno dentro de uma perspectiva de um todo coerente, ao contrário do que ocorre com as psicopatologias descritivas como a do DSM, que se expressam por um inventário de sintomas justapostos. Estas propostas ultrapassam as dicotomias sujeito/alteridade, subjetividade/intersubjetividade, entendendo que a experiência de si constitui simultaneamente o sujeito e o mundo. Embora reconhecendo que Jaspers “inaugura, mas não esgota” (2006:45) a psicopatologia

da primeira pessoa, Serpa Jr. aponta algumas “limitações” de seu método, como a noção de incompreensibilidade do delírio, que decorre da inadequação da empatia como ferramenta de apreensão da subjetividade, e de uma carência de maior contextualidade (*embeddedness*) na concepção do mundo subjetivo.

Leal (2006) refere-se às *psicopatologias do ser social*, nas quais a fenomenologia tem a intersubjetividade como evento primordial para o conhecimento do mundo, estando a subjetividade além da individualidade e da singularidade, por ser o efeito complexo e processual da relação humana e social. Esta fenomenologia social faz da relação ser-no-mundo seu ponto de partida; a essência perdeu seu caráter metafísico ou platônico.

A possibilidade de dividir significados com os outros foi descrita como a condição capaz de nos fazer experienciar objetos e eventos como ‘reais’. A dimensão social deixou de ser descrita como algo que jazia integralmente dentro da mente de cada um. O mundo social foi definido como o mundo dos sentidos partilhado pelos indivíduos, sendo estes (os indivíduos) também parte desse mundo social (Leal, 2006:110).

Nestas psicopatologias, o fenômeno patológico de base não está no sujeito isolado. Embora não seja minha intenção aprofundar a abordagem a estas psicopatologias sociais⁶⁶, cabe apenas ressaltar, em um autor como Stanghellini, a centralidade do conceito de *senso comum* para o entendimento sobre os fenômenos esquizofrênicos e alterações da consciência do eu.

Ao discutir o uso do conhecimento psicopatológico nos dispositivos de atenção psicossocial, Leal (2004) afirma sua preocupação com uma psicopatologia descritiva que desconsidera o modo do sujeito operar no mundo, entendendo a crise como irrupção de sintomas e sempre prejudicial, circunscrevendo o cuidado como intervenção disciplinar, padronizada e normalizante. Esta psicopatologia “não oferece ferramentas para o entendimento da experiência do sujeito que sofre” (2006:123), fragmentando os projetos terapêuticos e tomando cuidado e reabilitação como campos diversos.

Na perspectiva de uma psicopatologia do senso comum, a disfunção social não é entendida como consequência da doença, mas como parte do processo de adoecer, singular a cada caso. Assim, a melhoria da sintonia social pode ajudar, também, a reestruturar a experiência do eu.

⁶⁶ Para maior detalhamento das psicopatologias de primeira pessoa ou do senso comum, ver Serpa Jr. (2006) e Leal (2006).

Um bom exemplo de investigação compartilhada que toma como base a psicopatologia são os *grupos de ouvidores de vozes*, onde a sistematização serve como etapa no processo terapêutico. Trata-se de um dispositivo grupal que surgiu na Holanda, no final dos anos 1980. O saber aí é leigo, é alternativo ao saber psiquiátrico sobre a alucinação auditiva. O saber particular refere-se não a um debate ou investigação sobre o problema de se ouvir vozes, mas da dificuldade em conviver com elas. A audição de vozes não é valorizada como um sintoma, mas entendida no rol das experiências humanas. A troca de experiências revela, então, a pluralidade de formas e modos pelos quais o fenômeno se manifesta.

Tendo coordenado um grupo de ouvidores de vozes em um Caps do município do Rio de Janeiro durante 18 meses, Muñoz (2009) discorre sobre seus efeitos clínicos.

Uma manobra clínica é exigida de modo a dar coletivamente crédito a todas as vozes narradas, realizando, por exemplo, aproximações e rupturas entre as diferentes experiências descritas. Há uma tendência em não se identificar com a vivência do outro (“no meu caso é diferente”) ou até em desqualificá-la (“não é voz, é pensamento, ele é que não reconhece”). O vivido alucinatório não provoca comunhão, é uma experiência radicalmente particular. Mas, paradoxalmente, esse pretense problema ganha aqui o estatuto de solução: a incompatibilidade impede a cola grupal, o grude imaginário entre seus membros. Torna possível, ao se demarcar e positivar a diferença, o intercâmbio, a troca, o diálogo: ao não se tratar do igual, abre-se a possibilidade de fazer existir a dimensão do semelhante. Essa dimensão introduz uma distância necessária que possibilita olhar para o outro enquanto outro e, ao mesmo tempo, força o indivíduo a se separar um pouco de suas vozes (Muñoz, 2009:6).

Entendo que uma psicopatologia de primeira pessoa apresente uma proposta coerente, onde o conhecimento sobre o sofrimento mental, entendido como criação contextualizada, se atualiza na práxis clínica, e o diagnóstico não é uma forma cristalizada, mas um processo dinâmico interacional, e portanto aberto à liberdade potencial que os encontros podem produzir.

O sentido moral é inerente à práxis psiquiátrica desde a sua origem, e as formas de se pensar e sistematizar o sofrimento mental como patologia são instrumentos da clínica que podem ser usados de modo protocolar, mas estas nosologias mais descritivas não permitem por si só a avaliação acerca da necessidade de uma intervenção tutelar à revelia da vontade do sujeito.

4 VONTADE E JUÍZO

4.1 Psicopatologia do juízo e da vontade

Como vimos no capítulo precedente, por ocasião do nascimento da psiquiatria o louco é identificado à desrazão, ao descontrole dos impulsos, o que o incapacita para a vida comum em uma sociedade industrial em ascensão. Para justificar o projeto técnico do tratamento moral, e legitimar a Psiquiatria como ciência médica, Pinel buscará inscrever no corpo biológico as funções morais, o que possibilitará o desenvolvimento de uma linguagem “científica”. Ele busca em Crichton esta correspondência, que dará à clínica do tratamento moral a função pedagógica de submeter à razão, através da disciplina e da repressão planejada, as paixões desenfreadas que caracterizam a loucura.

Pinel utiliza as pesquisas de Crichton como conhecimento preliminar à abordagem das afecções mentais. Assim, ele se remete às descrições de Crichton sobre os sentimentos e paixões humanas e sobre a fisiologia animal, e estabelece correspondência entre estes sentimentos e os estados de alienação mental.

Para Crichton as sensações de prazer ou sofrimento são tendências naturais que se relacionam à conservação da existência, mas Pinel acrescenta a vida social e uma “imaginação ardente” como causas de uma premência dos desejos factícios que, quando não satisfeitos, transformam-se em paixões e podem causar a “inversão da razão” em uma “sensibilidade moral elevada ao excesso” (Pinel, 2007:54). Pinel então descreve com minúcias os efeitos físicos destas paixões, mostrando sua transformação em alienação mental: são as afecções morais. Sentimentos de pesar geram perda das forças musculares e do apetite, lentificação da respiração e da força vital do coração, sonolência, estado comatoso ou catalepsia, circulação diminuída no fígado e nas vísceras abdominais, e daí para a melancolia que pode chegar ao suicídio, ao delírio ou à fúria. O cortejo fisiológico que acompanha o medo e que se intensifica no terror, e que pode se transformar em cólera, e a conformidade dos sintomas físicos desta com os quadros de mania. A ambição desmesurada, o fanatismo religioso, o desgosto profundo, a infelicidade no amor, são algumas das afecções morais que podem causar a alienação.

O conhecimento que Pinel recebeu dos Ideólogos sobre as diferentes funções do entendimento serviu como base para a diferenciação entre os diversos tipos de

alienação mental. Assim, Pinel pode, desde o início, “agarrar-se aos sinais exteriores, às mudanças físicas que poderiam corresponder às lesões das funções intelectuais ou afetivas” (Pinel, 2007:68).

Desta forma ele descreveu quadros como a mania sem delírio, onde a lesão da vontade causava o descontrole das paixões, sem que houvesse comprometimento do entendimento. Em todo o *Tratado* Pinel dá exemplos nos quais diferencia as funções do entendimento, muitas vezes preservada, e as lesões às funções da vontade, caracterizadas, por exemplo, pelas crises de fúria. O tratamento moral visava restituir ao paciente este domínio sobre suas emoções, através da correção das ideias ou da sujeição do louco à vontade do médico; o processo visa criar uma *transferência* do paciente na figura de seu médico, mas este médico é – ao menos no início – uma autoridade superior diante da qual a vontade do paciente deve curvar-se. O convencimento se dará numa etapa posterior.

Uma das vantagens preciosas dos hospícios bem ordenados é a de imprimir vivamente nos alienados, que a isso sejam suscetíveis, a convicção de que eles estão submetidos a uma força superior destinada a dominá-los e a dobrar suas vontades e seus caprichos. Essa ideia, que lhes deve estar sempre presente, excita as funções do entendimento, suspende suas divagações insensatas e os habitua, aos poucos, a se conterem, o que é um dos primeiros passos para o restabelecimento (Pinel, 2007:263).

Mas fica claro que a intenção de Pinel não é simplesmente a de legitimar a psiquiatria e seu método (a internação) por conta do tratamento moral, mas evoluir o conhecimento da história natural das doenças, que é o que lhe permite, por exemplo, negar a liberdade a um paciente com pleno uso de seu julgamento, mas portador de mania intermitente...

Assim, Pinel dá exemplos de pacientes que ajuízam perfeitamente sobre sua doença, e que, portanto, “pedem para não serem libertados”. O juízo aí se refere à admissão de ser doente e de que esta doença o incapacita a uma vida livre. Em outros exemplos o julgamento é a capacidade de fazer uso da razão.

Na mania, a percepção dos objetos, a imaginação, a memória, podem estar lesadas; mas a faculdade do julgamento, isto é, a que se refere à associação das ideias, existe. O maníaco, por exemplo, que crê ser Maomé, e que coordena tudo o que faz, tudo o que diz a partir dessa ideia, traz na realidade um julgamento, mas ele alia duas ideias sem nenhum fundamento, isto significa dizer que seu julgamento é falso; e sob este ponto de vista, o que seria da maior parte dos homens se seus julgamentos equivocados fossem motivo de reclusão nas *Petites-Maisons*! (Pinel, 2007:179-180).

Continuador da obra de Pinel, Esquirol (2011) inicia seu *Tratado* expondo as dificuldades em se encontrar uma definição objetiva e abrangente da insanidade, assim como determinar a separação clara do limite entre a saúde e a doença mental. Mas ele afirma tratar-se de uma afecção do cérebro, geralmente crônica e que cursa sem febre, caracterizada por alterações da sensibilidade, compreensão, inteligência, e vontade. A vontade é apenas uma das faculdades mentais que pode ser alterada na insanidade. Decorre desta ampla variabilidade de manifestações e de causas – que Esquirol reúne em físicas, intelectuais ou morais, agindo sobre o cérebro – que o tratamento da insanidade tampouco tem especificidade. O que quer que possa agir sobre o cérebro e mudar a base do pensamento; o que quer que possa controlar e direcionar as paixões pode ser objeto do tratamento moral. Assim, é preciso atrair a atenção do paciente e desviá-lo da corrente viciosa de suas ideias; não será através de silogismos ou argumentos lógicos, mas do combate a um funcionamento mental patológico e sua substituição. Para isto, a conquista da confiança do paciente é um passo fundamental.

As observações de Birman, de que o tratamento moral se dirige à vontade do paciente falam de um apelo à vontade como instância autônoma. Entretanto, na prática do tratamento moral, isto parece ocorrer de forma indireta. Na maior parte dos casos descritos por Pinel e Esquirol a decisão da vontade como instância autônoma depende de outros efeitos; do enfraquecimento da força dos pensamentos patológicos, por exemplo, ou de um desvio da atenção superfocada no delírio para outros dados de realidade, que podem até ser construídos falsamente (o quanto havia de teatral no tratamento moral!). A vontade pode ser uma faculdade autônoma, mas como órgão executor para o futuro, ela precisa da associação com a atenção, que por sua vez é determinada por um interesse, a capacidade de atração que certos conteúdos adquirem para os sujeitos, a ponto de monopolizar o órgão executivo em toda a complexidade do processo. Neste sentido, a vontade é um *pathos*, pois ela é movida pela intensidade de determinadas representações. Assim, para o tratamento moral, a vontade é controle passional, que se dá pela racionalização mais a transferência com o psiquiatra, figura idealizada, exemplo e modelo de identificação para o padrão moral.

Vimos⁶⁷ que Jaspers foi um autor importante para a construção do arcabouço nosológico da Psiquiatria, pois ele superou o paralelismo psicofisiológico propondo formas de conhecimento sobre a doença mental que não seguem o modelo da entidade clínica ou da história natural da doença.

Para a psicopatologia jasperiana, o fenômeno integra a percepção do mundo com o eu interior. O *juízo de realidade* para Jaspers é algo evidente, mas enigmático: há uma realidade pensada por critérios lógicos, e uma realidade vivida, um modo de presença que se impõe ao sujeito. A essência da realidade é para Jaspers um fenômeno primário, enigmático, e que só pode ser descrito indiretamente.

- A realidade sensível é percebida corporalmente, algo primário e inderivável.
- A realidade pertence à consciência do ser: “sou real, e assim como eu as coisas fora de mim”.
- O real está embasado em uma prática e é o que opõe resistência, é um processo de significação das coisas. Daí se constituir um juízo de realidade, um crivo sobre a experiência.

Características da realidade, assim como se aprende no juízo de realidade, são, portanto: a realidade não é uma experiência particular por si mas somente o que se mostra real no *contexto* da experiência; por fim até na totalidade da experiência – a realidade é *relativa*, isto é, na medida em que ela é conhecida como tal e se mostrou assim até então pode ser também de outra maneira – a realidade é *concluída* e repousa no conhecimento e sua certeza, não na corporeidade e na vivência imediata da realidade como tal, que são antes apenas elementos no conjunto, pontos de apoio indispensáveis mas constantemente em movimento dentro da razão (Jaspers, 1973: 117).

Penso que este juízo de realidade descrito por Jaspers é uma experiência que se baseia no reconhecimento de si e dos objetos que são exteriores ao sujeito. Conforme está caracterizada, trata-se de uma avaliação interior e que pode, portanto, independe de validação externa. Assim, a alucinação que o psicótico experimenta tem para ele estatuto de realidade. Não há, até este estágio da percepção, consideração sobre um senso de realidade compartilhada, um senso comum. Mas este senso comum surgirá, em Jaspers, na análise do delírio, com a noção de *juízo*:

O *juízo* na *Psicopatologia* de Jaspers é função do pensamento, que está presente da percepção à linguagem. A avaliação sobre o juízo, portanto, se faz

⁶⁷ Ver capítulo III.

sobre o fundo de uma verdade objetiva. Os falsos juízos, assim, ocorrem quando as demais funções (percepção, memória, motricidade, linguagem) estão adequadas, mas o pensamento diverge sobre o que, “em dado momento, é publicamente válido” (Jaspers, 1973:234), quando há obstinação de conteúdo, ou quando há perturbação significativa da vida comum. Jaspers considera que a determinação de patologia em muitos casos é, contudo, difícil, pois encontram-se as mesmas características nos juízos de pessoas excepcionais e criativas. Há, então, que se investigar outras relações. Mas quais?

Jaspers volta-se então para a questão do delírio. Como diferenciar o delírio patológico e a convicção como traço humano básico? Do ponto de vista psicopatológico, Jaspers distingue quatro critérios:

1- Como rendimento psicológico: só há delírio quando a inteligência é normal e o estado de consciência não está alterado. Assim, a incorrigibilidade não está ligada a distúrbio do pensamento, pois *há ordem no pensamento e na capacidade de ajuizar*.

Pela observação do rendimento psicológico, que é a que primeiro ocorre, chega-se à dedução negativa do não ser o delírio distúrbio, propriamente, do rendimento, e sim, originar-se de uma profundidade que aparece nos juízos delirantes, mas que não tem, em si mesma, caráter de juízo (Jaspers, 1973:235).

2- Fenomenologicamente, há uma vivência estranha ao indivíduo comum, uma primariedade que é anterior ao pensamento e se relaciona com mudanças radicais da personalidade.

3- Nas conexões geneticamente compreensíveis, é possível entender como o delírio pode permitir ao indivíduo evitar situações insuportáveis, mas segundo Jaspers tal compreensão aproxima o delírio do erro humano universal e impede o diagnóstico da patologia.

“O fato de não estarmos, nós homens, nesse estado ideal [de tudo poder suportar], constitui a base de nosso erro comum, cuja exaltação chamamos erro delirante, mesmo sem que se ache em causa o delírio propriamente dito” (Jaspers, 1973:237).

4- O delírio em seu todo: o fato ou ideia delirante configuram o mundo para o ser que delira, exprimindo uma essência. O mundo é que dá o conteúdo do delírio, produzindo uma criação mental.

Assim, Jaspers mostra que quando existe o padrão de uma verdade objetiva, o delírio é o fato *externo* de uma falha de rendimento, cujo conteúdo pode ser investigado. Apesar de distinguir entre ideias delirantes (aquelas de conteúdo pessoal, como os de grandeza, inferioridade, prejuízo, etc.) e ideias delirantes objetivas (referentes ao interesse geral, como os de invenção), as segundas também têm como característica o fato de monopolizarem todo o pensamento do indivíduo, ou seja, constituem preocupação pessoal. Ou seja, o delírio só existe como distúrbio do pensamento (falso juízo) no espaço do contexto de uma verdade comum, em relação à qual ele se coloca como estando fora, como não pertencendo. Sua especificidade patológica, entretanto, não está no campo do juízo, do pensamento.

Jaspers adverte para esta “linha de continuidade” entre o comportamento normal e o comportamento delirante, recomendando prudência ao psicopatologista, embora ele possa “filosofar despreocupado sobre o significado da verdade, a fim de justificar sua noção de realidade momentânea” (Jaspers, 1973:238).

Jaspers afirma que o termo “delírio” pode designar fenômenos inteiramente heterogêneos, pois a externalidade do falso-juízo permite nomear coisas diversas como o delírio dos povos naturais, dos dementes paráliticos e dos paranoides.

Para Jaspers os *atos de vontade* surgem com representações conscientes de fim, conhecimento dos meios e consequências. A decisão, o *eu quero* ou *eu não quero*, surge após deliberações acerca dos motivos. Tal *consciência do arbítrio* é também fenômeno irreduzível:

“Somente quando se vivencia de alguma maneira uma escolha e uma decisão é que falamos de vontade, de *ações do arbítrio*” (Jaspers, 1973:143).

Já nas *ações impulsivas* não ocorre esta vivência. A *atenção* (voluntária ou involuntária) é considerada um fenômeno volitivo interno. Jaspers diferencia *ação instintiva* (descargas simples do instinto, com controle relativo pela personalidade) e *ação impulsiva*, onde os fenômenos não podem ser contidos. São anormais, quando incompreensíveis para o sujeito, como nas psicoses agudas. Descreve ainda *impulsos de movimento, de ocupação, e de falar*, fenômenos que a consciência dos sujeitos apreende como partindo de si, mas sem participação da vontade. Pode haver também *consciência de inibição da vontade*, ou *consciência de impotência da vontade*, um sentimento de passividade radical, muitas vezes um processo elementar onde falha a transformação do impulso volitivo em movimento do corpo. Mas tal fenômeno pode ocorrer também com relação ao próprio processo de pensar

e representar, uma incapacidade de concentração onde o pensamento foge quando é necessário, ou pela intromissão de pensamentos inadequados, o que é diferente do *cansaço*. Mas há ainda as alterações que se referem a um excesso volitivo, como o *sentimento gigantesco de força* física ou mental que experimentam certos pacientes.

4.2 A vontade e o juízo como conceitos filosóficos: Hannah Arendt e a vida do espírito

Abordaremos a categoria da vontade segundo a perspectiva filosófica, a partir de uma leitura dos clássicos empreendida na obra de Hannah Arendt. Kristeva (2002) afirma que o tema principal de Arendt, desde o início de sua formação filosófica, centra-se na vida humana. Esta vida, entretanto, não me parece ser a vida nua, a vida biológica, metabolismo e labor do corpo. A ela interessa pensar a vida humana como a história das singularidades, em meio a um mundo de pluralidades. Como em Aristóteles, a vida é um tipo de práxis, caracterizada pela possibilidade da narração. Seus escritos versam sobre uma vida qualificada pelo mundo onde ela se desenvolve, e esse mundo é um mundo de homens, um mundo comum. Neste sentido, a singularidade em Arendt é uma vida do pensamento; mas um pensamento que ela se empenha em dissociar da ciência e da lógica. Pensamento que é potência do homem, que o possibilita a divagar, a experimentar. A imaginar, a querer, avaliar e julgar. A fonte deste pensamento é a filosofia, o espanto platônico⁶⁸, que faz com que o homem tente compreender, tente dar sentido às coisas. Esta operação de narrar perfazendo um sentido se dá em um mundo, que pode ser um mundo político, um mundo dos acordos, de assuntos humanos. Mas, estando ou não o mundo organizado em uma *polis*, é um mundo de visibilidade, de expressão, de inter-relações. Tendo iniciado seus estudos filosóficos como discípula de Jaspers, Arendt construiu uma obra que nos ajuda a pensar o homem em sociedade, e traz análises profundas e interpretações potentes da tradição do pensamento filosófico, seus conceitos e balizamentos. Nesta perspectiva investigaremos as faculdades da vontade e do juízo, cada qual, em princípio, remetendo a qualquer um dos sujeitos da internação psiquiátrica involuntária: a vontade do paciente, o julgamento do psiquiatra e o juízo crítico do paciente.

⁶⁸ O princípio da filosofia é o espanto (*arché*) para Platão, a perplexidade para Aristóteles.

Hannah Arendt entende que pensar, querer e julgar são as três atividades espirituais básicas, e reflete sobre o trajeto filosófico de cada uma delas em seu último livro, *A Vida do Espírito* (2008), publicado postumamente. São três faculdades autônomas, mas que possuem em comum o fato de dependerem de certo apaziguamento das paixões. Sua principal característica é a *invisibilidade*. Arendt difere espírito e alma; a alma é sede das paixões. A vida do espírito é pura atividade, mas atividade silenciosa, e sua única manifestação externa é o alheamento. A atividade abstrai do objeto dado, mas trata-se de um estar só que é diferente da solidão. Arendt explica que a retirada do mundo nas atividades espirituais é apenas uma retirada do mundo presente para os sentidos, pois elas ocorrem mediante a faculdade da *representação*, que ela remete ao dom da imaginação kantiano, o tornar presente o que está ausente. Assim como, também para querer, o espírito deve se retirar do imediatismo do desejo, transformando-o em intenção.

A primeira parte do livro é sobre o *pensamento*, que para Platão e a era cristã, era meditação, e que como filosofia começa com o espanto, e contemplação. O “parece-me” é o modo como o mundo das aparências é reconhecido e percebido, pois o que é possível manifestar das experiências psíquicas não é a experiência, mas o que pensamos dela quando refletimos.

O ego pensante é a “coisa em si” para Kant: não aparece para os demais, nem para si mesmo (diferente da autoconsciência). Ele é pura atividade, mas ele não é o eu. O pensamento permite ao espírito escapar do mundo, mas sem deixá-lo. Citando Husserl, para quem nenhum ato subjetivo pode prescindir de um objeto que se impõe intencionalmente, Arendt critica as teorias solipsistas e a ilusão de Descartes de um ego que pudesse abster-se do mundo compartilhado, o que Tomás de Aquino chamou o *sensus communis*, espécie de “sexto sentido” necessário para garantir a realidade (*realness*) aos outros cinco. Assim, embora o pensamento possa transcender o corpo, o senso de realidade é considerado como fazendo parte do aparato biológico.

Arendt toma a maiêutica de Sócrates como puro exercício do pensamento. No espanto ante o irrespondível enigma do homem, Sócrates procurou pensar sobre as medidas pelas quais julgamos as coisas, apresentando um modelo que unia pensamento e ação. Arendt entende que, em Sócrates, o pensamento é um estar só, mas não é solidão, pois estou em companhia de mim. A dualidade do eu comigo mesmo está presente no diálogo do *dialegesthai*. O critério deste diálogo não é a

verdade, a intuição ou o raciocínio matemático, mas a conformidade consigo mesmo, a não contradição. As experiências do ego pensante são múltiplas, porém sempre ilusórias e transitórias. O pensamento está sempre fora de ordem, mas é exatamente o exercício do pensamento, em sua força instituinte, que garantirá, em Arendt, a amarração de uma ética.

Em sua introdução à edição brasileira de *Responsabilidade e Julgamento*, Assy (2004) explica que a ética em Hannah Arendt está ligada à questão da visibilidade no espaço público, que revela o mundo. É o exercício do pensamento que capacita o homem a diferenciar o bem e o mal. A consciência moral do ego pensante é interiorizada, mas traz o mundo para si ao incorporar como modelo o critério socrático do “com que outro desejamos viver junto”.

“A consciência socrática é desta forma descrita como *áskesis*, um exercício constante de ciência de si, de modo que o exercício de pensar reflete a realização permanente de um *modus vivendi*” (Assy, in: Arendt, 2004:39).

A segunda parte de *A Vida do Espírito* é sobre o *querer*. A vontade é nosso órgão espiritual para o futuro. Diferente do pensamento, a vontade não lida com representações, mas com coisas que nunca existiram, com projetos. A decisão da vontade deve ser livre do desejo ou da razão. Para os diversos pensadores ela é ou uma ilusão, ou a manifestação da livre espontaneidade. O problema da liberdade é aí inerente. Então, historicamente a liberdade mudou de um status político para uma disposição interior independente. A vontade será analisada historicamente por Arendt.

Ela explica que a faculdade da vontade não existia para a filosofia grega, por isto é difícil conciliá-la com suas doutrinas. Mas a dificuldade cristã de como conciliar a fé no Deus todo-poderoso e a vontade humana livre ainda sobrevive na era moderna.

Se na filosofia grega a vontade não existe como faculdade do espírito, diz Arendt, entretanto, que Aristóteles lançou as bases para uma discussão filosófica da vontade, distinguindo coisas que acontecem por acaso ou contingência daquilo que necessariamente é. Em Arendt, a vontade só tem sentido como vontade livre, mas esta discussão não se colocava para o mundo grego. Ela explica que a fabricação não constituía propriamente uma exceção, pois ali havia também uma imagem pré-existente na mente (*nous*) do artesão, algo antecipava existindo potencialmente. A

visão de uma potencialidade tornava supérflua a ideia da vontade como órgão para o futuro.

Como Jaspers, os autores em psicopatologia remetem-se, entretanto, aos conceitos aristotélicos de intenção, propósito, e deliberação na avaliação da vontade. Desta forma, nos deteremos um pouco mais no pensamento de Aristóteles e em suas considerações sobre o *nous praktikos*, e sua relação com uma ética.

O que, na alma, origina o movimento para Aristóteles? As ordens da razão podem não ser obedecidas. Mas o homem pode, advertido pela razão, resistir aos seus desejos. Logo estes também não originam movimento por si só. Em Aristóteles a determinação da atividade prática concerne ao estudo da Ética, ciência dos costumes. Se em Platão a essência transcendente das Ideias ilumina o pensamento na busca da verdade absoluta, Aristóteles distingue a *Dianoia*, um conceito próprio (a lei do que é propriamente humano em nós) e um metafísico, ligado ao *Nous* (inteligência pura e divina nos homens). Conforme a metafísica, a atividade prática é a exteriorização de uma essência, cujo fim (*Telos*) é a forma determinante da atividade. Na *Ética*, Aristóteles busca o fim ao qual todos os demais estejam subordinados. O fim é o “sumo bem”, a *Eudaimonia* (felicidade). Dos bens práticos o mais alto é a felicidade, a *Eudaimonia* grega, estado de bem estar que pressupõe o divino.

“Ela é, sim, alguma coisa de interior e espiritual, enquanto definida como plenitude de vida e perfeição do ato da alma; mas demanda também certa afortunada condição natural” (Aristóteles, 2003:27).

O homem é, porém, um ser social. Por isto, em Aristóteles a Ética é tributária da Política: o fim de toda ação é o bem, e o Estado é a comunidade perfeita.

“Ninguém duvidará que seu estudo [o estudo do bem] pertença à ciência principal e mestra de todas as outras. Tal é, vê-se claramente, a ciência política” (Aristóteles, 2003:24).

O bem da cidade é o mais perfeito; o bem do indivíduo coincide com o da polis, quando ele é “mais belo e mais divino” (Aristóteles, 2003:24). O todo é superior à parte. A ciência política busca o que é justo e honesto, mas como as opiniões diferem entre os homens, o justo não se dá naturalmente, mas somente por leis.

Diferente de Platão, Aristóteles é o homem da experiência. Assim ele distingue entre ideia (*idea*) e espécie (*eidos*): para Aristóteles há bens que são por si

mesmos e bens secundários que são somente meios, somente úteis. A ideia platônica, transcendente, não pode tornar-se espécie de bem (o bem é ideia, e não objeto, espécie, ou finalidade). Ela não pode ser posta em prática, já que a substância existe por natureza, antes da relação. Portanto não há ideia ética universal nem bem que seja comum a todos os homens.

A felicidade é a virtude, e consiste em ser atividade, e não simples posse. A felicidade está na ação reta. O homem é naturalmente um ser político, mas este caráter político, seu *ethos* (costume), só atinge a perfeição com a educação, vivendo-se no Estado. Assim, a virtude não é natural, ela é criação.

A virtude dá valor à obra: hábitos virtuosos derivam de atos virtuosos. Mas as regras não são estáveis: a virtude é a justa medida em cada ação, é um meio entre dois extremos: é ponderação entre o excesso e a falta, um meio “que não é único nem o mesmo para todos” (Aristóteles, 2003: 55).

Entretanto, Aristóteles esclarece que a medianidade que a virtude busca não é aritmética. Não se trata do meio da coisa, mas do meio “em relação a nós” (Aristóteles, 2003:56) (embora em relação ao sumo bem ela seja o ponto mais alto). Tal é, assim, a definição dialética da vontade aristotélica:

“A virtude é um hábito de propor-se o que consiste na medianidade para nós, determinada com a razão e como o homem sábio a determinaria” (Aristóteles, 2003:57).

A justiça, a virtude do ato, está na justa medida, em uma atividade de juízo e ponderação. Sendo a virtude um conceito político, ela aponta para um mundo comum. Assim, é preciso que a virtude seja reconhecida pelo outro; é preciso, pois, que haja por parte do outro a quem a ação se dirige o reconhecimento dos mesmos termos para que a justa medida seja reconhecida desta forma pelo interlocutor. Isto é, também, o imperativo da clínica: é preciso que a ação clínica seja compartilhada entre terapeuta e paciente, que o paciente compreenda a proposta clínica.

Sendo a ética o político, ela suscita nas pessoas qualidades da alma. Para o mundo grego a alma é o princípio inteiro da vida: inclui a parte vegetativa, a sensitiva, e a racional. Mas a alma (*psyche*) não se opõe ao corpo para os gregos. Corpo e alma correspondem a matéria e forma, potência e ato. Para Aristóteles, a virtude física provém da natureza (*physis*) e é própria dos seres vivos. Mas busca-se, para além disto, o que é próprio do homem, a vida ativa da parte racional,

o *nous* ou mente, faculdade de intuir os princípios eternos do real e as verdades primeiras.

A virtude que se exterioriza na esfera sensitiva e que tende à ação é o *apetite*. Mas a sensação só é capaz de fundar o conhecimento quando o *nous* a ilumina. Portanto, a virtude ética e humana é o apetite aliado à razão. O apetite é irracional por si, porém racional por participação. Diferente de Platão, o apetite une na alma razão e desrazão. A virtude do homem está nas boas ações, mas o apetite deve ser ajudado pela razão para agir virtuosamente.

Arendt explica que o conceito da vontade como atividade espiritual não existiu antes da Idade Média. Para Aristóteles, o apetite é o princípio de nossas ações, tanto as boas como as más. E para ele o voluntário e o involuntário são termos que dizem respeito apenas às ações. Se nos decidimos a realizar determinada ação, esta é voluntária, mesmo que o indivíduo seja constrangido ao ato.

“Parece, portanto, digno de aprovação que forçado é aquilo cujo princípio se encontra de fora, para nada contribuindo quem é forçado” (Aristóteles, 2003:62).

Aristóteles entende o *propósito* como um critério mais claro do que a ação em si, para uma análise dos costumes. Pois crianças e animais agem voluntariamente, mas o propósito é o que diz respeito ao fim. O desejo é do fim; podemos desejar coisas impossíveis, mas o propósito diz respeito às coisas que dependem de nós, que se encontram no âmbito de nossas ações possíveis. Concerne, pois, não à opinião, mas à intencionalidade, ao discurso e à razão; coisas sobre as quais é possível haver *deliberação*.

“Delibera-se sobre todo o que, mesmo acontecendo por nosso intermédio, não é sempre de um modo” (Aristóteles, 2003:65).

A deliberação versa não sobre o fim, mas sobre como o fim pode ser atingido. Ela presentifica o *nous* em ação prática. As *virtudes dianoéticas* dizem respeito à racionalidade da alma, são hábitos adquiridos com a experiência e com a maturidade mental. Como observa o comentador do texto aristotélico (2003), em nota de rodapé:

O fim absoluto não é objeto de deliberação, porque não pertence à esfera da *dianoia*, ou razão discursiva, mas à do *nous*. A *dianoia* (a deliberação é um raciocínio que versa acerca da prática) *dialeitiza* o fim, dele fazendo um *dado* fim (ou uma série de fins dados que encabeçam aquele), e a si o propõe como um problema a resolver (Aristóteles, 2003:66).

A deliberação está, assim, entre o universal do axioma e o particular da sensação, sendo o apetite a faculdade prática que é iluminada pela razão deliberativa e produz um propósito (que para o comentador, corresponde à noção moderna de vontade). Eis as etapas do ato volitivo, conforme a psicopatologia. Há, portanto, a descrição de um processo racional iluminado pelo *Nous* (Callender, entretanto, mostrará que grande parte de nossas ações não são deliberadas racionalmente).

O hábito está na esfera da ação, e, para ser virtuoso, este bem natural precisa da razão antes de se tornar ação. Donde se depreende que tanto a virtude quanto o vício são de responsabilidade do homem.

“Logo, se de nós depende igualmente fazer o bem e o mal, ou não o fazer (e nisto se diz consistir a bondade e a maldade), de nós depende o sermos probos ou perversos” (Aristóteles, 2003:69).

O homem é, portanto, consequência de seus atos, e a justiça só pode existir se entendemos que os atos humanos são de sua responsabilidade: “se ele opera, com cognição, coisas pelas quais se torna injusto, será injusto por sua vontade” (Aristóteles, 2003:71).

O princípio das ações está em nós, por isto somos responsáveis por elas, do começo ao fim. Aristóteles ressalta sempre que a justiça, e a obediência às leis, são as virtudes mais perfeitas e que abarcam todas as outras. A razão humana dispõe sobre a regra e sobre o que não está na regra. A ciência se funda em princípios universais intuídos do *nous* e que compõem regras fixas. Diferente do raciocinar comum, que é um discorrer, presente na *doxa* e nos costumes, e envolve o julgamento.

Estabeleça-se, pois, serem duas as partes que têm a razão: uma, com que completamos aqueles dentre os seres cujos princípios não se concede que sejam diferentemente; a outra, com que conhecemos as coisas que podem ser diversamente [...] E daquelas partes chama-se uma científica, outra discursiva, porque deliberar e discorrer é o mesmo, e ninguém delibera acerca das coisas que não podem ser de outro modo. Donde ser a discursiva apenas uma parte da alma possuidora de razão (Aristóteles, 2003:76).

O *nous* é o princípio de toda teoria e de toda prática, núcleo da metafísica (mente, inteligência, intelecto). Mas Deus, ou o *nous* em si, são pura teoria, conhecimento. A prática é o bem a que todo homem tende por apetite. O elemento decisivo é o princípio prático que a educação e o hábito aperfeiçoam.

Aristóteles denomina como *nous praktikos* a esta razão prática, que calcula as formas de se conseguir o objeto. Quando a satisfação do desejo está no futuro, a razão prática é convocada. A ação é a atividade da razão prática. Na Ética aristotélica ela está na *phronesis*, espécie de sagacidade necessária aos assuntos humanos, e a *eupraxia*, ação bem feita, é movida pelo desejo de fazer com excelência, de aparecer bem na comunidade. Esta ação deve ser planejada, e Aristóteles a chama *proairesis*, escolha entre duas alternativas. Na escolha, a razão delibera.

As cinco *virtudes dianoéticas* são: a arte, a ciência, a sabedoria, a sapiência, o intelecto. Já as virtudes éticas são a liberalidade e a temperança. A *phronesis* em Aristóteles é a prudência (que possui um caráter prático) e a sabedoria (de caráter dianoético, promovendo a justa norma nas ações particulares). A sabedoria é um hábito prático, adquirido com a experiência e relativo à deliberação para o sumo fim. Não pode ser ciência, pois não se delibera sobre o necessário; nem arte, pois não se trata de produção, mas de ação. Já a sapiência (*sophia*) é a perfeição na arte e na ciência.

Em substância, a sabedoria tem por objeto o homem; a sapiência, o nous e a ciência; a sabedoria, o que muda; a sapiência, o que não muda; uma visa ao particular; a outra ao universal; uma é prática, a outra teórica. A política é uma sabedoria em geral: não é única, sempre, porque o bem a que mira não é o único para todos. Ao invés, a sapiência é sempre única (ciência do real em si mesma e no divino) (Aristóteles, 2003:85).

Aristóteles ressalta que é preciso que o homem ame a si mesmo, cultivando o melhor de si, para que possa amar os outros. Mas o que fundamenta o amor a si ou aos outros é, antes, o amor ao bem e à virtude. A felicidade advém do amor à virtude, mas só é acessível ao homem quando ele a exerce comunitariamente.

O homem é um “composto”: sua alma está no pensamento, e seu corpo é a parte irracional; apetite sensível, afetos e paixões, que são, pela disposição corporal, o conteúdo das virtudes éticas.

A supremacia é, pois, do pensamento e da contemplação, mas como o homem vive em comunidade, necessita também obrar virtuosamente. O raciocínio e o conhecimento, por si só, não induzem ao bem a grande maioria. É, antes, o temor do castigo (portanto a lei) o que muitas vezes mantêm os homens no caminho do bem.

Mas o que torna, enfim, os homens bons? A natureza independe dos homens, é disposição divina. O ensinamento só funciona quando o hábito do bem (a ética) o precede. Por fim, Aristóteles conclui que é a lei, como expressão da razão e da sabedoria, que deve ordenar a educação e impelir os homens à virtude.

Segundo Arendt, a ausência da vontade no pensamento grego está de acordo com sua concepção temporal cíclica, em torno de um Ser perene, sem nascimento ou morte. Nós, ao contrário, pensamos o tempo de forma retilínea, reunida na unicidade do momento histórico. Até a era cristã a vontade como ilusão tornou-se dogma filosófico, o qual só foi esmorecendo ao longo dos séculos, quando o conceito cíclico do tempo foi cedendo ante a história de Cristo, história de acontecimentos irrepetíveis.

As reflexões sobre a vontade originaram-se na cultura hebraica e sem relação inicialmente com a política, mas com a interioridade. Arendt ensina que foi Paulo quem primeiro descobriu a vontade e sua liberdade em sua complexidade. No pensamento pré-cristão, a liberdade estava no “eu posso”, um dado do corpo e de seu movimento e não do espírito. Pois a descoberta socrática do dois-em-um não toma o eu como tema, mas é um método para análise de questões que o eu investiga. O diálogo do dois-em-um é conforme a amizade, onde o eu está em harmonia.

Paulo, entretanto, descobriu que o dois-em-um está em constante luta. A função da lei, aí, é ambígua e não soluciona o embate interno, exceto através da graça. Arendt explica que a preocupação de Paulo é com o Cristo ressuscitado, com a temática romana da vida eterna. Aos judeus, importava a imortalidade para o povo judeu como um todo, na face da Terra. E os gregos buscavam a imortalidade dos grandes nomes ou dos grandes feitos. Mas em um mundo em declínio, importa a justiça de uma outra vida. Daí o interesse pela imortalidade pessoal. Mesmo as boas ações, como aparências, são suspeitas. A experiência de Jesus perante a lei é a de um eu-queiro-mas-eu-não-posso. A lei exige uma submissão voluntária, exige que eu queira ou não queira.

Em Paulo a ênfase muda do fazer para o crer, da aparência para a interioridade. O pecado habita o homem. A lei diz “tu deves querer”, e inaugura assim uma faculdade que escolhe entre o eu-queiro e o eu-não-queiro. Paulo traz para a filosofia a experiência hebraica centrada no homem e na lei, sem relação com o espaço político do mundo grego.

Logo a natureza reflexiva das atividades do espírito é intensa neste ego volitivo. O eu-querer evidencia a inclinação humana para a liberdade. Mas a vontade sempre desperta uma contravontade. Se o conflito é entre o querer e o não querer, entre o *velle* e o *nolle*, a persuasão não tem lugar, como no conflito razão e desejo. A vontade dividida deve tornar-se de novo uma só.

“Arendt nos ensina a ver aí como que a invenção da interioridade, por São Paulo. Nascem juntos a vontade, a interioridade do homem-que-quer, e seu equívoco: sua impecável ambiguidade” (Kristeva, 2002:186).

Da mesma forma que Paulo e seu contemporâneo, Epiteto também descreveu a interioridade em termos de vontade. Entretanto, esta não é impotente como em Paulo, mas todo-poderosa. O homem deseja a felicidade, mas não como *eudaimonia*, mas como superação do sofrimento. Esta negatividade era desconhecida da Antiguidade clássica. O homem deve educar-se – tarefa nova para o filósofo – para, internamente, evitar a realidade externa. Assim, o eu lida com as coisas exteriores como se fossem dados da consciência, selecionando-os e analisando-os, tornando-se independente das influências externas. A atividade do eu que ganha a primazia não é o *nous*, razão argumentativa, mas a vontade (*proairesis*). Vontade que deve interessar-se somente por aquilo sobre o que tenha poder.

“O que incomoda os homens não é o que realmente acontece a eles, mas seu próprio ‘juízo’ (*dogma*, no sentido de crença ou opinião)” (Arendt, 2008: 342).

Arendt explica que há aí influência da doutrina estoica da invulnerabilidade (*ataraxia*) e da indiferença (*apatheia*). A vontade onipotente é aquela que consegue querer o que é, e isto depende só dela. Com isto, entretanto, a contravontade passa a fazer parte da condição humana. Mas esta vontade onipotente, como observa Arendt, é completamente ilusória e artificial, pois só existe na fantasia. Os estoicos preparam então esta “região interior” com a função de opor-se a um mundo não mais harmonioso, mas duro e hostil. Ela observa que a atitude pragmática de buscar a filosofia como um “guia para a felicidade privada” é totalmente romana (pois não era isto que impulsionava os gregos a filosofar). Na Idade Média, a esperança na salvação eterna impulsiona este movimento. Na filosofia medieval, a escolha aristotélica é entendida como o *liberum arbitrium* (latim), que não é espontâneo nem autônomo. As objeções filosóficas à vontade não se relacionam ao conceito tradicional do *liberum arbitrium*, liberdade de escolha entre duas opções, mas à

vontade como poder de começar algo novo, sem potencialidade que a determine. Pois a crença bíblica na Criação como começo absoluto foi posterior, quando os cristãos já incorporavam a filosofia grega.

Será Agostinho o primeiro a propor uma “filosofia da vontade”. Ele entende que *velle* e *posse*, querer e ser capaz de realizar, não são a mesma coisa, e só a ação supera a tensão da alma. Agostinho combina a luta pela vida eterna como o sumo bem com a descoberta da vida interior que os estoicos haviam preparado (“tornei-me uma questão para mim mesmo”). O livre arbítrio da vontade (*Liberum arbitrium voluntatis*) como faculdade distinta do desejo e da razão foi um de seus temas recorrentes. Investigando sobre a causa do mal, ele retoma Paulo, mas em vez de falar em duas leis, Agostinho fala em duas vontades, uma carnal e outra espiritual. A lei é uma só, mas ela não se dirige ao espírito, mas à vontade, que por isto é livre, o que não se pode dizer da razão nem do desejo.

“A faculdade da Escolha, tão decisiva para o livre arbítrio, aplica-se aqui não à seleção deliberativa de meios para um fim, mas principalmente – e, em Agostinho, exclusivamente – à escolha entre *velle* e *nolle*, entre querer e não querer” (Arendt, 2008:352).

O corpo obedece ao espírito, mas quem ordena o querer não é o espírito, mas a vontade que, cindida, ordena a si mesma. “Tu deves querer”, diz, imperativamente, a vontade a si mesma. A vontade é órgão executivo do espírito e, por natureza, sempre se duplica em vontades antagônicas (há conflito, e não diálogo), para constituir-se em vontade. A vontade ordena, mas também, por natureza, resiste a si mesma. É da natureza do ego volitivo, ao mesmo tempo, querer e não querer, independente do bem ou do mal.

“Pois encontramos o mesmo conflito de vontades onde nenhuma escolha entre o bem e o mal está em jogo, onde ambas as vontades devem ser ditas más ou ambas ditas boas” (Arendt, 2008:358).

Mas essa Vontade é contingente e factual; portanto, não se pode determinar sua causalidade. E ela é, também, limitada, pois o ser criado não pode ir contra a Criação. A solução do conflito se dá quando a vontade plena se revela, unindo o que estava dividido. Em Agostinho a cura da vontade não se dá simplesmente pela graça divina, mas pelo amor. O amor é a vontade unificadora. A trindade cristã oferece o modelo para a redenção da vontade, pois são três substâncias que formam uma Unidade, como na amizade. Assim, o eu espiritual para ele contém três coisas

inseparáveis, porém distintas: o Ser, o Conhecer, o Querer. O espírito possui três faculdades: a memória, o intelecto e a vontade, mas é a vontade que reunirá os três.

A Vontade diz à Memória o que reter e o que esquecer; diz ao Intelecto o que escolher para o entendimento. A Memória e o Intelecto são contemplativos e, sendo assim, são passivos; é a Vontade que os faz trabalhar e que, ao final, os 'reúne'. Somente quando, através de uma destas faculdades, a saber, a Vontade, as três são forçadas a tornar-se uma unidade, estamos falando de *pensamento* – o *cogitatio*, que Agostinho, jogando com a etimologia, deriva de *cogere* (*coactum*), obrigar a junção, unir à força (Arendt, 2008:363).

Em Agostinho, a vontade dá significado à sensação exterior, pois através da atenção seleciona-a e a leva, sob forma de imagens, para nosso espaço interior. Essa Vontade é, então, preparação e fonte da ação, e é no amor que a vontade encontra sua redenção. O amor é o agente de ligação e de união, e não se extingue quando alcança seu objetivo, como o desejo ou a vontade. Ele acalma a inquietação própria da vontade e produz duração e permanência, permitindo ao espírito a fruição das coisas percebidas.

Como conciliar a vontade livre e o fatalismo e o determinismo do mundo clássico, especialmente o romano? Agostinho introduz um Alguém que tudo prevê, formulando sua doutrina da predestinação. Mas o homem é um ser temporal; em sua individualidade, ele tem um começo, um nascimento, e assim nada existiu antes dele. A vontade é expressão desta individualidade. Como o homem, feito à imagem do Deus eterno, se sabe não eterno, sua capacidade se dirige ao futuro. Permitindo pensar o homem como um auto começo, Agostinho postula a vontade como inerente ao início, portanto faculdade inaugural do homem, sem causalidade outra que o próprio *principium* (seu nascimento).

Arendt ensina que a obra de Agostinho baseou-se na experiência própria, enquanto a produção escolástica da era medieval foi construída principalmente em monastérios, cujas referências eram sempre bibliográficas. Assim, em Tomás de Aquino e em Duns Scotus, o que interessa é a relação entre a vontade e a razão e o intelecto.

Arendt nota que após Agostinho, a Memória perde seu lugar na hierarquia filosófica, restando apenas o intelecto e a vontade, e com isto obstrui-se a compreensão sobre o caráter temporal da natureza humana.

Em Tomás de Aquino, o intelecto relaciona-se com os primeiros princípios. O objeto da vontade é o fim buscado, mas tanto o fim quanto o princípio não possuem conotação temporal; são apenas categorias lógicas. O fim é dado à vontade pelo

intelecto, e precede o movimento apetitivo. O bem e o Ser possuem a mesma natureza, e o mal é pura ausência, privação, portanto não existe como princípio.

O centro do sistema tomista é o Ser, e apenas o intelecto conhece o Ser como um todo, pois para os sentidos o Ser é contingente. O objetivo final do intelecto é existir para sempre, fora do tempo, daí a força do Ser em manter os apetites sob controle. Para Tomás, a verdade é importante para a vida, e a vontade humana de vida – e não a razão – compele à verdade. Todo ato de vontade é precedido de uma compreensão, o que prova a primazia do intelecto (um *nous* iluminador) sobre a vontade.

Já Duns Scotus entende o Ser como mero pensamento, e afirma que a realidade humana está na *hecceidade* – na singularidade de cada ser. O objeto concreto tem maior status ontológico do que a imagem espiritual. O homem particular é maior do que o pensamento de humanidade que o precede, e a vontade, como em Agostinho, é a faculdade espiritual que realiza a singularidade.

Em Agostinho a felicidade última do homem é o amor, daí a primazia da vontade; já para Tomás, o fim último do homem é conhecer Deus através do intelecto. Para Duns Scotus, ao contrário, é o intelecto que serve à vontade, pois esta direciona sua atenção às coisas que interessam.

Escolástico e franciscano, Scotus viveu no início do século XIV, época em que a Idade Média transformava-se em Renascimento, mas sua ênfase não é na razão. Scotus questiona como o ser humano, limitado por sua finitude, pode transcender e pensar o Deus infinito. Sua resposta centra-se na vontade. Os homens vivem juntos devido a uma fé comum, a verdades factuais que fazem sentido. O homem é parte inseparável do Ser; seus órgãos e intelecto estão em sintonia com o Ser. A vontade, sim, pode transcender a razão e resistir aos apetites, e nisto reside a liberdade humana. O ego volitivo é livre para querer ou não querer um objeto apresentado pela razão ou pelo desejo; além disto, ele pode também escolher a suspensão, a indiferença. Pode negar qualquer determinação do mundo exterior. Mesmo a felicidade (e Deus), que por natureza os homens desejam, podem ser recusados por ele. Mas Scotus também evita conceder ao mal estatuto ontológico. Pois o que a vontade não pode é negar o poder da natureza, seja interior, seja externa.

“A vontade não é, de modo algum, onipotente em sua efetividade real: sua força consiste apenas em que ela não pode ser coagida a querer” (Arendt, 2008:396).

Scotus distingue a vontade natural, que segue as inclinações naturais e tende para o bem, e uma vontade livre, cuja liberdade consiste em escolher fins que sejam em si mesmos. Arendt observa que a originalidade de seu pensamento está na contingência como consequência da liberdade. A contingência é vista como um modo positivo do Ser (como a necessidade). Scotus entende que Deus criou o homem *ex nihilo*, ou seja, do nada, indeterminado por qualquer causa, em sua infinita liberdade. Feito à imagem de Deus, ele não é, contudo, criador, mas distingue-se pela vontade, com a qual é livre para afirmar ou negar, independente de desejo ou razão. Se a *eudaimonia* é o fim dado pela natureza, o milagre humano é sua liberdade de afirmar ou negar e, assim, a tudo transcender.

Quanto à velha questão da necessidade da causalidade, Scotus coloca-se em posição intermediária; diz que a vontade é livre pois nada exterior a ela pode compeli-la, mas ao mesmo tempo, a vontade não é onipotente, pois não tem controle sobre as consequências de sua volição.

Arendt explica que a contingência em princípio é contraditória com a tradição filosófica que busca o universal, e embora corresponda à realidade do ego volitivo, opõe-se à questão da necessidade e da causalidade. Para a reflexão humana, tudo o que aconteceu, que se tornou um evento, reveste-se do aspecto de necessidade. Tal processo é inerente ao ego pensante. Então a vontade se experimenta como causa das ações, causando volições que causam efeitos que a vontade não poderá desfazer. O intelecto fabrica uma história que dará coerência e dará ao evento o caráter de necessidade.

Segundo Arendt, Scotus simplifica as questões ao opor, não necessidade e liberdade, mas liberdade e natureza. Apesar de escolástico, ele nega que seja a intervenção divina a curar o conflito entre querer e não querer. Para ele, a vontade é livre apenas no sentido em que forma volições, mas ela deve perder a liberdade para agir. Ele parte da distinção aristotélica entre *activum* e *factivum*, entre atividade pura e fabricação. Assim, o homem deve passar da vontade livre para a fabricação de um produto que determina o fim da atividade. O “eu-posso” que é inerente ao “eu-quero”, mas que impõe o limite.

Scotus distingue entre vontade e desejo. O desejo é transitório; a vontade não. O querer transforma-se em amor, e ainda assim ele mantém a faculdade de afirmar. Como em Agostinho, é o amor que apaziguará o conflito da vontade, mas enquanto em Agostinho o amor dos amantes é este fator, em Scotus há um amor purificado de desejo ou necessidade, onde a vontade se torna atividade pura.

Transformada em amor, a inquietação da vontade é abrandada mas não extinta; o poder duradouro do amor não é sentido como interrupção do movimento – assim como o fim da fúria de uma guerra é sentido como a calma da paz –, mas sim como a serenidade de um movimento que se autocontém, que se auto realiza e é perene. Não aparecem aqui a calma e o prazer que se seguem a uma operação perfeita, mas sim a quietude de um ato repousado em seu fim (Arendt, 2008:410).

Arendt lembra que a Era Moderna se caracterizou pela descoberta do “homem interior”, após a ciência ter provado a falibilidade dos órgãos sensoriais. Tal convicção surge com a ciência moderna e é apenas atenuada pela obra cartesiana: Descartes busca então a certeza no dado puro da consciência, certeza do “eu-sou” presente no *cogito me cogitare* que independe dos sentidos. Mas a certeza cartesiana no ego pensante vai sendo questionada e desconstruída (seja por Pascal, seja por Nietzsche), até que o idealismo alemão apresenta uma nova posição filosófica, a de que não possuímos a verdade, o que se tornará opinião hegemônica para os pensadores no final do século XIX.

Entretanto, Arendt ressalta a importância da astronomia e das descobertas dos séculos XVI e XVII como marcos científicos importantes para a construção da noção de progresso, que Francis Bacon desenvolve de forma pioneira. Ele privilegia o futuro em detrimento do presente e do passado, que até então eram as figuras temporais dominantes. Assim, se a nova filosofia de tudo duvidava, o conhecimento científico produzia otimismo com relação às potencialidades humanas. A partir daí, o progresso tornou-se força personificada, o projeto da humanidade a atuar como substituto secular de Deus.

A Revolução Francesa provou a possibilidade de concretização dos conceitos abstratos de liberdade, igualdade e fraternidade. A história é o sentido dado pela humanidade retrospectivamente ao que não tem sentido durante sua ação, o progresso só tem consistência e valor na História. Neste contexto, a vontade naturalmente se constituiu como fonte da ação e órgão voltado para o futuro. Assim, o ego pensante emancipou-se de suas relações e, hipertrofiado, entregou-se livremente à especulação, ao puro exercício do ego.

A vontade em Kant é razão prática, semelhante ao *nous praktikos* aristotélico. Espontaneidade absoluta, que só existe em pensamento, é o órgão executivo da razão em todas as questões de conduta. A boa vontade é autônoma, mas não escolhe: ela decide segundo a verdade auto evidente ou segundo a razão lógica, ou então está submetida ao imperativo categórico da razão prática. Se em Agostinho a vontade é expressão da individualidade do homem temporal, que pelo nascimento inaugura algo novo, Kant radicaliza e rompe com a limitação da escolha entre dois do livre arbítrio. A vontade atesta a liberdade de começar espontaneamente, é a fonte da ação.

Segundo Garcia Morente (1980), a filosofia de Kant é o arremate à atitude idealista do século XVIII, a qual atribuía à intuição do eu o centro do pensamento filosófico. Kant recebe influência da Revolução Francesa, e do avanço das ideias iluministas e de Rousseau. Sua obra constitui o grande enlace da racionalidade moderna que começara em Descartes. A filosofia kantiana, entretanto, rompe com a tradição aristotélica ainda presente na corrente idealista, nos conceitos transcendentais do “em si” (essências).

Se na Antiguidade a metafísica grega buscava o mundo das ideias, em oposição aos simulacros (vide Platão e o mito da caverna), a partir do ceticismo surge a visão moderna com a sistematização da dúvida: o sujeito pensante cartesiano é o cerne do pensamento, mas ele é instituído como coisa, como *res cogita* inata e transcendente.

No empirismo inglês de Hume e Locke (século XVIII) o sujeito não é mais a coisa; ele é invenção da experiência. O sujeito é efeito, artifício; só existe a imanência da experiência. Kant responde a Hume: o conhecimento vem com a experiência, mas não da experiência. O sujeito kantiano é um sujeito epistemológico, é o sujeito do conhecimento.

Quanto à metafísica, uma ciência que se propõe a conhecer as coisas “em si mesmas” e onde a verdade não pode ser estabelecida, a tarefa de Kant é então pensar se são legítimos os juízos sintéticos a priori nela contidos. A imortalidade da alma, Deus, o universo não são dados na experiência, mas unidades absolutas. O poder sintético da Razão, manifesto essencialmente na função do *juízo*, faculdade de união e síntese, tem o poder de ultrapassar os limites da experiência sensível, pois o que ele almeja é o incondicionado. Deus, a alma imortal e o universo são

unidades incondicionadas, que não são em si causadas por nenhuma outra. Daí o conhecimento do incognoscível, que a metafísica busca.

“O homem vive, trabalha, produz; o homem faz comércio com outros homens, edifica casas, estabelece instituições morais, políticas e religiosas; por conseguinte, o vasto campo da atividade humana ultrapassa longe a simples atividade do conhecimento” (Morente, 2008:254).

A consciência moral do homem, ou sua *razão prática* (do *nous prácticos*, dianóia aristotélica) contém os princípios que regem a vida dos homens. Tais juízos morais referem-se à Razão aplicada à ação, à moral. Entretanto, o bom e o mal (qualificativos morais) não podem derivar das coisas, mas somente do homem. Só o homem pode ser chamado de bom ou mau, e tais predicados tampouco correspondem aos atos do homem, mas à sua *vontade*, àquilo que o homem *quer* fazer. Como ele explica em *Doutrina do Direito* (Kant, 1993), a vontade é um apetite ligado à razão, e não à ação (como o arbítrio, que é a capacidade de operar para produzir o objeto); a vontade é a própria razão prática.

“O que a moral tem de distintivo é seu modo de obrigação: o caráter da legislação moral é realizar atos pelo simples fato de serem deveres e erigir um motivo suficiente do arbítrio o princípio do dever, onde quer que ele se manifeste” (Kant, 1993:33).

O ato moral nasce na consciência sob a forma de *imperativos*. O imperativo é a regra para um ser no qual a razão cognoscente não é o fundamento único de determinação da vontade. Os imperativos categóricos são incondicionados; a ação moral não pode ser restrita à lei; a vontade que escolhe uma ação moral o faz porque aquele é o ato devido, e não por temor ou desejo de recompensa. A lei moral universal em sua *máxima*, seu princípio subjetivo (“age de maneira que possas querer que o motivo que te levou a agir seja uma lei universal”), é a fórmula do imperativo categórico e expressa o dever em sua pura forma, independente de conteúdos. Ela é autônoma quando coloca a própria vontade como causa da lei. A moral, portanto, não pode consistir em uma série de mandamentos, mas ela revela uma consciência, um lugar psicológico de onde se origina o dever.

A moralidade kantiana está sustentada na noção de *liberdade*. A vontade do homem deve ser livre; esta é a primeira condição de possibilidade da lei moral (as outras duas são a ideia de Deus e a imortalidade da alma).

Não sendo conhecimento, mas ação, a consciência moral é o mundo das realidades suprassensíveis. Garcia Morente explica que para Kant a personalidade humana consiste em sujeito cognoscente e consciência moral. Mas em sua filosofia, ao fim, Kant postula a primazia da razão prática sobre a razão pura.

“Esse mesmo eu [cognoscente] é também consciência moral, e sobrepõe a todo esse espetáculo da Natureza, sujeita às leis naturais de causalidade, uma atitude estimativa, valorizadora, que se refere a si mesmo, não como sujeito cognoscente, mas como ativo, como agente; e que se refere aos outros homens na mesma relação” (Morente, 2008:259).

Assim, penso que, em termos kantianos, o julgamento do psiquiatra será, mesmo que apoiado em bases científicas – mesmo que fosse possível entender sua avaliação como puramente técnica – sempre um julgamento moral.

Ao fim de sua análise sobre a vontade, Arendt ressalta que com exceção de Scotus, que assumiu a contingência em favor da liberdade, os filósofos em geral preferem a necessidade. A vontade, sendo faculdade do espírito, é reflexiva, e dá ao eu uma durabilidade que orienta os projetos volitivos, criando o *caráter* do eu, individuação que acaba por opor eu e não eu, introduzindo a noção de uma liberdade solipisista. Isto incomoda Arendt, que busca desconstruir a vontade e a liberdade como categorias subjetivas.

“A confiança na necessidade, na convicção de que tudo é como ‘era para ser’ não é infinitamente preferível à liberdade comprada ao preço da contingência?” (Arendt, 2008:464).

Arendt propõe que nos voltemos aos homens de ação, que têm por propósito mudar o mundo, para pensar a liberdade. Assim, passamos da liberdade filosófica à liberdade política do cidadão. A liberdade filosófica é uma liberdade abstrata, que só tem importância para os indivíduos solitários. A liberdade política necessariamente tolhe a liberdade individual; ela se baseia em leis, acordos entre os homens que mudam como os governos... A liberdade política tem sua ênfase no “eu-posso”, e as leis são relações feitas pelos homens e não ditadas por Deus ou pela consciência. Para a Antiguidade pré-cristã (como vimos em Aristóteles) e para os homens que fundaram a República americana, liberdade e poder são sinônimos, mas o “eu-posso” que engaja as pessoas na atividade de mudar o mundo só se realiza comunitariamente, em contraste da relação do eu consigo mesmo do pensamento.

Como na família, sua forma primordial, a vida em comunidade se baseia no assentimento.

“O assentimento implica o reconhecimento de que nenhum homem pode agir sozinho, de que os homens, querendo realizar algo no mundo, devem agir de comum acordo” (Arendt, 2008:469).

O poder e a liberdade políticos nunca poderão ser ilimitados. Para Arendt, as diversas formas de leis e governos, expressão de múltiplas pluralidades, têm em comum a gênese, um começo em que um grupo de pessoas começa a pensar em si em termos de “nós”. Um começo que, para ela, permanece oculto.

Seja como for o modo como esse ‘Nós’ é inicialmente experimentado e expresso, parece que ele sempre precisa de um começo, e nada aparece mais oculto na escuridão e no mistério do que este ‘No princípio’, não só quanto à espécie humana em oposição a outros organismos vivos, como também quanto à enorme variedade de sociedades indubitavelmente humanas (Arendt, 2008:470).

Buscando elucidar esta gênese, Arendt considera que o inexplicado da condição humana e da vida na Terra talvez não seja jamais respondido, mas as narrativas e lendas fundadoras da civilização ocidental falam de um tempo humano, porém pré-político. Neste sentido, as narrativas romana e a hebraica diferem, exceto pelo fato de se originarem no movimento de povos que tentaram pensar seu passado como história. Mais importante, porém, é que em ambas o ato fundador nasceu do amor à liberdade, em que a guerra não destrói, mas rompe com uma situação de opressão e inicia uma nova ordem política. Entre o desastre e a salvação, um hiato constitui uma “nova ordem das eras” (*novus ordo seclorum*), onde o mundo se modifica estruturalmente. São narrativas de um período transitório – pois a liberdade não resulta automaticamente do fim da opressão – onde surgem os grandes líderes. Um solo onde o novo pode brotar.

Arendt atenta para o embaraço de Kant com a possibilidade do começo espontâneo e absoluto em um tempo que é contínuo. E dos fundadores da República Americana que não pensaram em termos de hiato entre a luta contra a opressão e a revolução de uma nova forma de governo. Mas quando se conscientizaram de que algo novo precisava acontecer, repensaram as lendas fundadoras e se depararam com o problema da liberdade, com o que poderia não ter acontecido, mas que já não pode ser desfeito. Tais lendas fundadoras, portanto, acabam por interrogar o problema do começo absoluto, do nada que interrompe a cadeia temporal e de causa e de finalidade. Trata-se de evento que ultrapassa a

Unicidade do Universo, de algo que possa explicá-lo. Assim o apelo a Deus, às leis da natureza, ao legislador imortal.

Entretanto, Arendt observa, sempre que os fundadores buscaram o novo começo, sua inspiração não foi religiosa, mas a antiga prudência romana para o estabelecimento da República, um governo de leis. No século III A.C., os romanos traçaram sua ascendência a partir de Enéias, o homem que veio de Tróia, e não de Rômulo. Segundo o poema de Virgílio, a fundação de Roma fora o renascimento de Tróia, outra cidade-estado. A nova ordem não era, afinal, nova, mas o retorno de algo que já existira anteriormente, embora seja começo para os que vivem o momento atual. E no Renascimento os homens tiveram também o mesmo movimento, quando se livraram da tutela da Igreja e se voltaram para a Antiguidade em busca de modelos para um novo começo.

O que quer que fosse anterior a essa primeira fundação, ela própria o ressurgimento de algum passado definido, estava situado fora da história; era a natureza, cuja eternidade cíclica poderia fornecer um refúgio contra a marcha para adiante do tempo, a direção vertical e retilínea da história – um lugar de ócio, *otium* – para quando os homens cansassem dos negócios (não-ócio) da cidadania (*negotium*, por definição), mas cuja origem não tinha qualquer interesse, porque se encontrava além do alcance da ação (Arendt, 2008:484).

Arendt nota um paradoxo aí, o retorno de um passado tipo “Idade do Ouro”, em uma era marcada pelo futuro e pela noção de progresso, como foi o século XIX. Na teoria política, a liberdade só sobreviveu como uma fantasia utópica sem espaço para as ações especificamente humanas.

Mas ao fim Arendt apresenta outra alternativa, na filosofia de Agostinho. Em *A Cidade de Deus*, o homem foi criado junto com o tempo, e o propósito de sua criação foi tornar possível um começo. Assim, a natalidade seria a raiz da liberdade humana. Este seria, para Arendt, um alicerce ontológico para uma filosofia política realmente romana, centrada no homem. Mas se tal liberdade nos apraz em sua arbitrariedade, ou se preferimos alguma forma de fatalismo que nos preserve desta angústia, é outra questão.

A avaliação da vontade dos pacientes é, ao fim, uma avaliação sobre a correção dos pensamentos e ações. Este é, então, um julgamento sobre a moralidade das ações. A vontade é importante na avaliação psiquiátrica na medida em que o objeto investido pela vontade seja ou não um objeto considerado “adequado”. O percurso filosófico de Hannah Arendt sobre a categoria da vontade mostra que o foco está na ideia de liberdade humana, que o permite decidir e

escolher seus atos, o que se opõe a uma visão determinista. Os filósofos da era medieval, que descobriram a vontade como categoria do espírito, preocuparam-se em caracterizar a atividade desta instância interior e capacitada às escolhas em suas relações com Deus e o mundo. Em Aristóteles, é o *Nous* que ilumina o apetite, entendida como uma base corporal, e o sentido dessa iluminação é uma *eudaimonia* que é externa ao homem, mas só tem importância quando praticada. Se em Aristóteles é a política, a educação e o estado que podem garantir as boas ações, nos medievais há uma indicação de que Deus ou o amor são os horizontes para a ação reta. Mantém-se o estatuto de um *Nous* que detém o bem e a verdade. Mas a vontade já se cristaliza como instância interior que decidirá a ação do homem. Em Kant, a razão humana é que inspira a vontade, mas ela o faz através de uma lei imperativa que força a mobilização da vontade. A vontade é uma instância interior que se mobiliza para a ação, e parece formada por catexias, um quantum de energia ou afeto que produz a ação. Mas essa consciência de ação e responsabilidade inaugura a dimensão do arbítrio e da liberdade humana. A discussão da determinação da vontade, em um mundo que perdeu a referência de Deus ou de um *Nous* iluminador, volta-se na modernidade para a ciência, que tentará desvendar enfim os segredos da moralidade.

A discussão sobre as internações psiquiátricas involuntárias se dá em um campo público, e aí, a exemplo do mundo grego, a política nos leva a considerar o homem como ser social, e mais tarde a Revolução Francesa insere na cena pública mais um parâmetro, o dos direitos do homem. A inserção do louco neste mundo social requer que o louco possa compartilhar dos mesmos valores e parâmetros que determinam as leis e os termos da “justa medida”. Como avaliar, então, a validade dos discursos e atos do louco?

4.3 Vontade e responsabilidade: Callender e o determinismo *soft*

Em *Free Will and Responsibility* (2010), John Callender discute as repercussões clínicas do conceito de vontade livre e sua relação com o determinismo e com a atribuição de responsabilidade dos pacientes psiquiátricos. Ele observa que a questão da vontade livre está implícita em como avaliamos nossas ações e as de outras pessoas, e quando temos que avaliar e decidir sobre a responsabilidade dos pacientes sobre as consequências de seus atos. Pois se

somos livres temos que responder por nossas ações. Ele explica que esta avaliação, que é central na prática psiquiátrica como avaliação do grau de tutela que o sistema pode impor ao indivíduo, muitas vezes é intuitiva, baseada em uma ética do senso comum.

A questão filosófica que Callender se coloca é como conciliar nosso senso de vontade livre com o nosso conhecimento sobre o determinismo causal. Alinhado aos filósofos *compatibilistas* (ou deterministas *soft*), ele propõe um modelo baseado na natureza comum dos julgamentos morais e estéticos, uma vez que além das similaridades formais dos julgamentos morais e estéticos, arte e vontade livre compartilham de características como originalidade, espontaneidade, e criatividade.

É a questão da responsabilidade moral que dá importância prática ao conceito de vontade livre. O determinismo entende que tudo o que acontece é causado por uma combinação entre condições antecedentes e leis da natureza. Callender observa que somos intuitivamente deterministas, pois sempre buscamos encontrar significados para o mundo e causas para nossas ações e para o que nos acontece.

Filósofos *incompatibilistas* se dividem em dois grupos: os deterministas *hard*, que rejeitam qualquer possibilidade de vontade livre e responsabilidade moral, e os adeptos da vontade livre libertária (*libertarian free will*). Estes acreditam que a vontade livre e o determinismo são incompatíveis, mas que o determinismo não é universal, pois entendem que em muitas ações a cadeia causal dá lugar às escolhas e decisões do agente. *Apesar das causas, a precedência está, então, nas escolhas humanas, e somos as fontes originais de nossas ações.* O processo de deliberação faz parte do processo causal de nossas ações, e o determinismo não exige o agente de uma deliberação cuidadosa quando se trata de decisões morais. O espaço da liberdade está preservado.

Em nossas ações morais, as *atitudes reativas* são as respostas emocionais e irrefletidas a fatos ou ações boas ou más. Para Callender, elas fazem parte de nossa natureza, e são anteriores a qualquer sensibilidade moral. É parte de nossa natureza sentir ressentimento, remorso, e as demais emoções morais. As *atitudes reativas* são a maior fonte de motivação para nossas práticas de culpabilização e punição moral. Constituem uma forma de comunicação social e impõem uma demanda moral aos sujeitos. Mas nossas atitudes reativas podem ser modificadas se avaliamos que as ações podem ser compreendidas ou desculpadas. As atitudes reativas cedem lugar, então, a critérios mais objetivos. Classicamente, crianças, doentes mentais e

portadores de lesão cerebral grave são considerados incompetentes para o processo moral de decisão. Suspendemos nossas atitudes reativas comuns em relação a eles, assumindo então uma atitude objetiva. Em vez de puni-los, entendemos que é preciso cuidar e tratar deles.

A moral não pode basear-se em atitudes reativas, pois sentimentos inatos respondem pouco às mudanças. Temos também que levar em conta as consequências sociais de nossas atitudes reativas, pois como Callender nota, estas podem ser perigosas, em parte devido à influenciabilidade às pressões externas. Mas ele observa que na experiência cotidiana a dicotomia entre atitudes reativas e posição objetiva pode não ocorrer, pois é também de nossa natureza sempre buscar explicações para o que nos acontece. Por exemplo, colocamo-nos no lugar do outro para entender suas motivações. Há, portanto, que se temperar as atitudes reativas com a postura objetiva e o pensamento racional. Para Callender, a maior parte dos julgamentos morais resulta de intuição moral, e não de raciocínio. A razão moral usualmente se dá a posteriori, para reforçar um julgamento ao qual já se chegou.

É raro que as pessoas raciocinem imparcialmente, especialmente em assuntos emocionais. Nós não escrutinizamos os fatos ou argumentos de ambos os lados de um modo desapassionado e então chegamos a uma decisão. Ao contrário, buscamos evidências que sustentem nosso julgamento e negligenciamos evidências de sentido oposto (CALLENDER, 2010:63)⁶⁹.

Em resumo, as decisões morais resultam de uma combinação entre emoções e deliberação racional, e nossa racionalidade moral não é tão imparcial como supomos.

Investigando sobre a natureza das propriedades morais, Callender considera que o *realismo moral* (crença em fatos morais objetivos, independentes das mentes que os percebem ou experimentam) é parte de nossa visão ordinária, pois julgamos as ações e fatos como bons ou maus, quando estas qualidades derivam de nossas percepções dos fatos e não dos fatos em si. Assim, tampouco o comportamento ético pode ser justificado unicamente por uma moralidade objetiva. Esta visão é problemática, dado que pessoas diferentes podem tomar posições morais opostas.

“Deveríamos reconhecer que pessoas possam ter intuições morais fortemente enraizadas que diferem das nossas e existe uma necessidade contínua de

⁶⁹ Tradução nossa. No original: It is unusual for people to reason impartially, especially on emotive issues. We do not scrutinize the facts or arguments for both sides in a dispassionate way and then come to a conclusion. Instead, we search for evidence that supports our judgement and neglect contrary evidence (CALLENDER, 2010:63).

negociação e compromisso se tivermos que conviver uns com os outros” (Callender, 2010:43)⁷⁰.

Assim, pode-se rejeitar a objetividade, mas o fato de não existirem fatos objetivos não elimina a necessidade da reflexão moral, nem da necessidade de encontrarmos razões para as ações. Sentimentos disparam os processos de pensamento que levam à decisão moral. Assim, processos cognitivos e não cognitivos estão sempre em interação. Esta perspectiva *compatibilista* de Callender, que pretende conciliar liberdade e determinismo, está presente em sua análise sobre as contribuições e o impacto das neurociências sobre a avaliação de responsabilidade clínica e criminal nos transtornos mentais.

As neurociências têm confirmado o papel das emoções no comportamento moral. Estudos de EEG mostraram que a ideia de que as ações são disparadas por decisões conscientes é falsa. Há atividade elétrica em áreas motoras do cérebro meio segundo antes da consciência de intenção.

Os processos neurológicos associados com processo de decisão moral parecem estar amplamente distribuídos no cérebro. Eles envolvem áreas cerebrais que servem a uma gama de funções, nenhuma das quais exclusiva do processo de decidir. Essas funções incluem a integração da emoção com o planejamento e o processo de decisão, cognição social, a criação de representações de outras pessoas, e também a memória de trabalho e outras tarefas cognitivas. A contribuição relativa de diferentes áreas dependerá de muitos fatores, incluindo o grau no qual as decisões morais evoquem emoções poderosas e um sentido de conflito interno (CALLENDER, 2010:7)⁷¹.

Os estudos de neurociência identificam regiões ligadas à emoção são ativadas em situações de decisão. Casos clássicos de lesão de área ventromedial do lobo frontal apresentam déficits emocionais que podem comprometer a motivação, deixando-a de fora do raciocínio moral. O que traz graves consequências:

⁷⁰ Tradução nossa. No original: We should recognize that people can have strongly held moral intuitions that differ from our own and there is a continual need for negotiation and compromise if we are to get along with each other (Callender, 2010:43).

⁷¹ Tradução nossa. No original: Neurological processes associated with moral decision-making appear to be widely distributed in the brain. They involve brain areas which serve a range of functions, none of which is exclusive to moral decision-making. These functions include the integration of emotion with planning and decision making, social cognition, the creation of representations of other persons, and also working memory and other cognitive tasks. The relative contribution of different areas will depend on many factors including the extent to which moral decisions evoke powerful emotions and a sense of inner conflict (Callender, 2010:7).

“São as nossas reações emocionais às nossas ações intencionais que as ‘rotulam’ de certas ou erradas. Na ausência das respostas emocionais apropriadas, a razão moral geralmente não leva a ações apropriadas” (Callender, 2010:112)⁷².

O campo da genética é expressivamente referenciado: existe atualmente grande literatura sobre as influências biológicas no comportamento criminoso. Fontes de dados informam que a taxa de hereditariedade para comportamento antissocial é de 82%⁷³ e mostram marcada influência de fatores genéticos em gêmeos monozigóticos (para crimes de propriedade e não crimes violentos), confirmada também em estudos com adotados. Mas estudos mostram também que fatores genéticos e ambientais podem interagir na produção de comportamento antissocial, depressão e resiliência comportamental e cognitiva.

Evidências relacionadas a genótipo e experiências adversas de vida já foram usadas em cortes americanas para justificar a falta de capacidade para controle pulsional e pleitear irresponsabilidade e diminuição da pena. Em alguns, houve mitigação da pena; em outros o argumento foi rejeitado pela corte. E é possível que no futuro o uso de tal informação se torne mais frequente no sistema penal⁷⁴.

Advogados promotores podem argumentar que o genótipo de um réu cria um risco prolongado de violência posterior e que isto deveria indicar encarceramento prolongado para assegurar a segurança pública. Advogados de defesa podem usar tais informações para argumentar pela diminuição da responsabilidade criminal ou pela redução da severidade da sentença (2010:123)⁷⁵.

Mas por enquanto Callender recomenda cautela, uma vez que estes estudos não são conclusivos. As estruturas cerebrais envolvidas nas funções de controle localizam-se nas porções anterior e medial. São as áreas orbitofrontais, frontal ventromedial, dorsolateral frontal, e córtex cingulado. Já a geração de motivações, impulsos e emoções constituem o sistema límbico e outras regiões subcorticais: hipotálamo, amígdala, e núcleo *accumbens*. São áreas densamente interconectadas, e a disfunção em um ou em um conjunto de pontos pode afetar o comportamento de várias formas, incluindo uma tendência aumentada na realização

⁷² Tradução nossa. No original: It is our emotional reactions to our intended actions that ‘label’ these as being right or wrong. In the absence of the appropriate emotional responses, moral reasoning does not generally lead to appropriate actions (Callender, 2010:112).

⁷³ Ver Callender.

⁷⁴ Ver, por exemplo, reportagem do jornal O GLOBO em 15/03/2013: Governo regulamenta banco de dados de DNA de suspeitos e condenados por crimes hediondos ou violentos, o Banco Nacional de Perfis Genéticos, “que poderá servir para ajudar na apuração de crimes” (pag.09).

⁷⁵ Tradução nossa. No original: Prosecution attorneys may argue that a defendant’s genotype creates a long-term risk of further violence and that this should lead to prolonged incarceration to ensure public safety. Defense lawyers may use such information to argue for diminished criminal responsibility or to reduce the severity of sentencing (Callender, 2010:123).

de ações condenadas. Em resumo, não é possível identificar uma área cerebral isolada responsável pelo controle das ações.

Ter 'o controle' depende do funcionamento correto de um número de áreas cerebrais. As estruturas cerebrais relevantes devem estar funcionando bem, as conexões entre elas devem estar intactas, e os vários sistemas neurotransmissores inespecíficos devem estar atuando em um nível compatível com a atividade cerebral normal. Existem portanto muitas maneiras de se estar 'fora de controle' (Callender, 2010:128)⁷⁶.

Callender afirma que mesmo que a neurociência consiga estabelecer a distinção entre não poder e não querer, isto não dará conta da complexidade das situações que envolvem as ações humanas.

Portanto parece altamente improvável que a neurociência possa algum dia oferecer uma melhora daquilo que pode ser obtido por descrição detalhada das circunstâncias do crime, a avaliação psiquiátrica e psicológica do acusado, e a experiência dos tribunais (2010:129)⁷⁷.

A determinação exata, em dado momento, do estado das interações entre os mecanismos de controle cerebrais e os eventos externos é tarefa quase impossível.

É muito improvável que encontremos uma correlação direta e precisa entre um estado cerebral revelado por investigação neurocientífica e um critério legal de não responsabilidade. Por exemplo, provavelmente nunca o resultado de um *scan* cerebral ou teste sanguíneo revelará ou confirmará que falta a alguém racionalidade suficiente para compreender a natureza de suas ações. Será ainda mais difícil determinar se tal capacidade estava presente no momento em que a ofensa foi cometida. Tais decisões são normativas, morais, e por último legais (2010:138)⁷⁸.

Callender aponta que à medida que os achados científicos elucidem mecanismos causais, tanto o conceito libertário de vontade livre quanto ideias metafísicas sobre o bem e o mal terão dificuldade em sustentar-se, pois fatores que estão além do controle do agente serão a fonte do bom ou do mau comportamento. Mas lembra que esta visão pode também trazer consequências indesejáveis, quando a sociedade decide impor uma detenção preventiva e não combater as causas. Os avanços das neurociências favorecem a visão determinista para as

⁷⁶ Tradução nossa. No original: To be 'in control' depends on the proper functioning of a number of brain áreas. The relevant brain structures have to be functioning well, the connections between them have to be intact, and the various nonspecific neurotransmitter systems have to be acting within a range that is compatible with normal brain activity. There are thus many ways of being 'out of control' (Callender, 2010:128).

⁷⁷ Tradução nossa. No original: It heefore seems highly unlikely that neuroiscience will ever offer na improvement on what can be obtained by detailed description of the circumstances of the crime, psychiatric and psychological assessment of the accused, and the experience of the courts (Callender, 2010:129).

⁷⁸ Tradução nossa. No original: It is highly unlikely that we can find a direct and precise correlation between a brain state revealed by neuroscientific investigation and a legal criterion of nonresponsibility. For example, there will probably never be a result from a brain scan or a blood test that will reveal or confirm that someone lacks suficiente rationality to understand the nature of his actions. It will be even more difficult to determine whether such capcity was present at he time that the offence was committed. Such decisions are normative, moral, and ultimately legal (Callender, 2010:138)

ações humanas, e isto pode mudar as atitudes sociais em relação à culpa e à punição. Mas tal visão encontra resistências de muitas fontes. A perda da autonomia do homem interior pode causar mais ansiedade do que avanço. Outros comentadores temem um enfraquecimento do controle moral.

Com a contribuição das neurociências ocorre uma mudança na abordagem ao comportamento criminoso, de uma que visava a melhora moral a outra calcada no tratamento médico. O provável é que as políticas e práticas passem de uma orientação retributiva a uma consequencialista. Mas Callender observa que isto irá colocar novos desafios éticos. A visão libertária é sedutora, pois rompendo com o determinismo ela coloca o homem em uma posição engrandecida. Mas pode também dar consistência teórica à punição retributiva. Callender observa que a violência criminosa é das piores experiências humanas, mas a resposta retributiva não resolve nem aponta saídas. As justiças criminal e prisional não são razoáveis e quando há coerção, há sempre o risco de abuso de poder. A ciência pode ajudar a reduzir a carga de miséria causada pelo comportamento violento, mas obrigará a sociedade humana a uma revisão de suas atitudes reativas, como a raiva e o desejo de vingança.

Mas as neurociências podem apenas identificar disposições aos tipos de comportamento. Sua efetiva presença depende de uma ampla gama de fatores causais. Há, portanto, risco de que a capacidade de previsão das neurociências seja superestimada. Será preciso, então, proteger os indivíduos de discriminação através de garantias e limitações ao uso de informação neurocientífica, pois o risco maior é a criação de “subclasses neurocientíficas” de pessoas consideradas “inaptas”, dificultando ainda mais suas vidas.

Callender sugere que, em procedimentos legais, deve haver critérios que regulem a aceitação ou não de evidência neurocientífica.

Os impasses da intervenção clínica estão bem exemplificados nas reflexões de Callender sobre o comportamento *akrático* ou de vontade fraca (*weak-willed behaviour*), como ocorre na dependência química e nos distúrbios alimentares.

Callender explica que o conceito de *akrasia* foi dado por Aristóteles na *Ética a Nicômaco*. Existem dois tipos: a *aestheia*, na qual há deliberação, mas são as emoções que determinam a ação, e a *propeteia*, que é a impulsividade não deliberada. Em termos aristotélicos, a ação incontinente decorre de uma falência da *razão prática*. O agente é capaz de ação racional, mas age irracionalmente.

Mas Callender adverte que o tratamento involuntário não deve ser aplicado aos casos em que “seres racionais agem irracionalmente”, mesmo se há consequências negativas para o indivíduo ou para os outros, como em muitos casos de dependência química ou anorexia nervosa.

O problema, segundo Callender, está em limitações do conceito clássico de autonomia, palavra que deriva do grego *autos* (self), e *nomos* (regra, lei). A autonomia requer liberdade, ou seja, que o self esteja livre de limitações internas (comprometimento cognitivo, por exemplo), e que haja capacidade de agenciamento da ação intencional, o que inclui a compreensão, o raciocínio, a deliberação e a capacidade de fazer escolhas. A autonomia é portanto um processo e não se define por um resultado final que seja racional ou satisfatório.

Ele questiona: o julgamento do que é mais relevante para um ser racional pode ser feito por um observador externo, mas por que este julgamento ganharia precedência sobre o do indivíduo? Em tais situações demandas éticas se colocam: respeito à autonomia do paciente, e também o dever de se fazer o melhor para o paciente (*duty of beneficence*). Como prevenir o dano ao paciente e ao mesmo tempo preservar sua autonomia?

Alguns pacientes são conscientes, no momento em que acontecem as ações, de que elas não são adequadas: são, então, ações autônomas, porém akráticas. Todos estamos sujeitos a diferentes, e muitas vezes conflituosos, fontes de motivação. Os princípios da beneficência e do respeito à autonomia do paciente entram em conflito.

É necessário também reconhecer que o julgamento sobre a competência de um paciente em crise não é uma ciência exata. Em algumas ocasiões, tem-se que tomar decisões em condições de incerteza. Em tais eventos, pode ser melhor ser cauteloso e agir por caminhos que evitem resultados trágicos e irreversíveis (Callender, 2010:222)⁷⁹.

Callender busca, então, ampliar o conceito de vontade livre para pensar a ação clínica, mas percebe que isto não elimina as contradições e a dúvida ética. Ele remete-se a Frankfurt (1971, *apud* Callender), que propõe o modelo dos desejos de primeira ou segunda ordem. Os de primeira ordem referem-se àquilo que queremos fazer. Os de segunda ordem decorrem da reflexão, são desejos sobre os desejos que gostaríamos que motivassem nossas ações. Mas os desejos de segunda ordem

⁷⁹ Tradução nossa. No original: It is also necessary to recognize that assessment of the competency of a patient in crisis is not an exact science. On some occasions, one has to take decisions in conditions of uncertainty. In such events, it may be better to be cautious and to act in ways that avoid tragic or irreversible outcomes (Callender, 2010:222).

devem ter efetividade para motivarem a ação (volição de segunda ordem), o que implica em capacidade de auto avaliação. No exemplo, o desejo do alcoolista não é livre, pois seu desejo de beber não é aquele que ele desejaria que o motivasse.

“Frankfurt argumenta que são as volições de segunda ordem que nos dão um senso de vontade livre. Agimos livremente quando somos motivados pelos desejos que desejamos que nos motivem” (2010:225)⁸⁰.

Entretanto, Callender observa que este modelo não dá conta da complexidade daqueles desejos que são inacessíveis à consciência, mas que mantêm a força de motivar nossas ações e comportamento, sejam positivos ou negativos.

Ele lembra que o uso de drogas, por exemplo, pode também simbolizar autonomia e desafio e, em momentos, pesar mais do que o desejo de ficar bem. No comportamento compulsivo, as motivações diferem dos valores, embora Callender observe que existe também algum valor na satisfação de prazer, mesmo se isto vem em detrimento da saúde física.

O conceito de *desconto hiperbólico* de Ainslie difere do modelo platônico do conflito entre as faculdades da alma; para ele, os diferentes processos de desejo e de obtenção de recompensa possuem emoções e racionalizações próprias. Para Callender isto ajuda a compreender o comportamento resultante de vontade fraca ou de desejos alternantes, como nos casos de dependência alcoólica. Ainslie (2001, *apud* Callender) pensa em termos de curvas de desconto. Em um gráfico de valores (que determinam a ação), no desconto exponencial convencional os valores de duas curvas se mantêm proporcionais ao tamanho de seus objetivos. No desconto hiperbólico, é possível considerar duas curvas, correspondentes a desejos diferentes, e pode ser que, em algum momento, uma curva menos valorada, porém de satisfação mais imediata, pelo fato de possibilitar um “desconto” de recompensa mais rápido, se distinga sobre outra considerada mais importante, cujos obstáculos à realização terão que ser negociados.

Trata-se de um modelo onde o self se caracteriza por ser um conjunto de interesses que buscam diferentes recompensas e competem entre si para determinar a ação. Callender reconhece que o modelo de Ainslie ignora o sentido da unidade do self a partir da experiência continuada que temos do mundo, pois não

⁸⁰ Tradução nossa. No original: Frankfurt argued that it is second-order volitions that gives us a sense of free will. We act freely when we are motivated by the desires that we wish to be motivated by (Callender, 2010:225).

somos uma tela bombardeada a cada momento por forças diferentes. Ele questiona: e os planos mais distantes e o sentido de uma identidade consistente? Como é possível pensar neste modelo os objetivos e planos a longo prazo, e os efeitos do suporte externo, o reforço que os grupos de Alcoólicos Anônimos ou a valoração do meio social, por exemplo, podem significar na dependência alcoólica? Ou ainda as estratégias de construção de regras pessoais? Muitas vezes os objetivos mais retardados podem ser respeitados se não se mantiverem como uma unidade, mas puderem ser vistos como uma série ao longo do tempo que ao fim possuem um objetivo comum: agir “por princípio” (*on principle*); são contratos auto instituídos com o self futuro.

Callender advoga que é preciso ampliar os conceitos de vontade e desejo. Entender que se trata de um conflito de valores, e não mais entre razão e emoção. A questão é complexa: o alcoolista que recai nem sempre o faz impulsivamente. Pode “planejar” a recaída, deixando de tomar a medicação (como o bipolar, ou o esquizofrênico também o fazem). Mas muito escapa ao controle voluntário e, além disto, como lembra Callender, uma vida vivida exclusivamente segundo padrões racionais pode limitar-se para novas experiências e oportunidades.

Que princípios podem guiar o clínico na avaliação sobre o que é certo ou melhor para o paciente? Callender pergunta isto várias vezes durante o livro. Há o dever de beneficência, mas também o respeito à autonomia. Para ele, o modelo de desejos de primeira e segunda ordem diminui um pouco este conflito. Assim, o trabalho clínico que visa à mudança do comportamento do paciente pode começar com a identificação do que o paciente realmente deseja e valoriza, o que ele chama um paternalismo “soft”, que pretende ajudar às pessoas a identificarem e conseguirem aquilo que realmente querem (seus desejos de segunda ordem ou seus valores maiores).

Callender lembra que o termo *akrasia*, como muitos em psiquiatria, é mais descritivo do que explicativo. Sendo assim, é preciso evitar o moralismo e as simplificações.

“O que parece *akrático* pode ter suas razões, mesmo se estas não forem imediatamente aparentes. [...] A primeira tarefa de qualquer abordagem terapêutica é

encontrar alguma explicação para o comportamento. Temos que tentar encontrar racionalidade no que parece irracional” (2010:228-229)⁸¹.

O sentido da racionalização, nos exemplos de Callender, é o trabalho clínico junto ao paciente, um trabalho onde tudo é convencimento, nada é imposição involuntária. Será o modelo de Ainslie produtivo na clínica? Que o dependente químico entenda que o que lhe acontece é que em momentos surgem desejos que apontam para uma gratificação mais rápida, e então esquecemos outros desejos que temos, como o desejo de ficar limpos? Acho que há momentos em que é isto que acontece, que o sentido da unidade temporal do que somos e do que queremos desaparece, e passamos mesmo a ser uma tela bombardeada por estímulos que buscam satisfação. Isto pode ser uma direção clínica? Penso que sim, pois o que importa é que o terapeuta e o paciente estão buscando uma causa para compreender e intervir, em fazer valer os desejos de segunda ordem e os contratos auto-instituídos...

Se considerarmos que a vontade livre é apenas a vontade de segunda ordem, então o drogadicto não é livre, pois a fissura da droga não equivale a uma vontade real, e logo a internação involuntária está justificada. Mas Callender mostra que isto não é tão simples. Que a droga pode ser uma opção consciente. Então, para além dos casos em que a abstinência é corporalmente palpável (como nos casos de abstinência alcoólica), é difícil determinar a ausência do arbítrio em todas as condições. Como manter um paciente internado após um mês de abstinência, se ele tem consciência de seu vício mas entende que pode resistir a ele? Em nome de que podemos afirmar o contrário e mantê-lo internado sob alegação de que ele não sabe o que diz? Penso que somente o contrato clínico pode autorizar tal conduta, e esta internação, então, não pode ser involuntária. No trabalho clínico, pode haver uma objetificação da entidade “dependência”, como no modelo de Frankfurt (“esta vontade do vício não é a minha vontade”), e a partir daí posso delegar a outros o meu cuidado (aos especialistas). Posso tomar remédios ou, através de uma técnica, aprender a evitar ou anular isto. Ou, em outro modelo, como o da psicanálise, tentar trabalhar a relação que tenho com isto que não reconheço como o que é melhor

⁸¹ Tradução nossa. No original: What seems to be akratic may have its reasons, even if these are not readily apparent. [...] The first task of any therapeutic approach is to find some explanation of the behaviour. We have to try to find rationality in what seems to be irrational (Callender, 2010: 228-229).

para mim (mas que, ainda assim, é uma parte de mim), fazendo valer a unidade sob a tela bombardeada⁸².

O diagnóstico de transtorno de personalidade psicopática é um bom exemplo dos dilemas que se colocam na interseção entre psiquiatria, lei, e moral. Ao pensar sobre tal categoria diagnóstica, Callender pretende discutir como o transtorno influencia a capacidade de responsabilidade moral.

O diagnóstico de transtorno de personalidade psicopática é clínico e baseado em critérios estabelecidos no CID ou no DSM, mas é descritivo e não explicativo: o diagnóstico não explica os aspectos. As diferenças entre normal e patológico são diferenças de grau, e não diferenças qualitativas, como no caso das psicoses.

Callender entende que o conceito de personalidade psicopática se fez presente na psiquiatria desde a descrição pineliana de mania sem delírio, no século XVIII. Mas trata-se de conceito controverso, pois é altamente estigmatizante, e envolve o núcleo da identidade pessoal. O estigma da personalidade psicopática é o de uma violência assassina, e o diagnóstico tende a contribuir para a atribuição de risco elevado em acusados de crimes e influenciar as sentenças e liberações de custódia.

Harvey Cleckley (1941-1998) deu forma ao conceito moderno de psicopatia, descrevendo 16 características. A partir desta sistematização, Hare desenvolveu o *Checklist de Psicopatia (Psychopathy Checklist)*, cuja última revisão (PCL-R) é de 2003 e relaciona 20 itens. A análise fatorial revela que a síndrome compreende dois fatores correlacionados: o primeiro refere-se às emoções e qualidade das relações interpessoais, e ressalta o egoísmo, insensibilidade, e ausência de remorso nas relações. O segundo enumera aspectos característicos de comportamento impulsivo e antissocial que conformam o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial segundo o DSM-IV.

⁸² Em sua dissertação de mestrado, escrita na década de 1970, Costa (2007) mostra como a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), corrente positivista fundada em 1923 no Rio de Janeiro, usou a prevenção como dispositivo de controle cujos fins eram a renovação moral da sociedade, apropriando-se a partir da década de 1930 da ideia de eugenia ao propor práticas diversas de repressão, como o isolamento e a esterilização de doentes mentais e alcoolistas.

“Em resumo, os métodos autoritários pedidos pelos psiquiatras para fazer face ao alcoolismo e à doença mental em geral derivavam da convicção pessoal que eles tinham quanto à maneira de bem governar um povo ou um país. No caso do alcoolismo, isso é mais do que vidente. Os psiquiatras não possuíam nenhuma prova clínica ou estatística que pudesse justificar o excesso de repressão desejado para combater esta doença. Do mesmo modo, em nenhuma corrente psiquiátrica da época, salvo a alemã [de inspiração nazista], poder-se-ia encontrar a caução teórica de uma prática psiquiátrica que se permitisse o uso de métodos policiais em nome do tratamento da doença mental. [...] Na verdade, o que a Liga procurava combater não era a doença mental, mas as qualidades morais dos indivíduos doentes mentais. As campanhas de higiene mental, em particular as campanhas antialcoólicas, eram em última instância cruzadas moralizadoras que visavam a extirpar os vícios e a devassidão, que os psiquiatras supunham existir na sociedade brasileira” (Costa, 1997:94-95).

A dicotomia se reproduz na vasta literatura de pesquisas neurocientíficas que identificam disfunções tanto nas áreas de respostas emocionais como nas de processamento cognitivo.

Uma primeira hipótese é a de comprometimento dos mecanismos neuronais que inibem a violência. Estudos apontam o envolvimento de uma disfunção da amígdala em quadros de alterações emocionais que incluem o mecanismo inibidor da violência (MIV). Da mesma forma, o córtex pré-frontal ventromedial (CPFVM) parece envolvido no aprendizado reverso (adaptação e flexibilidade na adoção de caminhos alternativos quando há um evento frustrante), assim como na representação de eventos estruturados complexos. Assim, nas respostas morais encontramos tanto a parte emocional mediada pela amígdala quanto as representações das ações no CPFVM (cognição). Pessoas com traços psicopáticos teriam também dificuldade de diferenciar a transgressão moral (algo que é inerentemente errado) da transgressão convencional a regras estabelecidas. Na primeira, importa o dano que possa ser causado à vítima, enquanto a segunda refere-se à contrariedade da regra e suas sanções.

“O psicopata parece ter um conceito limitado de falta moral e tende a considerar algo como errado apenas se existir uma regra contra” (2010:251)⁸³.

Entre os neurotransmissores, parece haver associação entre baixa atividade serotoninérgica cerebral e fatores como impulsividade e agressividade. Estudos sobre a influência genética indicam que o desenvolvimento de traços como insensibilidade em crianças tem forte influência genética, enquanto o componente impulsividade/ agressividade é influenciado tanto pela genética quanto pelo meio ambiente. Estes estudos abrem a possibilidade de intervenção precoce na forma de terapia que objetive a internalização de valores. Há, entretanto, dilemas éticos, pois a baixa confiabilidade do diagnóstico pode produzir estigmatização. Além do mais, como observa Callender, existem também psicopatas “bem sucedidos”, pois a condição possui traços positivos, como a resiliência ao stress, competitividade, autoestima e status socioeconômico elevados. Muitos aspectos da psicopatia são encontrados também em pessoas que não passam nem passarão pelos sistemas psiquiátrico ou criminal. Há ainda a questão do consentimento – que no caso de

⁸³ Tradução nossa. No original: The psychopath seems to have a limited concept of moral fault and tends to regard something as being wrong only if there is a rule against it (Callender, 2010:251).

crianças é complicado – a terapias cujo objetivo é mudar a personalidade do indivíduo, o que pode desrespeitar a autonomia.

Quanto à natureza do conceito, ou é dimensional, onde há um *continuum* entre normalidade e psicopatia, com limites arbitrários, ou a psicopatia é um táxon, entidade com patologia e etiologia específicas. Estudos mais recentes levantam a terceira possibilidade: de que a psicopatia não é uma entidade única, nem multifacetada, mas um traço composto (*compound trait*), com manifestação de traços separáveis e independentes de personalidade. Assim, os dois tipos de fatores derivados do PCL-R (insensibilidade e impulsividade) configuram duas psicopatologias relacionadas, porém distintas. A primeira tem relação negativa com ansiedade e sintomas neuróticos, enquanto o segundo polo associa-se aos sintomas de impulsividade e agressividade.

Discutindo a validade da PCL-R, Callender afirma que em diferentes países onde foi aplicada, pontuações altas predizem recidiva futura, violência, e resposta pobre ao tratamento. Mas há ressalvas, a começar pelo fato de que as pesquisas são aplicadas quase que totalmente em populações de agressores e em psiquiatria forense. Além disto, o segundo fator acaba por conformar uma história de atos antissociais. A validade preditiva se resume então a uma circularidade: a repetição de comportamentos já apresentados.

A questão ética da previsão do risco se coloca quando a *Checklist* é levada em conta no momento de se condenar ou liberar uma pessoa. Diante de tantas fragilidades sobre a validade do uso da PCL-R na previsão de comportamento violento, Callender recomenda cautela aos clínicos. Na avaliação da validade de constructo da PCL-R, onde importa se a escala realmente mede aquilo que se propõe a medir, verifica-se que o conceito moderno de psicopatia é construído de cima para baixo, a partir de um conjunto de traços. Esta definição operacional pode limitar a abordagem ao transtorno, pois pode, na prática, excluir elementos que seriam importantes e incluir outros irrelevantes.

A resposta exata à questão do que mede a PCL-R é que ela mede a si mesma. Não há até o momento nenhum equivalente do 'tempo real' (ou da rotação da Terra sobre seu eixo), quer dizer, uma entidade quantificável ('psicopatia') que exista independentemente dos processos pelas quais ela é conceituada e medida (Callender, 2010:262)⁸⁴.

⁸⁴ Tradução nossa. No original: The strict answer to the question of what the PCL-R measures is that it measures itself. There is as yet no equivalent to the 'real time' (or the rotation of the earth on its axis), that is, a quantifiable entity ('psychopathy') that exists independently of the processes by which it is conceptualized and measured (Callender, 2010:262).

A confiabilidade da PCL-R no sentido de uma confiabilidade entre escalas (*interrater*), expressa no erro padrão da medição, é alta para outras escalas psiquiátricas. Mas se o erro induz um desvio padrão do que é considerado o corte entre psicopático e não psicopático, pessoas com scores próximos ao limite podem ser categorizadas de forma errônea, o que reforça a necessidade de cautela no uso da PCL-R.

Callender adverte que os conceitos controversos em psicopatologia adquirem no imaginário público e social uma conotação de violência e periculosidade. Juízes e tribunais extrapolam o campo da clínica, e a aplicação legal destes conceitos tem consequências cujo impacto é pouco conhecido.

No caso da aplicação de penas capitais, então, Callender ressalta que o uso da *checklist* é altamente questionável do ponto de vista ético, pois não há evidência de que a presença de psicopatia possa certificar sobre a ameaça de periculosidade social do condenado.

“Se o julgamento sobre um risco futuro for o único propósito de se fazer o diagnóstico, os benefícios disto devem ser comparados ao risco de que o diagnóstico pode causar prejuízo à pessoa rotulada como psicopata” (Callender, 2010:266)⁸⁵.

É necessário então determinar o nível de exatidão que pode ser alcançado no julgamento de risco. Trata-se de um procedimento empírico, onde é preciso decidir os custos que podem ser impostos de forma justa aos agressores para garantir a segurança pública. Assim, uma revisão das especificidades e deficiências das escalas pode melhorar sua acuidade e ajudar a diminuir o número de suspeitos detidos. Pode-se também tentar equilibrar os danos causados aos agressores e os danos às futuras vítimas, o que requer um conhecimento mais detalhado do tipo de agressão que se deseja prevenir, pois os mais graves devem ter um peso maior. A natureza da detenção também é importante, pois se for realmente terapêutica e reabilitadora será mais justificada do que aquelas puramente punitivas. A avaliação das consequências depende de quem a faz, e este grupo é altamente estigmatizado e possivelmente vulnerável à visão repressora da maioria social. A detenção preventiva de pessoas que nunca agrediram, então, é ainda mais questionável, pois apenas o fato de que alguém cometeu um crime pode ser

⁸⁵ Tradução nossa. No original: If assessment of the future risk is the main purpose of making the diagnosis, the benefits of this have to be balanced against the risk that the diagnosis will cause harm to the person who is labeled as a psychopath (Callender, 2010:266).

indicativo de seu potencial para a violência. Mas também não garante que a violência se repetirá.

Desde a incorporação da Declaração de Direitos Humanos em 1998, a legislação do Reino Unido só permite a detenção involuntária de uma pessoa com transtorno mental se houver evidência de que existe comprometimento mental.

Entretanto, o transtorno mental não pode ser definido apenas em termos de comportamento antissocial. Se todas as definições de transtornos mentais são de certo modo influenciadas pelas normas sociais, isto é especialmente grave no caso da psicopatia. Os parâmetros da doença objetiva não podem ser atingidos no caso dos transtornos de personalidade; não há, portanto, como categorizá-los como doença física⁸⁶. A categorização psicopatológica da psicopatia é um modelo circular onde a doença mental é inferida do comportamento antissocial, que é explicado como anormalidade mental. Trata-se de uma psicopatologia inteiramente de terceira pessoa: totalmente descritiva, onde todos os parâmetros são exteriores, são comportamento. Não há sequer um critério que fale do funcionamento mental, de como a pessoa vivencia a experiência. Nem um sentimento, nem um pensamento. Mesmo que consigamos entender o comportamento antissocial em termos de mecanismos neurológicos, e mesmo trata-lo, persistirá sua inadequação ao modelo da doença física.

“Isto porque um julgamento social ou moral é requerido em primeiro lugar, antes que tal comportamento seja rotulado como doente ou disfuncional e, portanto, tomado como objeto de atenção médica ou científica” (CALLENDER, 2010:278)⁸⁷.

Assim, considerando que na personalidade psicopática não há alteração de função que caracterize doença (até que a ciência esclareça sobre a organicidade da condição), e a desadaptação é no comportamento total, não se pode presumir irresponsabilidade.

Na visão kantiana tradicional, o comportamento moral baseia-se nas capacidades para o exercício da razão prática. Assim também, Callender lembra, por este critério os psicopatas são responsáveis por suas ações. Entretanto, na visão oposta de David Hume, a motivação primária do comportamento moral está

⁸⁶ O conceito de psicopatia é instável em sua evolução. A violência instrumental, hoje uma característica de destaque, não figurava na descrição original de Cleckley. Callender supõe que muitos dos psicopatas que Cleckley descreveu em 1941 tivessem na verdade lesões cerebrais focais, que técnicas modernas de neuroimagem podem, hoje, diferenciar.

⁸⁷ Tradução nossa. No original: This is because a social or moral judgement is first required before such behaviour is labeled as diseased or dysfunctional and thereby becomes the object of scientific or medical attention (Callender, 2010:278).

nas emoções. Nesta perspectiva, a responsabilidade moral dos psicopatas está comprometida.

Inclino-me a seguir Callender em seu determinismo soft que retém o estatuto da liberdade: dizer que uma ação é efeito de causas anteriores não exime o agente de responsabilidade, pois a deliberação racional também faz parte do processo causal. O poder das leis em induzir as ações reside em sua consideração no momento racional da deliberação ou na razão prática. A lei estabelece prerrogativas de diminuição de responsabilidade quando há perda do controle, como nos crimes passionais, e a incapacidade constitucional dos psicopatas pode justificar diminuição ou ausência de responsabilidade. Entretanto, o conhecimento de que existem leis e que sua transgressão implica em culpa e responsabilização constitui minimamente uma necessidade de obediência. Deste modo, a responsabilidade e a punição dos psicopatas encontra sua justificativa mesmo na ausência de sensibilidade moral. E, como argumenta Callender, possivelmente um bom número de psicopatas é constrangido em suas ações antissociais devido à ameaça de sanções penais. Aliás, psicopatas bem sucedidos socialmente têm mais a perder na punição por delitos do que pobres e desempregados cujo prejuízo adicional à sua já precária condição de vida é proporcionalmente menor.

A objeção principal à detenção preventiva de pessoas é o argumento deontológico de que o aprisionamento é um meio para um fim (garantir a ordem pública). Mas Callender enumera outros fins que são também buscados: impedir possíveis futuros malfeitores de cometerem atos criminosos. Trata-se de infração ao primeiro imperativo categórico kantiano, “não usar pessoas como meios para um fim”. Entretanto, em termos kantianos, a humanidade como fim supremo é formada por seres racionais que se ajustam às máximas para estabelecer uma lei universal. Há, portanto, a introdução de um princípio de reciprocidade: devemos reconhecer que temos obrigações com outras pessoas. E para que seja considerado “um fim em si”, a detenção deve levar o acusado a mudar moralmente, o que não é fácil. Ao abordar a multiplicidade de pontos de vista, Callender acaba por levantar várias questões que considero pertinentes: até que ponto uma pessoa pode ser usada como meio para alcançarmos o fim social da segurança pública? Qual a proporcionalidade da punição em relação ao crime? A própria seleção dos casos mais graves já é uma questão complicada. A própria categorização e os métodos de diagnóstico da psicopatia são incertos e pouco confiáveis. Como determinar o

critério de ausência de autocontrole? É possível que atualmente pessoas que não conseguem controlar seus atos sejam punidos injustamente, mas quais os riscos e benefícios de um outro modelo?

Callender afirma que um elemento fundamental em nossa resposta ao crime é a reação emocional que tais eventos despertam em nós. Diante de atos violentos, nosso primeiro impulso é a retaliação, e depois um impulso a isolar o criminoso para neutralizar sua capacidade de fazer mal. A visão *consequencialista* não predomina no senso comum, nem em nossos julgamentos intuitivos sobre a punição (que, como qualquer ação moral, pode ser também determinada por atitudes reativas). O impulso dominante é *retributivo*, a ideia de que a punição pelo erro é justa, e a escolha da punição depende de um número de atores e fatores envolvidos que podem entrar em conflito uns com os outros. Como conciliar ideais reformistas com os sentimentos de pessoas vitimadas? Talvez a compreensão do crime em termos de comprometimentos emocionais ou cognitivos dos agentes possa ajudar as vítimas a reparar os traumas sofridos.

Callender duvida que o conhecimento científico consiga detectar um mecanismo causal único para todos os aspectos do que se considera psicopatia, e que as predisposições biológicas interagem constantemente com o meio social. A passagem para o crime de pessoas com insensibilidade afetiva, especialmente, dependem do meio social e do background cultural. Advogando por uma abordagem *consequencialista*, Callender afirma que “é possível mudar o comportamento do psicopata sem mudar o seu cérebro” (2010:287), através da educação e da reforma.

Quando aprisionamos o psicopata, nós o colocamos em um ambiente no qual todos os piores aspectos de sua personalidade possuem um valor considerável em relação ao status e sobrevivência. O sistema de punição pode servir apenas para potencializar e reforçar seu comportamento antissocial. Deveríamos no mínimo tentar lidar com as contingências ambientais das prisões de forma a não tornar pior uma pessoa ruim (CALLENDER, 2010:287)⁸⁸.

Ao fim, Callender questiona se vale mantermos o conceito de psicopatia. Entende que ele não causa apenas prejuízo aos rotulados, pois identificou um grupo de pessoas com risco maior de recidivas de atos violentos, possibilitando a realização de estudos que vêm aumentando nosso conhecimento sobre as pessoas com este perfil. Apostando em uma abordagem *consequencialista* e científica, ele

⁸⁸ Tradução nossa. No original: When we imprison the psychopath, we place him in an environment in which all the worst aspects of his personality have considerable value in relation to status and survival. The system of punishment may serve only to entrench and reinforce his antisocial behaviour. At the very least we should try to manage the environmental contingencies of prison so that we do not make a bad person worse (Callender, 2010:287).

reconhece as limitações que provavelmente sempre envolverão o conceito de psicopatia, devendo então ser considerado apenas como uma hipótese de trabalho para a continuidade das pesquisas.

“É difícil achar que o conceito está suficientemente bem fundamentado a ponto de poder informar a política pública e ser levado aos tribunais para esclarecer decisões sobre sentenças e liberdade condicional” (2010:289)⁸⁹.

Apesar do fato de que as reflexões de Callender concernem à responsabilidade criminal e os dispositivos do sistema judiciário, penso que há muito em comum com a questão das internações involuntárias, pois se trata de avaliação sobre a responsabilidade sobre os atos e os limites com a intervenção público-estatal. São restrições de direitos básicos que precisam ser justificadas. As categorias acabam sendo as mesmas entre os dois sistemas.

No caso da responsabilidade criminal, existe a tradição de se isentar pessoas que sofrem de transtornos mentais severos, como as psicoses, de responsabilidade criminal. Nos UK, EUA e em outros países, um padrão legal comum são as Regras de M’Naghten (*M’Naghten Rules*), estabelecidas em 1843, após um caso de assassinato ocorrido na Inglaterra. Ela define os parâmetros para a defesa judicial por insanidade.

Para se estabelecer uma defesa em termos de insanidade deve ser claramente provado que no momento de cometer o ato, o acusado funcionava segundo um defeito da razão tal, devido à doença mental, que não o permitia saber a natureza e qualidade do ato que ele realizava, ou, se ele o sabia, desconhecia o fato de que o que fazia era errado (Wikipedia, 2012; Coleman e Davidson, 1978).

Assim, por esta perspectiva, se, apesar da doença mental (ex: delírio), o acusado tiver conhecimento de que o ato a ser cometido é legalmente proscrito, ele tem responsabilidade sobre o ato. A ênfase é, então, na distinção entre o certo e o errado.

Quase todas as avaliações sobre a responsabilidade legal concentram-se na racionalidade do agente em relação ao contexto particular que está sendo examinado. Uma pessoa que está sendo acusada de agressão criminosa será avaliada em termos de sua compreensão da natureza de sua ação e sua consciência de erro. [...] Se a lei deve guiar a ação, só pode fazê-lo envolvendo a razão prática daqueles que são sujeitos a ela. Se a capacidade para a razão prática estiver intacta, a pessoa deve ser considerada como legalmente responsável por suas ações (Callender, 2010:137/138)⁹⁰.

⁸⁹ Tradução nossa. No original: It is difficult to see that the concept is sufficiently well founded that it should inform public policy or be brought into the courtroom and used to inform decisions about sentencing and parole (Callender, 2010:289).

⁹⁰ Tradução nossa. No original: Almost all assessment of legal responsibility focus on the rationality of the agente in relation to the particular contexto that is being examined. A person who is being charged with a criminal offense will be assessed in terms of his understanding of the nature of his action and his awareness of wrongdoing [...] If the law is to guide action, it can

Portanto, o que pode isentar de culpa o doente mental ou o portador de lesão cerebral é o fato de que o dano ou lesão pode comprometer sua capacidade para o julgamento racional. A impulsividade, ou a incapacidade de controlar as próprias ações como resultado de lesões em áreas cerebrais com função inibitória não é considerada uma causa direta da ação, embora seja um fator importante. Mas sua presença não constitui necessariamente uma desculpa moral ou legal.

A lei prossegue na certeza de que a punição é justificada apenas se o acusado submete-se a testes para avaliar a capacidade de ação responsável. Estes caem em duas grandes categorias. A primeira é um teste de capacidade cognitiva, o qual serve para confirmar se a pessoa acusada tinha a capacidade de entender a natureza imoral ou ilegal do ato criminoso. O segundo teste é de volição e avalia se a pessoa tinha a habilidade de controlar seu comportamento no momento em que cometeu o ato. Estes testes têm sido aplicados geralmente com parcimônia. A defesa da incapacidade ou insanidade só foi aceita quando os déficits eram óbvios e sem possibilidade de erro (Callender, 2010:142)⁹¹.

A atribuição de responsabilidade por ações boas ou más implica em que a pessoa esteja apta a este tipo de resposta. O grau em que uma ofensa é considerada de competência do estado por sua gravidade é variável com diferentes contextos sociais.

Callender analisa o aprisionamento como punição em diferentes perspectivas, que muitas vezes conflitam entre si. O aprisionamento como punição *retributivista*, por exemplo, supõe que as leis são intrinsecamente justas. Mas o mundo muitas vezes e em muitos lugares não é justo. Callender pergunta: como podemos impor “castigos justos em um mundo injusto” (2010:87)? A resposta kantiana de que a legitimidade das leis repousa no consentimento mútuo e na reciprocidade não mais se aplica, pois os diferentes grupos sociais não são uma comunidade com regras comuns. Os valores daqueles que julgam e punem não são os mesmos de muitos criminosos com um background de pobreza. A punição com objetivo educativo, por outro lado, supõe que os valores são iguais e compartilhados, o que não corresponde à realidade.

Muitos criminosos reconhecem que infringiram a lei, mas não creem que o que fizeram seja moralmente errado. Ao contrário, podem ver seus crimes como

only do so by engaging the practical reasoning of those who are subject to it. If the capacity for practical reasoning is intact, the person should be regarded as legally responsible for his actions (Callender, 2010:137-138).

⁹¹ Tradução nossa. No original: The law proceeds on the assumption that punishment is justified only if the accused meets tests for the capacity for responsible action. These fall into two broad categories. The first is a test of cognitive capacity, in which it is ascertained whether the accused person had the capacity to understand the immoral or illegal nature of the criminal act. The second test is one of volition and assesses whether the person had the ability to control his behaviour at the time of commission of the act. These tests have usually been applied parsimoniously. The defense of incapacity or insanity has only been accepted when deficits are obvious and unmistakable (Callender, 2010:142).

moralmente justificáveis no contexto social particular onde eles ocorreram. A não ser que exista um sistema de valores compartilhado, o uso da punição como comunicação pode consistir de um grupo social impondo suas visões morais sobre outro (Callender, 2010:89)⁹².

E se o sistema prisional pretende servir a um objetivo educador, mudanças radicais devem acontecer. Já um sistema punitivo cujo objetivo é a reforma só poderia ser aplicado naqueles que cometeram ofensas, e não nos agressores potenciais, que nunca cometeram os delitos. Penso que tais considerações se aplicam também às internações psiquiátricas involuntárias, onde o hospital ou o dispositivo psiquiátrico equivale à prisão. Mas podemos ser mais concretos e pensar em nossos hospitais de custódia, os antigos manicômios judiciários. A manutenção ou não da internação, ali, estava atrelada à avaliação sobre a cessação da periculosidade. Os resultados em seu conjunto foram e ainda são, comparativamente, muito mais devastadores e limitantes para as vidas das pessoas envolvidas do que no sistema carcerário: muitas vezes pessoas culpadas de assassinato são liberadas muito antes daqueles doentes mentais que cometeram o mesmo delito. Abundam os casos de pacientes trancafiados por décadas, muitas vezes por crimes banais, como roubar uma bicicleta ou mesmo um pão, perdendo os anos mais produtivos de suas vidas sem que ali fosse formulada qualquer proposta de tratamento ou mudança para aquelas pessoas⁹³. Uma vez ali dentro, capturados pelo sistema prisional, a determinação da periculosidade era garantida e imutável a partir do mero diagnóstico de transtorno mental produtivo. Nosso objeto de estudo não é o sistema prisional, mas o que nos interessa é que a internação involuntária é uma detenção onde não existe o delito, mas onde a periculosidade é um fator de risco considerado, implícito no critério da segurança pública como justificativa para a internação⁹⁴.

Callender não aprofunda como objeto de análise os transtornos mentais graves, mas tece algumas considerações sobre a responsabilidade criminal e o delírio psicótico.

⁹² Tradução nossa. No original: Many offenders acknowledge that they have broken the law but do not believe that what they have done is morally wrong. Instead, they may see their crimes as morally justified in the particular social context in which they occurred. Unless there is a shared valued system, the use of punishment as communication may consist of one group in society imposing its moral views on another (Callender, 2010:89).

⁹³ Segundo estatísticas, no Brasil 30 a 40% das medidas de segurança são devido a crimes contra o patrimônio e não sobre crimes violentos (conforme Kolker).

⁹⁴ Em artigo sobre a construção histórica da medida de segurança dos loucos infratores, que se apoia na noção de periculosidade, critério único na avaliação para a manutenção ou cessação da medida, Kolker mostra como a ideia de periculosidade é construída pela medicina positivista na interface com a Justiça, desde o século XIX, sendo mais tarde substituída pela noção de risco social para justificar o controle e a exclusão das classes vistas como perigosas (vagabundos, delinquentes, subversivos, loucos...).

O psicótico com delírio sistematizado pode agir segundo suas razões e com total liberdade de ação. Sua doença mental pode criar uma visão de mundo distorcida, mas suas capacidades de cálculo e reconhecimento do que é considerado certo ou errado de acordo com a lei estão mantidas (ele não se encaixa nas regras de M'Naughten para insanidade mental). Mas sua capacidade de responder racionalmente não é total, pois suas crenças não se adequam à realidade. Entretanto, o extremismo e o fanatismo religioso também agem segundo sistemas de crenças irracionais para a maioria, mas verdadeiros para eles mesmos. Um delírio, contudo, é uma falsa crença que não se apoia no contexto cultural onde vive o indivíduo. Para distinguir os dois, é preciso exigir que a crença não seja apenas sustentada pela realidade, mas também em um sistema de crenças reconhecido socialmente. Pode-se, então, considerar que o psicótico que realiza uma ação ditada (causada) exclusivamente por sua doença não possui o domínio de seus mecanismos cognitivos, mas se o comportamento é analisado apenas em termos do funcionamento cognitivo, ele pode ser considerado responsável legalmente.

Em artigo onde pretendem investigar as relações entre delírio, passagem ao ato (*acting out*), Buchanan e Wessely (2004) afirmam que muita pesquisa é ainda necessária neste campo para que as crenças delirantes sejam qualificadas como fator de risco para o comportamento violento. Mas para eles, dois fatores parecem influir: a cronicidade do delírio e seu contexto emocional. Assim, categorias como convicção e grau de preocupação deveriam ser quantificadas, e também as correlações com insight (consciência da doença) e incongruência afetiva. Se em princípio o insight diminui as chances de passagem ao ato, há casos em que a passagem ao ato é um teste do paciente para verificar a veracidade do delírio, e aí ela ocorreria como consequência de um aumento do insight, e não de uma falta. Remetendo-se a Fulford⁹⁵, os autores entendem que muitos delírios não são crenças, mas julgamentos de valor: O delírio já nasce como uma “razão defensiva para a ação”, processo em que crença e ação são inseparáveis em sua gênese.

Os autores realizaram uma pesquisa com 83 pacientes psicóticos e seus informantes de um hospital de Londres, utilizando a Escala Maudsley para Delírios. Segundo esta amostra, 73,5% dos pacientes apresentaram nenhuma ou apenas uma passagem ao ato; 15,7% apresentaram ações de caráter defensivo, e em

⁹⁵ Cujas reflexões sobre insight e delírio serão abordadas no próximo capítulo.

10,8% foi identificado um padrão de agressividade auto ou heterodirigida. Embora reportem a necessidade de certa reserva em relação aos resultados, o que desejo destacar aqui é o fato apontado pelos autores como o mais notável: a incongruência entre as informações dos pacientes e dos informantes.

Relacionando conteúdo do delírio e a ação, nas ações descritas pelos próprios pacientes a presença de delírios catastróficos foi bastante associada ao comportamento agressivo, e também alguns poucos casos de experiências de passividade. Já na avaliação do julgamento dos informantes, delírios de catástrofe e de passividade foram associados à ausência de ação, e a presença de delírios persecutórios foi associada a provável ação motivada pelo delírio.

Portanto para estes autores a ação motivada por delírio destaca duas áreas fenomenológicas: primeiro, a consciência de evidências que sustentavam o delírio e a busca por elas, e também a ação como procedimento visando desafiar ou questionar a convicção delirante. Segundo, a presença de sentimentos de tristeza, medo ou ansiedade como consequência do delírio. Os demais elementos psicopatológicos não foram identificados como relevantes. E em uma segunda aplicação da escala, apenas os aspectos afetivos se mantiveram como determinantes fortes.

Assim, com relação às emoções, os autores afirmam que, segundo a pesquisa, não é a convicção delirante que mais impulsiona a atuação, mas a contradição e a dúvida sobre a veracidade do delírio, e a busca de evidência para confirmá-lo ou não, o que pode ser até um indicativo de recuperação clínica. Entendo que o trabalho mostra bem como o estigma da violência e agressividade não corresponde, muitas vezes, à realidade. Mas o desvelamento da verdade só é acessível ao trabalho clínico, que pretenda entender junto com o paciente as motivações de suas ações e avaliar as repercussões pessoais e sociais delas. A avaliação em uma situação de emergência me parece necessariamente insuficiente, se não há um rapport com a narrativa do paciente. Penso que o trabalho de Callender é de grande utilidade clínica, pois ele aborda os aspectos importantes na avaliação da responsabilidade dos pacientes sobre seus atos. Estes fatores estão, penso, bem resumidos quando Callender busca caracterizar os componentes da ação livre e responsável:

Primeiro, não pode haver constrangimentos externos ou coerção à ação da pessoa. Em segundo lugar, a ação deve ser de acordo com a sua natureza real do

agente (por exemplo, em contraste com uma ação realizada por alguém como consequência de doença mental). Em terceiro lugar, deve refletir seus desejos. Uma ação voluntária é portanto uma ação com um certo tipo de história causal (CALLENDER, 2010:167)⁹⁶.

Mas a garantia desta liberdade de ação está, antes de tudo, na possibilidade de se fazer de modo diverso.

“Existe uma visão geral de que uma pessoa pode ser considerada moralmente responsável por uma ação apenas se houver possibilidades alternativas abertas para ele ou para ela e se ele ou ela possuírem a habilidade de fazer de outra forma” (CALLENDER, 2010:170)⁹⁷.

Assim como Arendt, Callender reconhece a ameaça de perda de valores morais que o declínio da religião pode significar para o mundo humano, mas acredita que tal fato também nos concede a chance de nos libertarmos de um sistema de códigos exterior que pode tornar-se repressor e violento.

Nenhuma teoria dará conta de uma visão completa da moralidade. Callender entende que o comportamento moral é uma habilidade social, e que a exposição à arte e à cultura podem ajudar a desenvolver e aperfeiçoar nossa sensibilidade moral. Para ele, a ausência de fatos morais objetivos (naturais) não é incompatível com a manutenção de valores morais.

Entretanto, se a moral é algo que temos que construir, encontramos uma nova forma de liberdade, isto é, a liberdade de criar e ser responsáveis por nossos sistemas de valor moral. Liberdade e responsabilidade não serão nunca completamente definidas pela análise de como nos comportamos em uma dada ordem moral. Ao contrário, devem ser descritas em termos de nossa habilidade em criar e modelar a ordem moral da qual fazemos parte (CALLENDER, 2010:11)⁹⁸.

Nas interações psiquiátricas involuntárias, a avaliação da vontade do paciente refere-se à responsabilidade sobre suas ações morais, sua razão prática. Entender que os padrões morais resultam de uma construção social e cultural dá a dimensão de uma responsabilidade pública que está colocada tanto para o paciente como para o avaliador: Em termos socráticos, importa saber em que mundo

⁹⁶ Tradução nossa. No original: First, there must be no external constraints or coercion on a person's action. Second, the action must be in accordance with his or her true nature (e.g. in contrast to an action carried out by someone as a consequence of mental illness). Third, it must reflect his or her true desires. A voluntary action is therefore one with a certain kind of causal history (Callender, 2010:167).

⁹⁷ Tradução nossa. No original: There is a general assumption that someone can be considered to be morally responsible for an action only if there were alternative possibilities open to him or her and he or she had the ability to do otherwise (Callender, 2010:170).

⁹⁸ Tradução nossa. No original: Nevertheless, if morals are something that we have to construct, we find a new form of freedom, that is, the freedom to create and be responsible for our systems of moral value. Freedom and responsibility will never be fully defined by analysis of how we behave within a given moral order. Instead, they should also be described in terms of our ability to create and shape the moral order of which we are a part (Callender, 2010:11).

queremos viver. A determinação de uma internação involuntária, como ato moral, revela um contexto local que vai muito além deste evento específico: o estatuto das liberdades e das formas de cuidado possíveis que a inserção do saber e da terapêutica médico-psiquiátrica na experiência humana consegue compor.

5 JUÍZO CRÍTICO DA DOENÇA

Um ponto relevante na avaliação psiquiátrica é o juízo que o paciente tem de sua condição de transtorno, também referido como o juízo crítico da doença ou o insight sobre a doença. Os autores que discutem o insight identificam que o tema surge na psiquiatria pineliana, na noção de mania sem delírio, na qual é central a consciência da doença.

Após traçar a história conceitual do insight, Berrios e Marková (2006) concluem que o estatuto clínico do insight resultou de uma “miragem ontológica” causada pela existência do termo específico nas línguas inglesa e alemã (o termo *insight* deriva do alemão *Einsicht*, e significa “olhar para dentro”, e só ocorre em línguas de raiz germânica). Mas as psiquiatrias francesa e germânica abordaram a questão do insight de forma diversa. Como os franceses não possuem uma palavra específica para o insight, o fenômeno é descrito na noção mais ampla de consciência de doença. Assim, os autores descrevem como os alienistas franceses do fim do século XIX e século XX interessam-se pelos quadros onde a consciência da doença, apesar de presente, era impotente ante a força que emanava de outras esferas, como as alucinações imperativas ou os delírios, e portanto não se poderia atribuir responsabilidade legal na loucura.

Quanto à visão alemã, os autores lembram que, apesar de não ter destacado um significado clínico ou diagnóstico particular no insight, Kraepelin denominou o insight como “juízo”, descreveu um prejuízo na demência precoce (em comparação com as observações da vida interior na doença depressiva), mas também um reconhecimento da doença nos casos de remissão rápida após episódios iniciais. E tanto Kraepelin como Bleuler observaram as atitudes de perplexidade, complacência e inadequação ou incongruência afetiva dos pacientes em relação à experiência psicótica.

Jaspers fala tanto do juízo como função do pensamento quanto de consciência crítica de doença, e em 1948, ressalta a importância da auto-observação como ferramenta básica da descrição psicopatológica. Mas, conforme observam alguns autores⁹⁹, Jaspers não entendia que durante os estados psicóticos

⁹⁹ Ver, por exemplo, na coletânea *Insight and Psychosis*, os artigos de Berrios e Marková, e de Kim – o último descrevendo a influência de Jaspers na psiquiatria do Japão no século XX – , ou ainda o artigo de Mella et al, no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2011.

houvesse consciência de doença, o que foi usado pela psiquiatria pós-jasperiana como um critério de diferenciação psicose-não psicose.

Na psiquiatria inglesa, pode-se dizer que foi Aubrey Lewis que, em 1934, considerando a perda de insight na psicose, definiu o insight como “a atitude correta em relação a uma mudança mórbida no sujeito”. Contrariando a visão tradicional, argumentou que em muitos exemplos vê-se que a atitude incorreta em relação à doença não é exclusiva das psicoses, podendo também ocorrer em pacientes com doenças físicas. E que, da mesma forma, muitos pacientes psicóticos reconhecem as alucinações como vozes próprias e como sintomas de sua doença. Assim, Lewis sugeriu que o insight como critério para a diferenciação psicose – não psicose fosse abandonado, o que só ocorreu no DSM-IV e no CID-X.

O insight, atualmente, é um conceito polissêmico e complexo. Em 1990, David (apud Kirmaier, 2006) descreveu as três dimensões do insight: o reconhecimento de que se possui uma doença mental, a habilidade de identificar eventos mentais como patológicos, e a adesão ao tratamento. Mas na avaliação clínica, elas podem estar presentes e evoluir independentemente umas das outras.

5.1 Juízo crítico e senso comum

Jaspers observa que a doença mental difere na observação do médico e na autorreflexão do paciente. No conceito de *atitude do paciente* (em relação à doença) – ou *juízo crítico*, termo cunhado em psicopatologia – o médico procura compreender o modo como o paciente encara os sintomas patológicos. Entende-se que nas pessoas “normais” a parte sã assume esta função. Jaspers aponta, entretanto, que a *auto compreensão* é um fenômeno complexo, cujos limites se mostram nos diversos tipos de personalidade e, por conseguinte, nas transformações do todo do indivíduo, pela doença.

Assim, a *perplexidade* seria uma atitude compreensível da personalidade normal à irrupção da psicose; seria, portanto, em muitos casos um resto da personalidade sã; e ele descreve “perplexidade melancólica”, ou “perplexidade paranoica”. Ou ainda o “medo de enlouquecer” no início dos processos.

A própria diferenciação entre *desenvolvimento* e *processo* que Jaspers introduz também atesta a dificuldade em distinguir, nos tipos de desenvolvimento, o que é personalidade, e o que é doença.

Há, portanto, psicoses que introduzem, elas próprias, significados novos; psicoses que se relacionam pelo conteúdo com a personalidade do enfermo (psicoses esquizofrênicas, sobretudo); como outras psicoses existem que são de todo estranhas à personalidade, que não acrescentam à psique carga, nem significado algum (Jaspers, 1973:497).

Um sistema delirante resulta da elaboração crônica das vivências delirantes pelos pacientes, um movimento que é “geneticamente” compreensível para o observador. Da mesma forma quando, olhando retrospectivamente seus sintomas – portanto a certo distanciamento deles – o paciente procura dar um significado à doença. Assim, Jaspers observa que “a mente [o pensamento racional] está tão presente na vida psíquica enferma quanto na sadia” (Jaspers, 1973:500). Mas ele adverte que, embora tais interpretações nos ajudem a compreender as conexões dos conteúdos, deve-se rejeitar qualquer significação causal definitiva.

Jaspers distingue a *consciência da doença*, onde o sentimento de estar enfermo e de mudança é parcial, de uma *compreensão da doença* por parte do paciente, o ajuizamento de sua enfermidade na diversidade de seus aspectos. Mas esta compreensão ampla acerca da natureza e gravidade da doença, acompanhada por um sentimento de estar doente, Jaspers identifica como “aquela correção que um indivíduo mediano, sadio, do mesmo ambiente cultural, possa fazer de outro indivíduo enfermo” (Jaspers, 1973:502). É a partir desta medianidade que Jaspers fala em juízo crítico da doença. *Uma medianidade que é, portanto, social.*

Assim, ele observa que a *morbidez* varia segundo o meio, mas esta medianidade social não é a justa medida de Aristóteles. O meio entre os extremos é o ato justo e ético, mas o “meio” cultural é plural, e julga mais segundo tipos e estereótipos, e faz variar o entendimento sobre o que é e o que não é loucura. Se o paciente interpreta sua crise como uma reação a uma perda, por exemplo, isto é bem aceitável para o homem mediano (em nosso meio). Segundo Jaspers, o psicopatologista não deve aceitar isto como causa final do delírio. Mas deve atribuir ao paciente juízo crítico, pois ele identifica ter atravessado uma crise, embora possamos discordar ou desconfiar dele quanto à causa. A decisão do médico, sim, tem que buscar uma “justa medida”, entre os diversos interesses: da segurança pública, da indicação de tratamento, da autonomia do paciente, do risco para si e para os outros.

Neste sentido, para Jaspers a compreensão da doença pode existir na psicose aguda, mas é passageira (quando permanente, é psicopatia e não psicose).

Após a recuperação de psicoses agudas, entretanto, é comum um ajuizamento correto dos sintomas mórbidos. Daí a compreensível preocupação com a recaída, por exemplo. Mas a compreensão pós psicoses crônicas muitas vezes é parcial, ou há uma atitude de negação. Às vezes algum traço patológico permanece como verdadeiro para o paciente, e então a compreensão não é plena. Outras vezes as experiências psicóticas são valorizadas (como as experiências alucinógenas em Nerval). Ou os pacientes simulam uma consciência mórbida, ou apenas repetem sem convicção as palavras de seus psiquiatras, atitudes bastante comuns na prática clínica.

O juízo crítico para Jaspers é prova de que existe um psiquismo (a “mente”), que se faz presente tanto na saúde quanto na doença. Seu critério para uma compreensão ampla da doença é aquela do ambiente cultural onde ele está inserido. Mas na última seção sobre a consciência da doença, ele chama atenção para a vontade de adoecer, e de como o doente, de certo modo, participa da construção de sua doença, a qual não se resume em um processo objetivo e natural, incluindo um componente subjetivo que configura o próprio adoecer.

A vontade pode interferir na psique, pode obscurecê-la, ou pode iluminá-la; pode inibi-la ou a ela ceder, crescer-se alguma coisa e alguma coisa recalcar. Existem estas possibilidades em relação ao adoecer, na medida em que adoecer não constitui, apenas, curso biológico objetivo, mas também curso subjetivo da consciência da doença, a qual tanto espelha, indiferente, paralelamente, a doença quanto representa fator atuante, componente do próprio adoecer (Jaspers, 1973:506-507).

A vontade de adoecer pode ser, então, componente do próprio adoecer, comportamento psíquico que influencia a evolução dos processos mórbidos. Ao citar Kierkegaard – “a maior aflição é e sempre será não sabermos se nosso sofrimento é moléstia da mente ou pecado” (1973:508) – ou seja, se somos doentes ou responsáveis e merecedores, Jaspers aponta para uma origem “profunda e inacessível” às concepções psicopatológicas, de onde o homem pode distanciar-se do que lhe acontece, identificando como seu ou opondo-se a tal identificação. A interpretação compreensiva dos fenômenos pode ser infinita, e o comportamento do indivíduo, entretanto, relaciona-se com sua essência de forma impossível de objetivar.

Para Jaspers a atitude com relação à doença comporta uma polaridade: um saber compreensivo do processo mórbido e uma apropriação compreensiva,

relacionada ao fundamento da existência própria. A apropriação compreensiva visa igualar-se a um saber o mais completo possível, mas o padrão não pode restringir-se à média (aí Jaspers adverte os cientistas com relação à medianidade), pois o homem é sempre possibilidade, e tudo pode ou não ser reconhecido como doença.

Não se pode escamotear no conhecimento científico de meros eventos naturais aquilo que se haja experimentado, com toda a seriedade e o máximo de clareza consciente, como sendo o trato secreto de Deus, que jamais permite saber, à definitiva, o que Deus disse ou pretendeu dizer (Jaspers, 1973:510).

Para Jaspers, advém justamente daí a liberdade do homem: do fato de não saber a verdade, de que o ser é inacessível ao conhecimento. Para ele, na ausência clara de uma visão totalizante que a ciência não pode dar, o psiquiatra não tem como esquivar-se da filosofia. E seu modo de ser filósofo está no exemplo, e não na teoria. A “arte da ação terapêutica” não se subordina a regras. Nem é possível anteciper a eficácia histórica da “razão e do humanitarismo, a discrição e a franqueza”. Jaspers recorre então a uma citação hipocrática como limite: *iatros philosophos isotheos*. O filósofo médico é igual a Deus. Se, por um lado, isto exprime um fim impossível, coerente com a visão jasperiana de que o todo do homem é inalcançável, ao mesmo tempo aponta uma direção que, se em épocas passadas pretendia igualar a onipotência de Deus com a do médico-cientista, hoje busca na atividade que é o cuidado com o outro interrogar também a si próprio, as condições de possibilidade de si como divindade, como autoridade, como médico, como guia, em um instante tal. Na ausência do Deus é a relação que sustenta o lugar do psiquiatra filósofo junto a seu paciente. É o *politikos* que deve, então, estar inserido na fórmula, pois o eu de Jaspers é um eu dirigido aos objetos, um eu em relação com o mundo.

Buscando alicerces para uma concepção não solipsista das categorias do espírito, Arendt reflete sobre o julgamento humano, o qual em Kant – segundo ela o filósofo mais sensível à pluralidade humana – tem suas raízes no laço comunitário. Arendt não concluiu seu estudo da faculdade do *juízo* em *A Vida do Espírito*. Assim, o julgar surge na edição como um apêndice, sob forma de notas e esboços, ou escritos elaborados por ela em conferências ou seminários. Entretanto, Mary McCarthy, organizadora do volume póstumo de Arendt, observa que a amiga esperava que a análise do julgar fosse necessariamente mais curta, já que somente a partir de Kant tal faculdade foi “descoberta” (com exceção dos filósofos da

estética). As experiências das Revoluções Francesa e Americana trouxeram a Kant a preocupação com a questão da fundação da comunidade política, que para ele não estaria na moralidade.

A terceira crítica de Kant é a *Crítica do Gosto*. Arendt explica que o gosto era um tema popular no século XVIII; Kant postulou então a faculdade do *Juízo*. Assim, a questão moral do certo e do errado não se encontra no âmbito do gosto ou do juízo, mas somente da razão prática. De modo que nem a verdade nem o homem como ser cognitivo comparecem nas duas partes da *Crítica do Juízo*.

Arendt distingue a atividade de julgar e o pensamento: a faculdade de julgar lida com particulares, enquanto o pensamento lida com coisas invisíveis e com o universal. E se a razão prática raciocina e diz o que fazer e o que não fazer, o juízo do particular não é filosofia moral, pois surge do gosto, que é um prazer contemplativo ou um “deleite inativo”. Os juízos não surgem por dedução ou indução; não são operações lógicas, mas um “sentido silencioso” em que Kant identificou a voz da razão e associou, na estética, ao gosto; já a voz da consciência não é nada silenciosa, é um imperativo.

É o “alargamento do espírito” que permite a comparação de nosso juízo com o juízo possível dos outros, sendo possibilitado pela faculdade da imaginação. O pensamento crítico, portanto, não se exclui do convívio humano, mas torna os outros presentes, constituindo-se como espaço público. Trata-se de uma atividade que relativiza o interesse próprio para considerar o ponto de vista dos outros. Não como generalidade conceitual, mas como juízos particulares que nos levarão a um “ponto de vista geral”, que seria a imparcialidade, mas que não nos diz como agir. A Revolução Francesa, por exemplo, adquire seu significado devido à participação solidária de todos, que é o que leva à esperança.

Arendt observa que em sua *Antropologia* Kant atribui a insanidade à falta deste senso comum, julgamento de espectadores, sem o que mesmo a lógica de um *sensus privatus* se torna insana, pois perde o lastro da validação comum da comunidade humana.

Arendt detém-se nestas duas faculdades que possibilitam o juízo: a imaginação e o senso comum. A atividade de julgar é uma operação de reflexão, que a representação interior do objeto (imaginação) prepara. O belo é o que nos apraz no ato de julgar; o que nos afeta não na percepção (isto é o gratificante), mas na representação, quando já não há a presença imediata do objeto. Só aí se instala

a distância que permite o julgamento do belo ou do feio, do certo e do errado. Quanto ao senso comum, é o elemento não subjetivo, consideração do que interessa à sociedade, em detrimento de nosso egoísmo. Ou seja, a intersubjetividade.

O que nos apraz, entretanto, pode ser aprovado por nós ou não. Tais aprovações ou reprovações são posteriores, quando experimentamos o prazer adicional por aprovar. São duas questões envolvidas, segundo nos relata Arendt: algo nos apraz ou desapraz, mas este sentido interno (semelhante ao gosto) é submetido a um segundo julgamento, a uma aprovação ou desaprovação da primeira sensação, mas que para Kant é um re-pensamento, que posteriormente nos dá um prazer adicional. Se o padrão que utilizamos para definir nossos juízos é o senso comum, o critério para o juízo que aprova ou desaprova é a comunicabilidade ou o caráter público.

A comunicabilidade da sensação ocorre em três condições: primeiro, as sensações dos sentidos, que são comunicáveis porque todos os seres humanos os possuem, embora totalmente privadas e sem muito juízo envolvido. Depois os juízos morais, que são os da razão prática: estes são necessários e permanecem válidos mesmo sem serem comunicados. Em terceiro lugar, os juízos ou o prazer no belo, nos quais há um juízo que se baseia em um intelecto comum e estável que pressupomos em todos.

Arendt indica que Kant, ao usar o termo latino *sensus communis*, não fala de um sentido como os outros, mas de um “sentido extra, uma capacidade mental extra [...] que nos ajusta a uma comunidade” (Arendt, 2008:525). As máximas deste *sensus communis* são, segundo Kant: a máxima do esclarecimento (o pensar por si mesmo), a máxima da mentalidade alargada (colocar-se no lugar de todos em pensamento), e a máxima da consistência (estar de acordo consigo mesmo).

Máximas são necessárias para questões de opinião e juízo. Mas a verdade, fim da cognição, nos compele e dispensa máximas. As proposições cognitivas ou científicas não são juízos, mas Arendt observa que também os juízos morais não podem ser considerados juízos, pois para Kant não são produtos da imaginação ou da reflexão. Não podemos compelir os demais a aceitar nossos juízos, podemos no máximo convencê-los, apelando para o senso de comunidade. A imparcialidade, para Kant, é o prazer sem interesse que o Belo nos provoca. E se o gosto ou a rejeição por algo são, na aparência, sentimentos privados, tal julgamento só

acontece na medida em que somos membros de uma comunidade. Assim, a faculdade do juízo pressupõe a presença de outros. Arendt conclui que através do juízo a ideia de humanidade se torna para todos os homens civilizados o princípio de suas ações e juízos, unindo ator e espectador.

“O imperativo categórico para a ação poderia enunciar o seguinte: aja sempre segundo a máxima que permita que esta unidade original [do ator e do espectador] possa ser realizada em uma lei geral” (Arendt, 2008:528).

Tal seria então, para Arendt, o fundamento da política: um julgamento que não é cognitivo, mas que se origina na consideração por este senso comum, “como um dever”.

Nesta perspectiva, a dificuldade maior do juízo é julgar o particular combinando-o com o geral característico do pensamento, principalmente quando o geral relativo ao particular não é dado. Segundo Arendt, Kant apresenta duas soluções para o problema: a primeira envolve a ideia da unidade geral da humanidade, ou uma noção derivada de natureza humana. Ou ainda a ideia de finalidade: todo objeto particular contém, em sua realidade, uma finalidade. Somente os objetos estéticos e o homem parecem não ter finalidade dada pela natureza. Em termos kantianos, o Belo é um fim em si mesmo. Mas a finalidade estética seria, então, o prazer dos homens, para que se sintam bem no mundo.

A segunda solução de Kant é a validade do exemplo. O exemplo não é o conceito abstrato, mas é, assim como o *tipo*, um particular que revela um conceito ou regra geral.

Mas Arendt indica a contradição em Kant: o progresso como lei da espécie humana e a dignidade humana que exige a visibilidade de cada um em particular, a consideração de cada ser como pessoa única e incomparável. Preocupação prevalente em Arendt, de sempre desconfiar do universalismo reducionista, de sempre afirmar que o julgamento do particular deve ser realizado na consideração de sua especificidade. Sua reflexão inacabada sobre o julgamento deteve-se neste ponto, parecendo propor uma política “estética”, onde o gosto é mediado pelo senso comum como um imperativo. Tal posição insiste em negar o estatuto cognitivo – o saber – no julgamento e nas convicções políticas, visando, como conclui Kristeva, salvaguardar a integridade da *doxa* e a conflitualidade inerente à vida do espírito.

“O que conta é esse apetite de pensamento que não cessa, em Arendt, de procurar os fundamentos do elo entre particular e geral, entre indivíduo e

pluralidade, para justificar uma condição humana vivível, tão livre quanto justa” (Kristeva, 2002:205).

Em Arendt, como vimos, o modelo socrático do pensamento como dois-em-um estabelece uma ética ao introjetar o mundo no ego pensante. Mas, se aparecer para si mesmo constitui o fundamento do modo como aparecemos no espaço público, ou seja, a base da virtude política, isto é insuficiente como ética de responsabilidade pessoal. A responsabilidade de escolher a si mesmo, a responsabilidade de julgar e escolher nossos exemplos e a responsabilidade com a durabilidade do mundo conformam o modo como nos apresentamos e formam a base da responsabilidade política e pessoal. E esta ética da responsabilidade está pousada na reflexão e não nas prescrições ou normas.

“O fundamental para uma práxis ética que só se revela no mundo das aparências é como cada um se singulariza por meio de seus atos e palavras, de modo a atrelar singularidade e responsabilidade” (Assy, 2004:53).

Assim, a liberdade humana não é o horizonte das experiências interiores, mas o espaço para o exercício da virtude pública. A satisfação interior decorre em parte do compromisso com a comunidade em que vivemos, o cultivo dos sentimentos públicos. É este o sentido da satisfação que alimenta interiormente o *sensus communis* da estética kantiana. Como mostra Assy (2004), não se trata de um *self* a serviço do bom homem interior, mas uma espécie de “*self* social”. Este sentimento de uma “felicidade pública” se desgasta com a retração do espaço público da vida moderna. Assy observa, então, o esforço de Arendt em valorizar o cultivo da alteridade como fonte de deleite e satisfação no julgamento do ego pensante, em detrimento das idiosincrasias pessoais / privadas. Daí sua preocupação com a incapacidade de pensar, julgar e assumir responsabilidades que caracterizam o pensamento burocrático e o mal do mundo contemporâneo.

Como explica Pinheiro (2007), este *ethos* público é valorativo e dá sentido à existência, sustentando as opções entre as várias possibilidades que se apresentam aos sujeitos. Seja na vida individual e privada, seja na vida coletiva (política), “o *ethos* orienta a dimensão prática da vida, pois é dela que se forja a maneira de compreender e organizar a conduta... [propor o cuidado como valor implica] o reconhecimento do *ethos* cultural de quem é cuidado, pois negar isto é negar a possibilidade efetiva de sua (re)valorização” (Pinheiro, 2007: 21).

Ao discutir as psicopatologias do ser social, Leal (2006) explica que, partindo de autores como Kahlbaun e Kretchmer (e a ideia de colapso do ser social na esquizofrenia) e de Minkowski (e sua visão sobre o autismo esquizofrênico como perda do contato vital com a humanidade), Stanghellini entende a esquizofrenia como transtorno do senso comum, como resultante desta falta de sintonia com o mundo, qualidade básica da condição humana, sendo a subjetividade entendida como fruto da relação entre o sujeito corporal e o mundo. O senso comum é a ordem interpretativa cotidiana, pré-verbal, suposta em todo sujeito contextualizado em seu mundo sócio-cultural. Stanghellini identifica que uma falha do senso comum (*koiné aisthesis*) aristotélico, responsável pela integração das diferentes modalidades sensoriais, irá alterar o sentimento básico de agência dos atos. A alteração desta dimensão da corporeidade acarreta a perturbação da sintonia (*attunement*) social, que constitui a base do conhecimento prático humano.

Seguindo esses passos, o *senso comum* poderia ser representado não só como uma rede de crenças, isto é o conhecimento social, mas também como um modo intuitivo de sintonia básica do indivíduo com o mundo. Se a primeira dimensão definia o pano de fundo para a organização da experiência cotidiana, o segundo refletia a capacidade afetiva-conativa de estabelecer relação com o outro. Ambas sustentariam o processo da subjetividade (Leal, 2006:121).

Nesta perspectiva, o senso comum é o sentido que permite o compartilhamento social de nossas percepções, nosso crivo de realidade. Assim, embora Jaspers relate que o juízo de realidade pertence à consciência do ser, ela é vista como algo que “impõe resistência”. A perspectiva do senso comum me parece mais radical, por não pensar o eu como independente dessa realidade compartilhada. Mas o parâmetro apontado por Jaspers para o juízo sobre a doença é a medianidade do homem comum, uma referência que é localizada no coletivo, no social. Em Kant o juízo é o juízo estético, que tem sua base no senso comum, e não o juízo moral, onde intervém a razão prática e suas máximas. Callender, entretanto, fará uma aproximação entre o juízo moral e o juízo estético através da arte.

Callender lembra que a relação entre arte e moral importa aos filósofos desde os tempos clássicos. Em Platão, o valor final que a arte produz é o crescimento moral. Callender argumenta que se em Kant o juízo estético baseia-se mais na intersubjetividade, em oposição à lei moral baseada em uma necessidade racional, por outro lado Kant vê a beleza como “símbolo da moralidade”, pois o prazer fruído vai além da mera impressão sensorial, levando a certo “enobrecimento e elevação”,

o que torna a mente susceptível às considerações morais. Kant descreveu o desinteresse como elemento distintivo do juízo estético: o valor de uma obra de arte reside apenas nela, e não em contingências externas (como sua utilidade, ou os interesses do observador). Também o julgamento moral deve ser isento e desinteressado.

O desenvolvimento da sensibilidade e do comportamento moral resulta da aquisição de habilidades de percepção, imaginação, raciocínio, e sociabilidade. Capacidades que devem ser cultivadas e permanentemente praticadas.

A novidade radical que caracteriza a obra de arte original não está baseada em regras. Está, antes, na quebra e ruptura de caminhos já estabelecidos. É a imaginação criativa que, como disse Kant, concede 'espírito' à obra de arte, que convoca da mente uma resposta emocional ativa e produz novas perspectivas para a visão que temos de algo. Criatividade que ignora o conhecimento causal, que ocorre fora da consciência e da esfera da deliberação ativa. O processo de criatividade artística tampouco é acessível à introspecção, e porta um sentido de liberdade e espontaneidade. A criatividade é valorizada na arte, mas Callender observa que o pensamento criativo faz parte do nosso dia a dia, ao buscarmos soluções para as dificuldades, o que requer abertura e flexibilidade.

Callender exemplifica com as mudanças na percepção que temos dos outros que alguns filmes, peças e livros nos provocam, muitas vezes por colocar-nos em uma nova perspectiva de avaliação, produzindo uma identificação com o estranho ou o desconhecido.

Retorno ao esquema kantiano: será então que, uma vez constatada a ausência de uma moralidade kantiana em termos de imperativos racionais, de valores universais dados, será então o destino da moralidade tomar por parâmetro este *sensus communis*, este sentido alargado de sensibilidade, atualizado em cada ato específico de caráter moral?

Penso que estas reflexões me fazem pensar em como existe em nossas ações sempre a referência a este senso comum, como parâmetro para a correção das nossas ações e de outros. A base de nossas ações e desejos está sempre, de certa forma, no prazer de algo Belo e valorizado socialmente. Acho que o trabalho clínico gera também este prazer duplicado, que é o prazer de estar fazendo bem, que Kant descreve como o prazer adicional de aprovar o Belo. E, de certa forma, queremos que o paciente também desfrute este prazer, que ele se reintegre à

comunidade de que faz parte, o que passa por aceitar aquilo que temos a oferecer-lhe a partir do que ele nos oferece. Esperamos que o paciente reconheça seu próprio sofrimento e não há beleza no sofrimento humano. Mas se trata de algo que é preciso socializar, e neste sentido há a referência a este *sensus communis*. O trabalho clínico, como o entendemos, passa por uma ajuda a fim de que o paciente possa construir uma narrativa de si que o dignifique. Isto tem a ver com o que Arendt aponta como a ética da polis grega: o modo como aparecemos para nós mesmos e para os outros. Este si socrático é o diálogo do dois-em-um que é o mundo introjetado. Para o paciente, entender-se (ajuizar-se) como esquizofrênico ou bipolar implica em entender o que é ser esquizofrênico ou bipolar no mundo de hoje. Então, é um modo de se posicionar em relação a este mundo. Assim, possuir a consciência da doença é estar em condições de, para além e apesar das determinações, reconhecer e narrar sua própria história. Que será única e singular, e, como obra de arte, será original e irrepetível, e prova da liberdade e da vontade humana.

Que isto se faça segundo uma ética, não uma moral de regras impostas ou simplesmente a adoção de “boas” condutas (Antonin Artaud e Jean Genet bem expressam, em sua vida e obra, que não se trata disso...), mas de uma narrativa em primeira pessoa, que se coloque como história de si, onde se perceba a consciência de uma vontade, de um arbítrio, nos caminhos que tomamos diante das possibilidades e impossibilidades que a vida no mundo sempre nos apresenta. E com a consciência de que estas escolhas são éticas, que elas são um posicionamento público.

5.2 Significação clínica da avaliação do Insight

Por fim, para concluir a trajetória teórica dos fatores relacionados às internações psiquiátricas involuntárias, veremos como os autores abordam a noção moderna de insight e sua importância na clínica psiquiátrica. Como vimos, atualmente a noção de insight envolve a consideração de pelo menos três elementos: o reconhecimento de que se sofre de um transtorno mental, a capacidade de nomeação de eventos mentais como patológicos, e a necessidade de tratamento. De forma geral, os autores que se debruçam sobre o tema apontam a complexidade que decorre da abrangência do conceito. Uma primeira discussão

necessária é a atribuição clássica de Lewis de que o insight possui uma matriz neurobiológica, constituindo expressão de alterações cognitivas.

A objetividade e materialidade da prova que a ciência reivindica, temos visto, ainda não são conclusivas, apesar dos muitos estudos e pesquisas que vêm sendo realizadas pelas neurociências. Em artigo sobre a neuropsicologia do insight, Laroí *et al* (2004) buscam associações entre os transtornos psiquiátricos e transtornos neurológicos de base conhecida onde há comprometimento do insight. Como em grande parte dos estudos sobre a vontade, o modelo neuropsicológico relacionado à falta de consciência de doença na esquizofrenia envolve a disfunção do lobo frontal.

Já na descrição clássica de Babinski da *anosognosia*, síndrome neurocomportamental característica, os déficits de falta de consciência são fenômenos geralmente observados em um *continuum* de gravidade, e não como um “tudo ou nada”, e a relativa preservação do intelecto sugere que não há um distúrbio cognitivo generalizado. Também na discinesia tardia, uma síndrome caracterizada por movimentos coreoatéticos que podem ser acompanhados por tiques ou distonia, os sintomas são muitas vezes socialmente debilitantes, mas os pacientes muitas vezes não apresentam consciência de sua presença. Os distúrbios de consciência em pacientes neurológicos comumente são lesões no hemisfério direito; lesão em lobo parietal direito causa alterações da consciência corporal e delírio, mas há também os casos de *anosognosia* envolvendo regiões pré-frontais. Geralmente as lesões do córtex pré-frontal produzem comprometimento cognitivo importante do qual os pacientes muitas vezes não se dão conta. Descrições clássicas de lesões do lobo frontal ressaltam os sintomas positivos (perseveração, comportamento estereotipado, etc), e não os sintomas negativos. Mas os pacientes não reconhecem estes sintomas produtivos e mantêm-se indiferentes aos erros que cometem (“*local error-monitoring*”). O conhecimento geral está preservado, mas os pacientes são incapazes de aplicar tal conhecimento a seu comportamento ou percepções.

Os autores pretendem demonstrar que, como no caso de lesões focais, também na esquizofrenia cursa certa anosognosia. A consciência alterada das funções motoras e sensoriais, como o comportamento involuntário, as experiências sensoriais incomuns como as distorções da esfera somática, alterações da imagem corporal e delírios somáticos, são fenômenos presentes na esquizofrenia. Na ecolalia e na ecopraxia, sintomas bastante descritos, os pacientes muitas vezes

possuem consciência crítica sobre seu comportamento, mas não conseguem evitar realizá-lo.

Há muitas semelhanças entre pacientes esquizofrênicos e pacientes neurológicos com lesão em lobo frontal. Contudo, os autores observam que não está ainda determinado se na esquizofrenia as alterações refletem comprometimento do lobo frontal ou são secundárias a alterações bioquímicas ou estruturais inespecíficas.

A *agnosia auto-noética* descrita por Keefe é a incapacidade na identificação de eventos mentais gerados pelo self. A falta de insight também pode ser vista por esta perspectiva de uma alteração cognitiva. Muitos delírios encontrados na esquizofrenia parecem envolver um grave distúrbio de entendimento do self, como os delírios de grandeza e religiosos, os sentimentos e pensamentos “impostos”, e também muitas alucinações onde a consciência de si está alterada, o que leva à interpretação errônea de um fenômeno interno que é percebido como vindo do exterior. Da mesma forma, distúrbios no armazenamento de memória podem também resultar na perda de informações sobre os dados atuais e, uma vez descontextualizados, na interpretação de que alguma força externa está no controle dos fenômenos. Uma série de aspectos da função cognitiva participa da capacidade do indivíduo diferenciar o mundo interno e o externo, incluindo o sistema supervisor da atenção que mantém o indivíduo consciente das informações que possui, e cujo prejuízo pode causar discrepância entre os eventos mentais e a consciência a respeito deles.

“O insight, em parte, encontra-se portanto na habilidade de se estar consciente sobre o que é parte do self, e distingui-lo do que não é” (LAROÏ *et al*, 2004:142)¹⁰⁰.

Flashman e Roth (2004) propõem um modelo cognitivo sobre a etiologia da consciência de doença na esquizofrenia, descrevendo o envolvimento de diversas estruturas cerebrais nos quadros de insight comprometido. Assim, os autores enumeram diversas funções cognitivas atribuídas às estruturas:

- Lobo frontal: responsável pela habilidade no automonitoramento e autocorreção a partir de inferências;
- Lobo parietal: integração complexa das percepções sensoriais;
- Áreas pré-frontais e giro cingulado: capacidade de auto-avaliação.

¹⁰⁰ Tradução nossa. No original: Insight, in part, thus relies on the ability to be aware of what is part of the self, and distinguish it from what is not (Laroi *et al*, 2004:142).

- Córtex pré-frontal e regiões temporo-parietais, amígdala esquerda e hipocampo: habilidade de atribuir aos outros sentimentos e intenções.
- Córtex pré-frontal e parietal bilaterais, gânglios basais, tálamo, e cerebelo: memória de trabalho (capacidade de reter informações na mente enquanto se processa outras informações relevantes).
- Cerebelo, giro cingulado e giro frontal, e tálamo (circuitos frontais e parietais): responsáveis pelo raciocínio inferencial (habilidade em processar informações levando em conta a experiência pessoal passada e atual).

Detalhar um pouco o envolvimento das estruturas neurológicas nos mostra que, também com relação ao insight, não é clara a determinação orgânica deste conceito. São muitas possibilidades, mas nenhuma certeza que legitime uma relação direta e o uso clínico deste conhecimento específico ainda é muito limitado. Alguns casos apresentam uma correlação mais evidente, outros não.

Estas limitações à identificação de uma base orgânica se devem, como em muitos conceitos e entidades em psiquiatria, à abrangência na definição do conceito. São três parâmetros (David ainda associa um quarto, a contradição hipotética, que parece englobar um teste de tomada de perspectiva). O que se vê na clínica são aspectos e facetas diferentes e muitas vezes independentes.

Kress (2004) observa que o insight não é sequer um *continuum*, mas uma infinidade de *continua*, uma propriedade multidimensional. Não se pode sequer afirmar que uma pessoa tenha mais insight do que outra, pois as pessoas podem ser mais fortes em alguns aspectos do insight e mais frágeis em outros. Ele afirma que a história passada em muitos casos fornece maiores evidências prognósticas do que a mera categorização como uma doença mental, e que na perspectiva clínica e terapêutica, o mais importante é o reconhecimento da necessidade de tratamento e não reconhecer ou não que se possua alguma doença mental específica.

David (2004) destaca o fato que o conceito de insight não é completamente redutível à psicopatologia, pois introduz um sentido que ultrapassa o dos sintomas. A aceitação da necessidade de tratamento, por exemplo, pode também ocorrer sem uma real adesão ao mesmo¹⁰¹. O autor considera, entretanto, que o entendimento sobre os vários aspectos do insight abre possibilidades positivas para a abordagem

¹⁰¹ Kirmaier et al (2004) lembram também que mesmo o reconhecimento de que algo está errado biologicamente não implica necessariamente que o sintoma seja reconhecido como doença mental. Exemplificam com a medicina chinesa tradicional, que não diferencia o transtorno mental da doença física, destacando-o como entidade isolada e com ontologia própria.

clínica. É possível, por exemplo, que se melhorar a adesão sem o reconhecimento pelo sujeito do rótulo de doença mental.

É possível que a adesão possa ser uma faceta da personalidade, estável em relação a certas de situações, mas que evolui ao longo da vida do indivíduo. Similarmente, pode-se tomar por hipótese que o reconhecimento de que alguém tem uma doença encontra-se fortemente amarrado na cultura e está alinhado a outras crenças e modelos de doença (DAVID, 2004:365)¹⁰².

David advoga a que se possa abordar de formas diferentes as diferentes dimensões do insight, entendendo que alguns possam ser mais determinados neurobiologicamente, enquanto outros seriam mais socioculturalmente moldados. Apresentando uma série de estudos que evidenciam a complexidade e contradições possíveis entre os diversos sentidos do insight, ele critica o ideal de uma objetividade absoluta na avaliação do insight:

Considerando esses trabalhos, não devemos esquecer que, como muitos aspectos do insight, o autoconhecimento perfeito que parecemos cobrar de nossos pacientes é um ideal inalcançável. Conceber que aqueles de nós que não são psicóticos possuem o dom de 'ver a si mesmos como os outros os veem', especialmente em situações sociais complexas, seria expor uma profunda falta de insight (DAVID, 2004:368)¹⁰³.

Morgan e David (2004) argumentam que mesmo em pacientes neurológicos, a localização neuroanatômica de estruturas corticais envolvidas na ausência de consciência de doença não é claramente identificada. Assim, quase um século depois de Aubrey Lewis postular uma base neuropsicológica para o insight, a relação deste com a cognição não está esclarecida. Segundo os autores, atualmente supõe-se que importa mais para o grau de insight a disponibilidade mental da informação, e não seu processamento. Mas devemos ser cautelosos com as conclusões.

Pesquisadores observam que as escalas e instrumentos de pesquisa atualmente usados para analisar o insight acabam dificultando a discussão, pois medem diferentes aspectos (uni ou multidimensionais) e aplicam diferentes métodos, o que acaba confundindo as comparações cruzadas. Possivelmente existem aspectos que referem-se à esfera cognitiva; outros não. A consciência da

¹⁰² Tradução nossa. No original: It is possible that compliance may be a facet of personality and stable across a number of situations, but that it evolves across the individual's life span. Similarly, it could be hypothesized that recognizing that one has an illness is tightly culture bound and will be aligned with other illness beliefs and models (David, 2004:365).

¹⁰³ Tradução nossa. No original: In considering such work, we must not forget that, like many aspects of insight, the perfect self-knowledge that we seem to demand of our patients is an unattainable ideal. To assume that those of us who are not psychotic have the gift to 'see ourselves as others see us', especially in complex social situations, would be to display a profound lack of insight (David, 2004:368).

doença e a adesão ao tratamento, por exemplo, parecem sofrer maior influência dos fatores sociais e culturais. Já os aspectos que envolvem auto-avaliação, segundo os autores, são mais afins à esfera cognitiva.

Os mecanismos cognitivos que possibilitam a identificação de sintomas psicóticos individuais como patológicos podem ser mais independentes das influências externas do que os processos subjacentes à autopercepção de que se é um paciente psiquiátrico. Habilidades de renomeação de sintomas podem portanto estar mais relacionadas a déficits no funcionamento cognitivo do que outros domínios do insight tais como a consciência de doença e a adesão ao tratamento (MORGAN e DAVID, 2004:186)¹⁰⁴.

Assim, a contribuição da esfera cognitiva no insight pode variar nos diversos fatores clínicos, como a categoria diagnóstica, o grau de severidade da doença, a duração da doença e o regime medicamentoso. Por exemplo, existe pouca evidência de que a cronicidade da doença interfira diretamente na associação cognição – insight.

“É também possível que pacientes crônicos aprendam com a experiência do cuidado psiquiátrico prolongado de modo que certos aspectos de seu insight, p.ex., adesão e consciência de doença, melhorem com o passar do tempo” (Morgan e David, 2004:187)¹⁰⁵.

Kirmaier et al (2004) também problematizam a suposta objetividade na avaliação do insight. Afirmam que os esforços para o desenvolvimento de escalas de insight baseadas unicamente em parâmetros biomédicos tendem a negligenciar os determinantes sociais do insight. E a avaliação de um insight negativo pode, por outro lado, comprometer o julgamento clínico, a aliança terapêutica e as negociações sobre o tratamento.

Resulta que os pesquisadores restringem-se a medir o grau pelo qual pacientes com sintomas psicóticos concordam com as explicações de seus médicos sobre as origens de suas experiências e comportamentos. Isto produz uma falsa dicotomia onde indivíduos que discordam da opinião médica por qualquer razão, são considerados como possuindo menos insight, enquanto aqueles capazes de aceitar uma explicação médica são vistos como plenos de insight. Esta abordagem ignora a cultura, etnicidade, religião, gênero, educação, e classe social – elementos que parecem contribuir para a forma como se percebe e interpreta sintomas psicóticos e psicose (KIRMAIER *et al*, 2004:199)¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Tradução nossa. No original: The cognitive mechanisms that subserve the identification of individual psychotic symptoms as pathological may be more independent of those external influences than the processes that underlie the self-perception of being a psychiatric patient. Reduced symptom relabelling abilities may therefore be more closely related to deficits in cognitive functioning than other domains of insight such as illness awareness and treatment compliance (Morgan and David, 2004:186).

¹⁰⁵ Tradução nossa. No original: It is also possible that chronic patients learn from the experience of long-term psychiatric care so that certain aspects of their insight, e.g. compliance and illness awareness, improve over the course of time (Morgan and David, 2004:187).

¹⁰⁶ Tradução nossa. No original: As a result, researchers have been reduced to measuring the degree to which patients with psychotic symptoms agree with their physicians' explanations of the origins of their experiences and behaviours. This

Os autores observam que conceitos leigos sobre psicose geralmente diferem das explicações médicas tradicionais. Além disto, pacientes e familiares utilizam múltiplos sistemas de conhecimento e explicação sobre o que sofrem, dependendo das circunstâncias.

Pacientes podem ser capazes de discutir explicações médicas sobre psicose, ao mesmo tempo em que, privadamente, mantêm crenças alternadas quanto à sua origem e significado. Geralmente é o clínico que insiste em uma única e coerente explicação biomédica para os sintomas psicóticos (KIRMAIER *et al*, 2004:200)¹⁰⁷.

Cada uma das três dimensões padrão da avaliação do insight apresenta gradações. O entendimento de que se possui uma doença mental, por exemplo, pode variar de uma concordância superficial a um conhecimento mais detalhado do transtorno mental. A adesão ao tratamento pode derivar simplesmente de aceitação passiva da autoridade médica até uma participação ativa e confiante nos atores do modelo biomédico.

“Isto deve deixar claro que o insight não constitui um objetivo fixo, mas um processo em evolução de negociação de significados de experiências com clínicos e outros atores significativos do mundo do paciente” (KIRMAIER *et al*, 2004:201)¹⁰⁸.

Segundo Kirmaier *et al*, estudos sobre insight em minorias étnicas revelam que a diferença no status etnoracial entre avaliador e avaliado influencia o julgamento do primeiro. Assim, em um hospital londrino o fato de ser afro-caribenho pode influenciar uma avaliação de baixo insight no momento da admissão, por desconhecimento das formas culturais de expressão das emoções.

Para os autores, entender o insight como metáfora implica na noção de que o autoconhecimento é adquirido por observação direta de nossos processos mentais, e de que esta capacidade está comprometida quando não há insight. Mas o autoconhecimento também se baseia em esquemas cognitivos e representações coletivas, e está a meio caminho entre o self e o outro. Na eclosão de psicoses existe uma situação de caos e confusão que o indivíduo e as pessoas que o

produces a false dichotomy in which individuals who disagree with medical opinion, for whatever reason, are deemed to have less insight, while those who are able to convey a medical understanding of their symptoms are viewed as insightful. This approach ignores culture, ethnicity, religion, gender, education, and social class – all of which would seem to be obvious contributors to how one perceives and interprets psychotic symptoms and illness (Kirmaier *et al*, 2004:199).

¹⁰⁷ Tradução nossa. No original: Patients may be able to discuss medical explanations of psychosis, while privately maintaining alternate beliefs as to its origin and meaning. Often it is the clinician who insists on a single coherent biomedical explanation for psychotic symptoms (Kirmaier *et al*, 2004:200).

¹⁰⁸ Tradução nossa. No original: This should make it clear that insight is not a fixed attainment but an evolving process of negotiating meanings of experience with clinicians and other significant actors in the patient’s world (Kirmaier *et al*, 2004:201).

circundam procuram organizar segundo as interpretações que estejam disponíveis, e que representam sempre concepções culturais. Podem surgir, então, construções alternativas e genuínas sobre a realidade.

Embora possa não estar de acordo com a visão psiquiátrica dominante, esta realidade alternativa faz sentido para o mundo local de significados do paciente e, assim, confere os benefícios de coerência, ordem, e inteligibilidade sobre uma experiência incomum, caótica, ou perturbadora (KIRMAIER *et al*, 2004:203)¹⁰⁹.

Mas as explicações para os problemas ou sintomas podem ser múltiplas, fragmentadas e contraditórias. Para os autores, a capacidade de sustentar visões contraditórias está presente em nossa vida cotidiana. Mas na perspectiva o insight “não pode ser mensurado simplesmente como o desenvolvimento da concordância com o clínico, mas deve ser visto como processo de conceder a devida consideração a explicações alternativas. As explicações serão adotadas se fizerem sentido e funcionarem em alguma região do mundo da pessoa” (KIRMAIER *et al*, 2004:208)¹¹⁰.

Pensando o delírio na psicose como falso juízo, Kirmaier *et al* argumentam que metáforas falseadas sobre a realidade são utilizadas cotidianamente como categorias naturais; o pensamento mágico nem sempre é considerado irracional. O que faz diferença é se tais metáforas são sancionadas socialmente como verdades literais ou idiossincráticas.

“O que é característico da esquizofrenia, então, é a dificuldade em organizar as tentativas de construções metafóricas no nível de estruturas narrativas mais amplas que levem em conta as posições de quem fala e de quem ouve” (KIRMAIER *et al*, 2004:211)¹¹¹.

Esquizofrênicos lançam mão de sistemas diversos para entender e explicar suas experiências, e um volume mais intenso e mais prolongado de experiências psicóticas requer o desenvolvimento de um sistema explicativo com muito mais urgência para o sujeito. Daí a rigidez de adesão a alguns sistemas delirantes – não porque sejam primários, mas porque fornecem uma blindagem às ameaças mais

¹⁰⁹ Tradução nossa. No original: While it may not accord with the dominant view of psychiatry, this alternative reality makes sense within the patient's local world of meaning, and, hence, confers the benefits of coherence, order, and intelligibility on unusual, chaotic, or disturbing experience (Kirmaier *et al*, 2004:203).

¹¹⁰ Tradução nossa. No original: Insight cannot be simply measured as the outcome of agreement with the clinician, but must be viewed as a process of giving due consideration to alternative explanations. Explanations will be adopted if they make sense and work in some region of the person's lifeworld (Kirmaier *et al*, 2004:208).

¹¹¹ Tradução nossa. No original: What is characteristic of schizophrenia, then, is difficulty organizing tentative metaphoric constructions at the level of larger narrative structures that take into account the positions of speaker and listener (Kirmaier *et al*, 2004:211).

constantes à estabilidade psíquica dos sujeitos. O que só é mantido com o afastamento do mundo e dos que não aceitam a solução que eles encontraram.

A maior disponibilidade em algumas culturas de sistemas de significação que permitem às pessoas reinserirem positivamente experiências ameaçadoras ou perturbadoras deve refletir-se em uma possibilidade aumentada de reintegração após um episódio psicótico e, correspondentemente, a um melhor prognóstico (KIRMAIER *et al*, 2004:212)¹¹².

Tomando a perspectiva transcultural, Kirmaier *et al* referem-se aos estudos que indicam um melhor prognóstico para pacientes esquizofrênicos a longo prazo em alguns países em desenvolvimento, em comparação com países mais industrializados¹¹³, o que estaria relacionado a uma maior reciprocidade entre a autoimagem dos pacientes e as visões que os outros possuem deles. Os conceitos de pessoa em muitos países em desenvolvimento são mais comunialistas e menos individualistas do que nas sociedades industrializadas, que enfatizam a autoconfiança, a competição e a realização individual em detrimento da solidariedade social¹¹⁴.

O estigma negativo das doenças mentais nas sociedades é um dos aspectos que podem influenciar o reconhecimento um transtorno mental por pacientes ou familiares. O estigma que cerca a doença mental pode dotar o insight de sentidos negativos tanto para a autoestima quanto para status social do indivíduo. A negação da doença tem, no caso, o sentido de uma proteção de relações sociais que podem ser colocadas em risco. Ao mesmo tempo, a aceitação do rótulo pode favorecer a adesão ao tratamento e diminuir os sintomas, quando é eficaz. O estigma da doença mental difere nas culturas, e isto pode também contribuir ou dificultar a melhora e recuperação das crises.

Assim, se na perspectiva clínica (que comungo com os autores) entendemos que a avaliação do insight não deve mensurar apenas a concordância com a opinião médica e sim o funcionamento de processos interpretativos, a falta de insight pode não indicar um sintoma central na psicose, mas a diversidade de explicações possíveis para os fenômenos psicóticos no mundo.

¹¹² Tradução nossa. No original: The greater availability in some cultures of meaning systems that allow people to positively reframe frightening or disturbing experiences should be reflected in an increased likelihood of reintegration following a psychotic episode and a correspondingly better prognosis (Kirmaier *et al*, 2004:212).

¹¹³ Por exemplo, ele afirma que o diagnóstico de psicoses reativas breves é mais frequente em países não ocidentais.

¹¹⁴ Mas os autores advertem que não devemos cair em uma visão estereotipada, idealizada e polarizada de que estes extremos moldem a construção do self, pois existem outras dimensões importantes, assim como variações intraculturais.

Comunidades menores geralmente tendem a um esforço por evitar a rotulagem de comportamento desviante ou de excentricidade de uma maneira que possa conduzir uma pessoa ao ostracismo. Outrossim, em muitas culturas o comportamento desviante não é encarado primariamente como um transtorno mental, mas segundo uma chave de significação que remete ao interpessoal, ou ao social, ou à moral. Tais interpretações podem ser mais importantes para o paciente e seu meio sócio-familiar. A experiência psicótica é estranha e se ajusta a interpretações sobrenaturais, daí sua afinidade às explicações religiosas.

“Explicações religiosas promovem uma resposta satisfatória à psicose não apenas porque amarram extremidades soltas e fornecem ontologia apropriada a experiências estranhas (sobrenaturais), mas também porque possuem força estética, moral, e retórica” (KIRMAIER *et al*, 2004:216)¹¹⁵.

Assim, o insight é uma construção social para a qual contribuem várias referências do universo sociocultural do indivíduo. Após um episódio psicótico, os sistemas de significação são parte de uma cultura onde diferentes atores negociam e são utilizados de acordo com fins variáveis. Isto pode fornecer a algumas pessoas a possibilidade inclusive de permanecerem sintomáticas mantendo uma inserção social adequada e coerente com seu sistema delirante.

Os autores salientam, entretanto, que a cultura é polissêmica e heterogênea em si mesma, e diferentes atores podem mobilizar diferentes aspectos de seu universo cultural, conforme variem as circunstâncias. O diagnóstico psiquiátrico é, portanto, apenas um aspecto de uma necessidade maior de significação e abordagem.

“O reconhecimento da natureza psiquiátrica de um problema e a decisão de buscar socorro psiquiátrico por um indivíduo ou por seus próximos deve ser situada em um contexto de pluralismo e negociação” (KIRMAIER *et al*, 2004:219)¹¹⁶.

Por vezes a ênfase excessiva ou exclusiva do manejo do problema através do diagnóstico psiquiátrico revela a incapacidade da família e do meio social em lidar com o caso. E pode indicar também que o paciente está excluído das práticas tradicionais.

¹¹⁵ Tradução nossa. No original; Religious explanation provides a satisfying answer to psychosis not only because it ties up loose ends and gives an appropriate ontology for uncanny (supernatural) experiences, but also because it has esthetic, moral, and rethorical force (KIRMAIER *et al*, 2004:216).

¹¹⁶ Tradução nossa. No original: Acknowledgement of the psychiatric nature of a problem or the decision to seek psychiatric help by an individual or by his or her entourage must be situated within such a contexto of pluralismo and negotiation (KIRMAIER *et al*, 2004:219).

Para mim a perspectiva transcultural tem implicações importantes: a organização da doença segundo outros sistemas positivos de significação deve ser considerada um recurso clínico valioso para o conhecimento e a recuperação do paciente, e não necessariamente uma visão que esteja em conflito com a visão biomédica / psiquiátrica. Os autores criticam a aceitação passiva e superficial do dispositivo psiquiátrico pelo paciente e familiares, como função pedagógica estrita.

A tarefa colocada para os pacientes é aceitar o diagnóstico autoritário do médico, e eles têm liberdade e estímulo limitados no sentido de retrabalhá-lo de uma forma pessoal e criativa [...] Se o rótulo de doença mental não é em si necessariamente desabilitante, deve ser minimamente objeto de debate se o tipo de insight que resulta desta abordagem possui maior utilidade clínica e eficácia terapêutica do que aquele sustentado por processos simbólicos coletivos, como ocorrem em outras sociedades (KIRMAIER *et al*, 2004:221)¹¹⁷.

Kirmaier *et al* propõem que a intervenção terapêutica deva refletir “uma compreensão dialógica do mundo e da vida do paciente” (2004:221).

Tanto fatores intrapsíquicos como interpessoais podem levar um indivíduo a adotar uma postura de negação, autoengano, ou reconstrução positiva. Uma perspectiva sociocultural enfatizaria que tal postura deve ser compreendida como uma forma de posicionamento social (ou a manutenção de uma posição fluida) vis-à-vis outras pessoas (KIRMAIER *et al*, 2004:222)¹¹⁸.

A relação entre insight e adesão ao tratamento é bastante discutida no campo psiquiátrico. Em primeiro lugar, já foi dito que o fato de reconhecer em si a presença de sintomas de transtornos mentais não implica diretamente na aceitação do tratamento oferecido. Mas observa-se na literatura a predominância de uma relação positiva entre os termos.

Em estudo sobre o insight nos transtornos de humor, Ghaemi e Rosenquist (2004) estimam que a frequência de não adesão em pacientes com transtorno bipolar chega a 40%, e a negação da doença (falta de insight) é a razão mais comum de não adesão.

A partir de um consenso no campo psiquiátrico de que a causa mais frequente de reinternação hospitalar em esquizofrênicos crônicos é a falha na continuidade da adesão aos esquemas medicamentosos, McEvoy (2004) apresenta

¹¹⁷ Tradução nossa. No original: The task assigned to patients is to accept the doctor’s authoritative diagnosis and they have little freedom or encouragement to rework it in a personal and creative way [...] While the mental illness label is not necessarily disabling in itself, it is at least debatable whether the kind of insight that results from this approach is of greater clinical utility and healing efficacy than one supported by collective symbolic processes as found in other societies (KIRMAIER *et al*, 2004:221).

¹¹⁸ Tradução nossa. No original: Both intrapsychic or interpersonal factors may lead an individual to adopt a stance of denial, self-deception or positive misconstrual. A social-cultural perspective would emphasize that this stance must be understood as a form of social positioning (or maintaining a fluid position) vis-à-vis others (KIRMAIER *et al*, 2004:222).

evidências da associação entre a falta de insight na psicose e a falha na obediência à prescrição, remetendo-se a vários estudos e pesquisas que comprovam esta tese. Segundo o autor, cerca de 50% dos pacientes com esquizofrenia tomarão sua medicação como prescrito, sem necessitar de suporte. 35% manterão adesão se tiverem supervisão para isto, e 15% fará o possível para evitar o uso da medicação, podendo requerer intervenção forçada neste sentido. E geralmente quando interrogados sobre a interrupção do uso da medicação, os pacientes negam precisar tomar remédios no momento.

Entretanto, o artigo de McEvoy apresenta uma série de fatores que estão associados à recusa da medicação: falta de confiança em seus médicos, a presença incômoda de efeitos colaterais da medicação, como os extrapiramidais e acatisia, as ideias delirantes que envolvem diretamente o uso da medicação, como o delírio de envenenamento ou outros, o negativismo; o grau de severidade da doença; a lesão orgânica; a história clínica de transtorno ligado ao uso de drogas, etc.

Assim, os aspectos associados com a adesão medicamentosa são a boa relação com o médico, a percepção de benefícios com o uso da medicação (pacientes que percebem melhora em estágios anteriores do tratamento tendem a aceitar melhor a medicação), o status de voluntário durante a internação, e o medo de recaídas futuras.

Há, portanto, na prática clínica, o entendimento de que existe uma associação positiva entre a evolução favorável e uma maior consciência dos sintomas, e que o insight presente desde o início dos quadros pode ativar sistemas de defesa e contribuir para as intervenções terapêuticas precoces. Mas o autor conclui que é errado enfatizarmos demais as implicações prognósticas do insight, pois os estudos mostram que ele é mais um fator entre tantos e pode ser confundido em casos de disfunção cognitiva ou executiva. O prognóstico das doenças psicóticas varia, pois não se podem considerar apenas fatores diretamente relacionados à doença: a personalidade pré-mórbida e os fatores socioeconômicos exercem influência importante na evolução da psicose.

Em artigo onde discutem o insight nos transtornos de humor a partir de uma revisão da literatura, Ghaemi e Rosenquist (2004) revelam que os estudos mostram, em linhas gerais, que os preditores de insight em longo prazo são a existência de insight inicial (basal), um diagnóstico de transtorno bipolar (em comparação com a esquizofrenia), e experiência prévia de tratamento psiquiátrico. Revelam ainda que

um grau de insight pobre no início do quadro não está necessariamente associado a uma evolução ruim, e que a melhora do insight, sim, relaciona-se – mas não causalmente – a uma evolução positiva. Enfim, nos transtornos do humor, o nível de insight pode sofrer mudanças, conforme a evolução dos quadros. E a melhora do insight pode estar circunscrita a episódios passados e falhar no que se refere aos episódios atuais, ou à consciência de sintomas prodrômicos de futuras crises. Os autores postulam que, embora mais discutido em relação à esquizofrenia, o insight pode estar também bastante comprometido na mania, mesmo na ausência de psicose. Já na depressão, os estudos não revelam comprometimento do insight nos quadros agudos não psicóticos, e sugerem que o insight pode até aumentar com a piora da depressão, havendo inclusive estudos que apontam uma relação entre insight preservado e risco aumentado de suicídio em alguns pacientes. Fatos estes que são relevantes para a abordagem clínica. No levantamento que realizaram, os autores constataram que pacientes diagnosticados com depressão maior não psicótica parecem manter intacto o grau de insight. Seguindo este ponto de vista, o insight não é entendido como um dado benéfico, pois pode estar associado a um aumento da depressão, já que indica que as pessoas deprimidas possuem maior consciência (em comparação com não-deprimidos) de seu estado interno, e tal consciência da realidade dos sintomas ocasiona outros sintomas depressivos.

Se o insight elevado causa a depressão, ou se é a depressão que leva a um aumento do insight, não está claro. A direção da causalidade que repousa nesta associação deve ainda ser explorada empiricamente. Entretanto, há possibilidade de que em alguns casos os sintomas depressivos podem ser exacerbados pela consciência acentuada das emoções e do ambiente circundante (GHAEMI e ROSENQUIST, 2004:110)¹¹⁹.

Isto sugere que pode haver benefícios na atitude “normal” de negação de situações limite da existência humana, o que se constitui como uma estratégia para as psicoterapias de base existencial: a colocação em perspectiva de tais circunstâncias, para o sujeito.

Embora admitam que os estudos são ainda inconsistentes, Amador e Kronengold (2004) partem da relação entre depressão e consciência de doença na psicose para explicar a falta de insight na esquizofrenia não como déficit cognitivo ou psicodinâmico, mas como produto da ativação de mecanismos adaptativos normais

¹¹⁹ Tradução nossa. No original: Whether such heightened insight causes depression, or whether depression can lead to heightened insight is unclear. The direction of causality that underlies this association remains to be explored empirically. However, the possibility exists that in some cases depressive symptoms might be exacerbated by enhanced awareness of one's emotions and surroundings (GHAEMI e ROSENQUIST, 2004:110).

da esfera cognitiva dos indivíduos. Sendo, portanto, essencial à recuperação do estado de humor.

O caso da mania é ainda mais exemplar da complexidade que envolve a avaliação do insight e da responsabilidade do paciente e do médico. Em primeiro lugar, Ghaemi e Rosenquist ressaltam que o prejuízo do insight na mania sem sintomas psicóticos é evidência clínica de que o comprometimento do insight não é, como afirmam as concepções clássicas, prova de psicose. Mas enfatizam que não há necessariamente um prejuízo cognitivo na mania, ao contrário da esquizofrenia. Entretanto, pode haver nas duas condições comprometimento do insight, o que sugere que o prejuízo cognitivo (especialmente o pensamento ilógico) pode não estar relacionado com o comprometimento do insight.

Os autores entendem que a questão do insight no transtorno bipolar se confunde com concepções filosóficas que todos temos sobre a felicidade. Na hipomania, observam, se o clínico não estiver seguro do diagnóstico, não há como ter certeza sobre o insight do paciente em relação ao diagnóstico. Reportam-se às reflexões de Moore et al (1995), afirmando que “a perspectiva do paciente quando em mania pode ser tão aceitável e merecedora de respeito quanto a perspectiva do paciente quando fora do estado maníaco; isto se baseia em uma teoria de bem-estar calcada na satisfação de desejo, na qual o indivíduo autônomo tem o direito de determinar o seu bem-estar baseado na satisfação de quaisquer desejos possa ter” (GHAEMI e ROSENQUIST, 2004:112)¹²⁰.

Para o DSM-IV, diferente da hipomania, a mania inclui a disfunção social ou ocupacional que, como processo jasperiano, marca uma mudança no padrão de vida do paciente que em grande parte das vezes é claramente reconhecível na clínica. Assim, Ghaemi e Rosenquist ressaltam que na hipomania, onde tais disfunções não são evidentes, a intervenção involuntária não é, para muitos clínicos, justificada.

Sendo tal dialética entre paternalismo e autonomia um problema comum na ética médica, é importante reconhecer que estabelecer o diagnóstico de mania depende, em algum grau, de nossas concepções, como médicos e pacientes, acerca do bem-estar psicológico. E portanto é preciso que fiquemos especialmente atentos quanto às nossas próprias certezas e vieses conceituais quando avaliamos o insight na mania (GHAEMI e ROSENQUIST, 2004:113)¹²¹.

¹²⁰ Tradução nossa. No original: ... the perspective of the patient when manic may be as acceptable and deserving of respect as the perspective of the patient when not-manic; this is based on a desire-fulfilment theory of well-being, where the autonomous individual has the right to determine his/her well-being based on the satisfaction of whatever desires that person possesses (GHAEMI e ROSENQUIST, 2004:112).

¹²¹ Tradução nossa. No original: While this dialectic of paternalism and autonomy is a common problem in medical ethics, it is important to recognize that making the diagnosis of mania itself is to some extent dependent on our conceptions, as

Assim, a abordagem ao paciente com o objetivo de ampliar sua consciência de doença (seu juízo crítico) e, assim, convencê-lo a aderir a um projeto terapêutico requer do clínico antes de tudo um exercício ético. Uma vez justificada a ação, para o bem do paciente, a conscientização é a primeira etapa para que o paciente concorde em submeter-se ao tratamento. Neste sentido, vários autores propõem modelos que visam implementar o insight por vias que não se apoiam na noção de doença. Assim, embora afirme haver bastante evidência de que pacientes que reconhecem sua doença aderem melhor ao tratamento, McEvoy (2004) observa que o entendimento abstrato do que é esquizofrenia parece não funcionar muito para este fim. E deve-se tomar cuidado para que o insight sobre a doença não gere sentimentos depressivos.

Para os modelos cognitivos, o importante é o grau pelo qual as crenças falsas moldam as interpretações sobre as experiências cotidianas. Na visão de Beck e Warman (2004), o principal problema cognitivo é que os pacientes não conseguem distanciar-se das operações patológicas, ou corrigi-las. O pensamento delirante caracteriza-se por um estilo de raciocínio reflexivo onde o paciente precipita-se a tirar conclusões (“*jumping to conclusions*”), além de uma confiança excessiva na validade de suas interpretações. A terapia cognitiva dos delírios visa uma mudança no processamento automático das informações, e principalmente o reforço dos níveis mais elevados do pensamento reflexivo. A capacidade de superar os sentimentos ruins causados pelos delírios e alucinações depende então da capacidade de reavaliação sobre as experiências. Assim, o insight é entendido como a capacidade do paciente em refletir sobre as falsas interpretações, mais do que um reconhecimento da doença.

Jolley e Garety (2004) seguem na mesma linha, propondo um modelo psicológico de base cognitiva para a psicose que pretende ultrapassar o nível do sintoma que caracteriza o insight para David, e o campo de intervenção clínica se coloca nos processos de pensamento que avaliam a experiência.

As implicações das avaliações são alvos importantes da terapia – redução da desesperança, aumento da capacidade de lidar, a redução do estigma e melhora da autoestima. A mudança destes elementos geralmente significa o reexame das avaliações dos sintomas, e a realização de uma nova compreensão psicológica, que pode ou não incluir ideias sobre doença. [... Pois] um bom insight psiquiátrico (a crença de que se possui uma doença mental) não ajudará necessariamente, se isto

significa um curso crônico e deteriorante para as dificuldades, estigma, inabilidade em se alcançar quaisquer papéis na vida, em se relacionar com outras pessoas, e assim por diante (JOLLEY e GARETY, 2004:94)¹²².

As abordagens clínicas de Fulford e de Kirmaier inserem-se em outra perspectiva, a das psicoterapias existenciais. Fulford (2004) interroga o distúrbio cognitivo que, desde Lewis, seria evidência da falsidade objetiva dos delírios. Segundo ele, este modelo é falho em explicar a variedade lógica dos delírios, relegando-a a um epifenômeno. Fulford ressalta que as experiências de doença e sofrimento surgem no mundo cotidiano, mundo de agentes e ações que a linguagem da ciência não abarca.

Fulford propõe uma mudança de foco: de um modelo dito médico, entendido como ciência empírica livre de valores, cujos processos são descritos em termos de funções, e no qual o delírio surge como déficit cognitivo, para um segundo modelo, aquele da experiência de doença dos pacientes e falhas na razão prática, no sentido aristotélico de que se trata das ações e de suas razões factuais ou valorativas. Fulford entende que este segundo modelo pretende complementar o modelo médico tradicional, da mesma forma como a psicopatologia fenomenológica de Jaspers associava causas e significados pessoais dos pacientes, ampliando a psicopatologia descritiva de Kraepelin. Entretanto, Fulford afirma que é preciso ir mais além:

Mas é claro que pelo menos um passo adiante deve ser dado, i.e., das pessoas consideradas individualmente, em direção ao espaço interpessoal ou coletivo dos significados sociais. A perda psicótica do insight é afinal, entre as psicopatologias, definida unicamente em termos interpessoais (FULFORD, 2004:73)¹²³.

Também Kirmaier et al (2004), advogando que o insight deve surgir como derivação de um processo ativo por parte do paciente, valorizam estudos que não utilizam apenas uma lista de sintomas como categorias isoladas de pesquisa, mas buscam identificar o conjunto de sintomas que expressam a alteração básica da experiência de estar-no-mundo, na linha fenomenológica de Binswanger.

¹²² Tradução nossa. No original: The implications of appraisals are important targets of therapy – reducing hopelessness, increasing coping ability, reducing stigma and improving self-esteem. Changing these will often mean re-examination of appraisals for symptoms, and arrival at a new psychological understanding, which may or may not include ideas around illness [...] good psychiatric insight (the belief that one has a mental illness) will not necessarily be helpful if one also believes that this means a chronic and deteriorating course for the difficulties, stigmatization, inability to fulfil any life roles, inability to form relationships with others, and so on (JOLLEY e GARETY, 2004:94).

¹²³ Tradução nossa. No original: But it is clear that at least one further step is required, i.e., from persons, considered individually, to the interpersonal and collective space of social meanings. Psychotic loss of insight, after all, is, among psychopathologies, uniquely defined inter-personally (FULFORD, 2004:73).

No volume *Insight and Psychosis* (2004), notável é o artigo-depoimento de Frese III (2004), um homem bem sucedido que declara viver com esquizofrenia por mais de 40 anos, tempo durante o qual ele aprendeu a desenvolver estratégias que o ajudam a conviver com sua condição paranoide e com a sociedade. Ele conta a história de suas internações e como lhe foi explicado que a esquizofrenia da qual ele sofria era “uma doença degenerativa da qual as pessoas não se recuperam” (FRESE III, 2004:252). Fala sobre os remédios que toma para tal condição médica, outro aspecto do insight.

Mas ele explica que, pelo fato de muitas vezes ele “passar por normal”, muitas pessoas (incluindo psiquiatras) duvidam que ele tenha esquizofrenia. Pois mesmo após o diagnóstico ele conquistou mais três graus acadêmicos e trabalhou em sua área de atuação até a aposentadoria, é casado por 37 anos e criou quatro filhos até a vida adulta.

Ele entende que os critérios diagnósticos da esquizofrenia mudaram desde que ele o recebeu, e que possivelmente hoje ele seria diagnosticado como transtorno esquizoafetivo ou algo do gênero. Entretanto, apesar de reconhecer que poderia ser promovido a outras condições menos estigmatizantes, é como esquizofrênico que ele se vê.

“Mesmo respeitando as opiniões destes profissionais, eu não sinto que deveria mudar o modo como me vejo porque a psiquiatria organizada decidiu mudar seu sistema diagnóstico” (FRESE III, 2004:354)¹²⁴.

Ele admite que muitas pessoas com outras concepções de esquizofrenia e de doença mental podem considerar que ele não possui insight, mas discorda, embora saiba que não basta o diagnóstico para caracterizar o insight. É preciso que a pessoa seja capaz de “descrever como tal condição o leva a pensar, sentir, perceber, ou agir de uma forma que seja incomum o bastante para ser considerada ‘anormal’” (FRESE III, 2004:355).

Ele descreve seu sistema delirante e como procura corrigir criticamente os exageros e erros de interpretação do cotidiano que a condição patológica o leva a crer.

Quando eu começo a ter estas experiências, aprendi que é melhor retirar-me de situações muito estimulantes, e geralmente aumento a dose de minha medicação. Às vezes eu não reconheço que minha mente está começando a ‘super-

¹²⁴ Tradução nossa. No original: While I respect the opinions of these professionals, I do not feel that I do have to change my view of myself because organized psychiatry has decided to change its diagnostic system (FRESE III, 2004:354)

associar' (*over-connect*) até que outras pessoas chamem minha atenção sobre eu estar falando ou agindo de uma maneira estranha ou bizarra. Mas felizmente, durante as últimas décadas, eu tenho sido capaz de retomar o controle antes de ser hospitalizado (FRESE III, 2004:356)¹²⁵.

Mas, ele reforça, uma vez que se entra em tal estado de associações estranhas, é difícil manter a crítica, e o fato de ele saber que é portador desta condição não significa que ele será capaz de mantê-la quando entra em um estado psicótico.

Seu insight, ele afirma, desenvolveu-se a partir da aprendizagem com suas crises pessoais, mas isto não significa que esta seja a regra para todos. Embora entenda que o conhecimento sobre o funcionamento cerebral e os processos cognitivos e perceptivos contribuiu para a formação do insight que possui, outros podem chegar à recuperação por outras vias igualmente válidas, não necessariamente biológicas, mas filosóficas, místicas ou religiosas.

Concluindo, ele resume os pontos acerca do insight que desenvolveu:

Primeiro, o insight não está necessariamente relacionado a como os outros encaram sua condição, pois frequentemente os outros discordam entre si a respeito de suas visões pessoais. Em segundo lugar, o insight envolve mais do que aceitar que você possui uma condição que outros entendem como doença mental. O insight também engloba o desenvolvimento de uma compreensão sobre como tal condição o afeta e de um aprendizado esperançoso sobre como viver melhor com tal condição. Terceiro, [embora a compreensão que desenvolveu sirva para si] isto não quer dizer que eu sinta necessariamente que esta é a única forma de se desenvolver o insight (FRESE III, 2004:357)¹²⁶.

Percebe-se aí como a adesão ao tratamento decorre de uma experiência positiva do autor com o campo da psiquiatria: sua identificação com o problema do transtorno mental (que ele chama a esquizofrenia) possibilitou-lhe um suporte (incluindo o uso da medicação) importante para que ele vivesse bem a maior parte de sua vida e atingisse as realizações que desejou. Dentro deste campo, ele viveu uma experiência a partir da qual ele “aprendeu” a manejar o problema dentro de suas possibilidades.

¹²⁵ Tradução nossa. No original: When I begin to have these experiences, I have learned that it is best to withdraw from highly stimulating situations, and usually increase the dosis of my medication. Sometimes I will not recognize that my mind is beginning to over-connect as these episodes begin until after others bring to my attention that I may be speaking or acting in a strange or even bizarre manner. But fortunately, during the past few decades, I have Always been able to catch myself before I have had to be hospitalized (FRESE III, 2004:356).

¹²⁶ Tradução nossa. No original: First, insight is not necessarily related to how others view your condition, because others often do not agree among themselves concerning their own views. Second, insight involves more than accepting that you have a condition that others view as mental illness. Insight also entails development of an understanding of how such a condition affects you and hopefully learning how best to live with such a condition. Third, [...] that does not mean that I necessarily feel that this is the only way anyone can develop insight (FRESE III, 2004:357).

Grande parte dos autores médicos acredita que o tratamento psiquiátrico traz benefícios e para a maior parte dos casos pois diminui o sofrimento (a psicopatologia), logo sua imposição forçada é um recurso válido para garantir a adesão. Para McEvoy (2004), o tratamento coercitivo será muitas vezes necessário em pacientes não aderentes, ou quando em crise psicótica grave, ou quando se tornam perigosos para si ou para os outros. Mas estudos mostram que o tratamento forçado não melhora o insight, mesmo quando a psicopatologia diminui com a intervenção medicamentosa. Portanto ele afirma a necessidade de se manter uma supervisão após a internação involuntária. Não uma supervisão desagradável e policialesca, mas afetuosa, realizada por staff, por amigos, ou por familiares, estimulando a adesão mesmo em pacientes que não reconhecem a necessidade do medicamento. McEvoy lamenta que a maioria dos países não garanta a continuidade de tratamento de forma involuntária ou compulsória¹²⁷, após as internações.

“Caso pacientes repetidamente não aderentes ao tratamento repetidamente se tornem perigosos quando ativamente doentes, os cuidadores devem tentar reforçar o tratamento através de internação involuntária prolongada ou de acompanhamento extra-hospitalar involuntário” (McEVOY, 2004:328)¹²⁸.

Kress (2004), entretanto, nos lembra que a necessidade de tratamento não é algo tão simples ou natural. Afinal, a avaliação é dual, e tanto o médico quanto o paciente podem variar suas opiniões sobre o que consista a necessidade de intervenção médica (medicação, internação, etc.), em cada momento e muitas vezes para os mesmos sintomas. Assim, o conceito de necessidade de tratamento é algo relativo e contextualizado; os valores dos pacientes importam nas decisões de tratamento. Por outro lado, também o fato de reconhecer que se precisa de tratamento não é o mesmo que aceitar o tratamento oferecido. O artigo “[...] não endossa a visão de que o tratamento coercitivo é apropriado para todas as pessoas com transtorno mental severo que não possuem insight; antes, supõe que o

¹²⁷ Ver discussão no capítulo I.

¹²⁸ Tradução nossa. No original: If repeatedly non-compliant patients become dangerous when actively ill, caregivers may attempt to enforce treatment through prolonged inpatient commitment or through outpatient commitment (McEvoy, 2004:328).

tratamento coercitivo é apropriado apenas para uma pequena minoria dos que não possuem insight” (KRESS, 2004:260)¹²⁹.

Para Kress uma incapacidade só justifica a ação coercitiva do estado se atingir *certo* limiar de um conjunto de quatro fatores:

1 – A incapacidade deve ser objetivamente discernível (objetividade) e possuir confiabilidade partilhada (exigência epistêmica).

2 – Deve possuir uma base material (materialidade).

3 – Os critérios para a existência da incapacidade devem ser substancialmente independentes da evolução desfavorável esperada (independência); é o raciocínio que qualifica a decisão, e não a evolução desejada.

4 – Deve ser eticamente significativa e justificar a intervenção estatal proposta (justificativa), ao demonstrar um déficit na autonomia das ações do paciente.

Kress advoga pela importância do insight como parâmetro para a avaliação da autonomia e da responsabilidade legal dos pacientes, sendo superior à *competência* – entendida como processo racional de pesar e equilibrar (*weigh and balance*), em cada um dos quatro critérios. Mas ele ressalta que apesar dos testes atuais que medem insight e competência possuírem boa confiabilidade, a maior parte das decisões envolvendo falta de insight e incompetência, dentro ou fora das cortes, baseia-se em julgamento clínico. Além do mais, segundo o autor, existem outros métodos competentes de resolver disputas que não se baseiam no pesar e equilibrar.

O critério da materialidade da prova, assim como a objetividade, constroem os atores do sistema ao rigor, promovendo igualdade. Sem base material, há risco de a incapacidade constituir apenas comportamento socialmente condenado. Ou que diferencie uma incapacidade do exercício pobre de uma habilidade. Ou que a avaliação sobre a incapacidade tenha raízes no preconceito, ou o interesse do profissional de saúde, ou solidariedade pelos familiares e amigos abalados. Para o autor a falta de insight é por definição um processo neurobiológico com base material, e a incompetência não possui esta base real presumida, podendo refletir mais os valores e crenças de seus criadores do que um defeito real. Mas, como vimos, é preciso relativizar também os determinantes biológicos envolvidos.

¹²⁹ Tradução nossa. No original: This chapter does not endorse the view that coerced treatment is appropriate for all persons with serious mental illness who lack insight; rather, it supposes that coerced treatment is appropriate only for a small minority of those lacking insight (KRESS, 2004:260).

Uma evolução ruim ou indesejada pode indicar que uma incapacidade pode existir, principalmente se as explicações do sujeito são insatisfatórias. Mas uma decisão ruim também não constitui evidência de incapacidade. No caso da competência, deve-se avaliar se uma evolução ruim resulta de um raciocínio deficiente que caracterize a incompetência, ou se é produto de objetivos, crenças e desejos incomuns. Segundo Kress, nos dois casos, a prova da incapacidade não pode ser a evolução ruim. As más decisões não provam incapacidade alguma para avaliações racionais sobre tratamento. Frequentemente, a avaliação da capacidade de pesar e equilibrar toma a evolução como objeto de análise, e os valores do paciente e sua avaliação do risco são mais facilmente contaminados pelas visões de quem oferta o tratamento. Uma evolução boa ou ruim deve ser uma avaliação do paciente, e não do psiquiatra. Assim, “se a incapacidade for irrelevante ao processo que levou à evolução desfavorável, a restrição de liberdade não está justificada” (KRESS, 2004:262)¹³⁰.

Há duas circunstâncias principais onde uma incapacidade que pode justificar a intervenção estatal deve mesmo assim não sofrer intervenção: a primeira [...] é quando a incapacidade não causou a evolução desfavorável, ou, mais acuradamente, quando o fracasso do processo de decisão e da evolução não exemplifica ou manifesta a incapacidade. A segunda circunstância é quando a evolução que o paciente preferir for razoavelmente boa. Se o paciente chega a uma decisão capaz de ter boas consequências baseada em um processo não autônomo ou irracional, a maior sapiência é não intervir. Afinal, a coerção de pacientes tem consequências negativas [...] Mesmo de acordo com os princípios que suportam a avaliação racional de pesar e equilibrar em seu custo-benefício, um sujeito não deveria ser coagido a não ser que o valor adicional do tratamento coercitivo exceda as consequências negativas da coerção (KRESS, 2004:262-263)¹³¹.

A justificativa de que uma evolução é ruim é portanto algo que requer clarificação, podendo ser ruim para a moralidade convencional, para os valores do paciente, ou para a moralidade crítica, dividida entre o consequencialismo e as teorias dos direitos.

Quando a falta de insight (como incapacidade cognitiva) interferir substancialmente com a decisão livre e informada a intervenção paternalista do estado está justificada. Mas por fim o autor conclui que possivelmente o grau de

¹³⁰ Tradução nossa. No original: If the disability is irrelevant to the process leading to the bad outcome, it does not justify liberty-restricting intervention (KRESS, 2004:262).

¹³¹ Tradução nossa. No original: There are two main circumstances where a disability that can justify state intervention should nevertheless not support such intervention. The first [...] is where the disability does not cause the bad outcome, or, more accurately, where the flawed decision-making process and outcome does not exemplify or manifest the disability. The second circumstance is where the outcome the consumer prefers is reasonably good. If the patient makes a decision likely to have good consequences based upon a non-autonomous or irrational process, the better part of wisdom would be not to intervene. After all, there are negative consequences to patients from having been coerced [...] Even according to the principles supporting rational weighing and balancing as cost-benefit analysis, a subject should not be coerced unless the additional value of the coerced treatment exceeds the negative consequences of coercion (KRESS, 2004:262-263).

insight será um bom critério na maioria dos casos, e que a competência também, em outros, e o conjunto dos dois em mais outros casos. É preciso buscar a combinação que funcione melhor e que seja a mais justa. Entendo, contudo, que em muitos casos a materialidade e a objetividade da incapacidade (os dois primeiros critérios) não são elementos tão claros, o que implica em uma melhor caracterização dos outros dois (a relação entre o transtorno e a incapacidade e o benefício da intervenção sobre a vida do paciente) para que a intervenção estatal (internação ou tratamento involuntário) seja uma medida justa.

6 COISAS QUE MERECEM SER DESTACADAS

Governo paulista adota internação compulsória de usuários de crack

São Paulo: O Governo de São Paulo decidiu internar compulsoriamente os dependentes químicos para tentar dar um fim à crackolândia, no Centro da capital. A medida foi anunciada ontem pelo governador Geraldo Alckmin (PSDB) e faz parte de uma ação integrada do governo com o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a Ordem de Advogados do Brasil (OAB).

Para viabilizar as internações involuntárias de adultos, uma Comissão Antidrogas formada por promotores, juízes e advogados foi constituída, e um plantão será criado no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) para atender a casos emergenciais.

Após receber o primeiro atendimento, o dependente químico será avaliado por médicos que vão oferecer o tratamento adequado. Caso o usuário não queira ser internado, o juiz poderá determinar a internação imediata, **desde que os médicos atestem que a pessoa não tem domínio sobre sua saúde e condição física**¹³². A medida deverá ser implantada nos próximos dias, após um evento para oficializá-la.

(Jornal O GLOBO, Rio de Janeiro, 04/01/2013, pag. 7)

Interrogar sobre o saber psiquiátrico e sua função na avaliação das internações psiquiátricas involuntárias foi o objetivo inicial desta tese. Buscava, assim, contribuir para a reflexão clínica. Entretanto, como para confirmar a inseparabilidade entre clínica e política, este tema vem ocupando, nos últimos dois anos e de forma crescente, um lugar central na arena pública, com o debate acerca dos usuários de crack e a política da internação compulsória. Isto então direcionou a pesquisa teórica à inclusão de uma reflexão sobre o estatuto da vontade fraca e dos dispositivos do sistema prisional.

Este trabalho vem sendo gestado há muito tempo. Tem origem em um mal-estar clínico que busco esclarecer desde o início de minha vida profissional, que é a decisão de internar involuntariamente uma pessoa com transtorno mental, impondo à força o isolamento social com fins de tratamento. Em situações de emergência, onde tinha que decidir rápido a conduta a ser tomada, avaliando pessoas que nunca vira antes, a partir de relatos ou de um encontro que muitas vezes já começava como um confronto, com uma ida forçada do paciente à unidade de emergência. Penso que este incômodo é inerente à práxis psiquiátrica se a exercemos em um contexto de reforma psiquiátrica pautada pelo estabelecimento de um diálogo com o louco e por uma ética de fortalecimento dos direitos humanos e de cidadania que são valores centrais nesta abordagem.

¹³² Grifos nossos.

A base de minha visão é pluralista. Rejeito os especialismos, mas não as especialidades. Para ser lei que determina a reclusão de um cidadão livre, a psiquiatria deve qualificar-se. Daí a necessidade de aprofundarmos o conhecimento científico, mas ao mesmo tempo de uma forma crítica, buscando ver, ali, o movimento de sua constituição e de sua atualidade.

O rastreamento e a desconstrução dos conceitos e categorias psiquiátricas nos mostra que, assim como o direito (conforme Derrida), também a ciência médica (e também a clínica) carecem de fundamento fora de si, de seus parâmetros historicamente instituídos. Não se trata de negar-lhes legitimidade, mas o que a operação de desconstrução indica é que a indecibilidade impede que a norma possa valer como fundamento. A legitimidade do ato de cuidado psiquiátrico só é, então, eticamente possível se o ato for sustentado no caso a caso. A norma e a lei não garantem a justiça do ato.

Então, uma primeira conclusão é que não há objetividade possível que possa por si só dar conta desta avaliação. A materialidade da prova que a ciência exige não está sequer definida para a maior parte dos transtornos mentais. As neurociências vêm tentando identificar o sujeito cerebral por trás de nossas doenças e de nossas diversidades. O lobo frontal parece muito envolvido no componente afetivo que influencia nossas decisões morais. Mas é difícil localizar, isolar e circunscrever as áreas de competência, pois trata-se de regiões altamente conectadas. Cujos envolvimento ou sua diminuição pode ser também induzido por alterações bioquímicas. Nem mesmo o genótipo garante um resultado final, pois o meio o modifica. É possível, então, que seja um conjunto de interações...

Vimos como as categorias diagnósticas são fluidas no tempo, como variam e adquirem diferentes conotações sociais. Com Hacking, vimos que este movimento não é apenas imposto. Há uma apropriação da categoria por parte das pessoas, e isto pode servir para uma mudança na categoria. E vimos também com ele como na nosologia psiquiátrica as categorias menos evidentes do ponto de vista orgânico são mais vulneráveis a uma determinação moral. O transtorno da personalidade, o TDAH, a dependência química, são condições que, em nossos dias, são nomeadas a partir de um campo médico. Mas vimos como a esquizofrenia é um “alvo em movimento”, graças à evolução da abordagem farmacológica que torna possível outros destinos que não a degeneração. Graças também a uma política de inclusão, que entende que o mundo é e deve ser povoado e formado por diferenças. O

mesmo para o autismo, que reivindica ser reconhecido como neurodiversidade, em um lugar social exterior ao campo médico. E para a deficiência, vejam sua palavra de ordem: “nada sobre nós, sem nós”. E quanto à mania, como observam Martin e Callender, entre outros, trata-se de um diagnóstico com estreita relação com a velocidade da era moderna, e para identifica-la é preciso interrogar nosso entendimento sobre a felicidade e a autonomia. Tudo isto é possível porque os transtornos estão em pessoas que interagem e constroem o mundo. Assim, a ação clínica deve possibilitar a apropriação por parte dos pacientes daquilo que os constitui. O *looping* depende de que os rotulados falem por si mesmos.

Acompanhamos como o tratamento moral que inaugura a psiquiatria de Pinel e Esquirol revela a função social desta disciplina nascente, que se propõe a regular, exatamente nas doenças que não apresentam a visibilidade da prova científica, o derrame desenfreado das paixões. Economia de excessos, identificados à complexidade da vida moderna, a psiquiatria pineliana surge como dispositivo de saber médico através da invenção de um corpo para as doenças da mente, e que se formula com a construção das funções psíquicas inspirada nos estudos de Crichton, operando a inscrição de valores morais nas funções mentais em termos de uma fisiologia do corpo. Memória, atenção, juízo, vontade: como circunscrever corporalmente estas ações e características, eis a tarefa iniciada por Pinel e que a medicina psiquiátrica até hoje tenta resolver. Mas a correspondência exata do paralelismo psico-físico parece mais tender à transversalidade, como indicam as reflexões de Hacking sobre o *biolooping*.

Ao mesmo tempo, como observa Swain, Pinel inventou uma clínica, que opera pela interrogação e pela convocação de um sujeito, ali onde ele parece não estar.

Junto com a psiquiatria, também o saber médico se constituiu, do século XVIII até os dias de hoje. Vivemos em uma sociedade medicalizada, para o bem e para o mal. Então não é somente a psiquiatria, mas o corpo social que produz e mantém estes rótulos. E estes nomes podem realmente não corresponder a essências, mas eles produzem pessoas, subjetividades. O que são o louco e o psiquiatra do século XXI? Certamente não os mesmos do tempo de Pinel. E porque não somos os mesmos, o louco é o de nossa época, mas ao mesmo tempo cada um é um, a clínica é sempre única. E nossa práxis clínica é marcada por esta responsabilidade de uma psiquiatria do século XXI: ajudar o louco a apropriar-se de sua loucura, na

perspectiva de que possa escapar ao sofrimento incapacitante, e também ao estigma social, vivendo suas potencialidades em um mundo humano.

Quais os significados das categorias da vontade e do juízo em psicopatologia? O que significa um paciente querer ou não querer a internação? A vontade está ligada a um ajuizar. Hannah Arendt afirma que a vontade não existia na filosofia clássica e que surge com a interioridade, na era cristã. Em psicopatologia, a vontade é um processo de representação de um desejo e dos meios de consegui-lo. Os autores clássicos da psicopatologia remetem-se então às noções aristotélicas de apetite, propósito e deliberação. Assim, a vontade se apresenta como o exercício da capacidade cognitiva (a razão que para Aristóteles é iluminada pelo *nous*). Embora o apetite possa ser irracional, há uma avaliação, um ajuizamento que o torna objeto de ação. Diferente do desejo, a volição sempre envolve a perspectiva de sua factibilidade. E Jaspers a associa à vivência do arbítrio, uma escolha entre opções (a aí, difere do sentido da voluntariedade grega, que a discernia como algo executado sem coerção).

A filosofia grega já distingue a ciência e as ações humanas. Em Aristóteles aquilo para o que não existem regras estritas é razão prática, e pertence à esfera da ética. O homem é julgado por seus atos, por sua visibilidade. Deve então responder por eles. Mas a humanidade humana é a polis, é a perfeição do estado gerido por leis.

Arendt não entende a volição como órgão executivo. Não é o aspecto cognitivo o que a interessa. Fora do tempo cíclico grego e pensando cada homem em sua individualidade e suas potencialidades de escolha, a filosofia medieval pensará o homem no espaço de sua autonomia. O homem surge como questão para si mesmo. Segundo ela, Paulo inaugura a interioridade do homem com a exortação, dirigida à vontade cindida, de que ela deve querer. Em Epiteto, o homem precisa da vontade para escapar ao sofrimento. Agostinho fala em duas vontades, uma carnal e outra espiritual. A vontade cindida é que ordena a si mesma, e reúne memória e intelecto em uma unidade. O homem é temporal, e a vontade é sua faculdade inaugural, inerente ao automeço humano. Em Tomás de Aquino, a vontade é subordinada ao intelecto, que estabelece o fim (o bem e a verdade) para o homem. Duns Scotus opera uma diferença, ao valorizar a singularidade do acontecimento onde o homem pode superar sua finitude através da vontade, que é livre para afirmar ou negar qualquer apetite ou razão. Criado por Deus a partir do nada, é na

contingência de sua vida que o homem é livre para transcender. Nas diferentes reflexões filosóficas, a ambivalência humana é analisada e explicada de formas diversas, como conflito entre querer e não querer, querer e poder. A vontade, então, qualidade que precisa ser mobilizada para que o homem aja. Para os gregos, ela fazia parte do corpo, mas após a Idade Média ela muda de estatuto, para ser entendida como categoria do espírito humano. Sentimentos, com facilidade, mobilizam-na. Ou ideias.

Arendt discute na tradição filosófica a oposição contingência versus causalidade (determinação). Ela explica que segundo o modo de funcionamento do ego pensante reflexivo, os eventos que aconteceram são sempre representados em termos de necessidade. Buscar o sentido e a coerência das coisas é característica humana; procuramos sempre entender aquilo que nos acontece, tentando explicar causalmente qualquer fato que nos afete.

Embora a démarche de Descartes afirme a primazia do ego pensante, do dado puro de consciência, a filosofia após o idealismo alemão retira do homem a certeza de possuir a verdade, mas o progresso científico e a Revolução Francesa irão impactar a filosofia, que se volta para o futuro. Em Kant a vontade é a razão prática, a liberdade de começar espontaneamente. O juízo é faculdade de síntese que caracteriza o poder da razão. A consciência moral do homem abriga os princípios morais, que regem a razão prática, e surgem como os imperativos na consciência e que constroem a ação. A ética kantiana está contida no imperativo e nas máximas, mas é uma ética solipsista, garantida pela força da lei imperativa. Mas se a crise da modernidade acaba com a suposta universalidade de Deus e de tais imperativos, e os valores não são compartilhados pela totalidade das comunidades humanas, onde ancorar, então, o fundamento da ética? A análise da vontade em Hannah Arendt procura escapar do solipsismo. É o exercício do pensamento que garante a ética das decisões morais, mas que traz o mundo para dentro do sujeito na forma do dois-em-um socrático, que se faz pergunta: “com que outro gostaríamos de conviver”? Somente a um sujeito livre é possível endereçar tal questão. Para pensar a liberdade, Arendt se volta então para a vontade política, e para os homens de ação, que agem em conjunto para mudar o mundo. Procura refletir sobre a origem destas uniões e, nas lendas fundadoras, onde o amor à liberdade impulsionou as guerras contra os regimes opressores, e sobre o hiato que se segue ao fim da opressão, onde pode emergir o novo. Mas também nestes

momentos aqueles seres pensaram retrospectivamente e sentiram a necessidade de identificar uma causa, ou uma inspiração causal, como a República romana. O que existia antes da História era a natureza, anterior a qualquer ação, e portanto sem necessidade de determinação ou causa. Arendt prefere a versão de Agostinho, do homem cuja natalidade inaugura um novo começo onde a liberdade se inscreve como o infinito de possibilidades contidas no ser, o que é para ela uma filosofia política romana, centrada no homem.

É a partir do mesmo “espanto” sobre a possibilidade da ação livre que Callender reflete, mas ele focaliza as implicações clínicas da dicotomia vontade livre / determinação causal, e advoga por uma posição compatibilista. Por um lado, ele nega a possibilidade de uma ausência de qualquer determinação para as condutas humanas (como Arendt, ele vê a necessidade de buscar causas e sentidos para os acontecimentos do mundo como uma característica humana), mas por outro ele vê, na analogia com a obra de arte, características de originalidade que garantem o espaço da liberdade no exercício da razão prática, aquela para a qual as regras da ciência pura não se aplicam.

Callender explica que as decisões e ações morais, são, em muito, baseadas em critérios afetivos (as *atitudes reativas*), mas que tais respostas “emocionais” retributivas devem dar precedência a critérios objetivos, como a fragilidade do outro, impondo uma visão distanciada e imparcial na medida do possível, inspiradora do cuidado. Há, então, que se temperar emoções e razão nas escolhas morais, e em nosso tempo tampouco é possível pressupor uma moralidade objetiva. A moral tem que ser construída. Mas a função terapêutica não pode ser, jamais, retributiva. As condutas só fazem sentido se o objetivo for o cuidado e a melhora das condições de vida do paciente. Portanto a internação involuntária só tem sentido como conduta médica se for para instituir tratamento, já que não acreditamos que o isolamento ou o aprisionamento por si só garantam algum efeito terapêutico.

Nas lesões do lobo frontal, as escolhas morais perdem seu norte emocional, com graves prejuízos. Será a marca cerebral uma determinação definitiva que justifique a impotência da vontade e isente o sujeito da responsabilidade por seus atos? Devemos ser cautelosos, pois como observa Callender, os estudos não são conclusivos, e as ações humanas são tão complexas que é quase impossível determinar a cada momento o nível de interação entre os mecanismos de controle

cerebrais e os fatores externos. O grande risco ético é que estas descobertas sejam usadas, em ações preventivas, de forma higienista ou da eugenia.

A autonomia e a responsabilidade dependem de uma grande variedade de fatores que podem ou não interagir a cada momento. Devem ser vistos como um processo, em não a partir de um resultado final que seja considerado bom ou ruim.

O caso da vontade fraca (*akrasia*) inscreve-se em uma longa trajetória da psiquiatria em tentar dar conta das contradições humanas. Desde a formulação pineliana da mania sem delírio, até abarcar as neuroses freudianas, o conflito interno entre querer e poder. A consciência de doença que é impotente para mudar um comportamento. Não se trata de conflito entre razão e emoção, entre razão e paixões. Há também razão na loucura. A razão pode estar presente de forma decisiva quando um viciado escolhe e planeja a recaída. Há “método” na loucura de Hamlet. E há também emoção e paixão nas decisões racionais. Há o prazer de ter prazer, o prazer secundário ao ato de aprovar, segundo o senso comum, nos juízos racionais. Neste sentido o esquema de Ainslie é interessante: são conflitos de valores onde, em determinado momento, um pode sobressair-se sobre o outro. Ajudar o paciente a haver-se com isto é a tarefa da clínica, uma relação dual que se pretende terapêutica, e que está calcada a partir da instituição de um diálogo. É o outro que convocamos todo o tempo em nosso trabalho. Os modelos de Frankfurt e de Ainslie aos quais Callender recorre podem servir para explicar a conduta akrática e também como o substrato conceitual para a proposta clínica, mas não isenta o psiquiatra do cuidado ético na decisão sobre a internação involuntária. A decisão sobre o que é melhor para o paciente nestes casos se sustenta nos dois princípios que Callender observa estarem em oposição nestes impasses clínicos: o de beneficência e o da autonomia do paciente. E a segurança pública, até que ponto é também uma tarefa da psiquiatria?

Na avaliação da responsabilidade nos casos das dependências químicas e das personalidades psicopáticas vemos em ação o jogo de forças da interseção entre psiquiatria, lei e moral. São “condições” descritivas, descrevem comportamentos. Callender aborda bem a complexidade da questão ao discutir o uso jurídico da PCL-R como critério para liberar ou manter presa uma pessoa. A confiabilidade da escala é questionada, pois se sustenta na quantificação de comportamentos moralmente condenados, ou seja, de uma avaliação moral. Não

pode haver, aí, cientificidade que dê conta. Pois a avaliação é sobre ações, é da ordem da moral e da razão prática. A ciência se ocupa de funções, e tanto no caso da dependência química quanto no de psicopatia as funções (pensamento, memória, percepção, atenção) estão preservadas. Sem contar, como vimos, no quanto houve de medicalização de valores morais em sua construção...

Se a previsão não é nem pode ser nunca uma ciência exata, se ela só fala de uma possibilidade futura, como pensar a avaliação de risco que a todo momento o psiquiatra realiza? Penso que a avaliação do risco permeia a clínica, mas em um espaço clínico ela é complementar. Quando há consciência de doença e o paciente tem condições de avaliar sua situação psíquica e social, ele pode escolher. Mas isto implica em responsabilidade perante sua escolha.

Entretanto, se a pessoa escolhe e age de forma a infringir as leis, leis que entende e sabe estar infringindo, então ele tem como responsabilizar-se e ser responsabilizado por seus atos. Mas caso esta responsabilização imponha um castigo, então – estamos no terreno da justiça – esta sentença não pode ser maior do que aquela que é aplicada à população geral. E, como diz Callender, a punição deve ser legitimada por valores e objetivos.

A clínica só se realiza através de uma relação. Ela requer uma apropriação por aquele que sofre, acerca de seu sofrimento. Esta apropriação é, sobretudo, uma responsabilização, pois é o reconhecimento de alguma condição que nos acomete, que está em nós. Nos responsabilizamos, seja por nossos atos, ou indiretamente, por nossa patologia (e o que nos acontece por causa dela). Nem que seja para reconhecer nossa impotência e nos colocarmos sob tutela de outros. A perspectiva de responsabilização faz parte da clínica. E é de forma responsável que assumimos a tutela de outros.

A análise do risco é um elemento importante da clínica, é como um sinal de alerta que aponta os limites a partir do qual devemos intervir sobre a vontade do outro. Não consegui, nesta pesquisa teórica, identificar que estes limites sejam dados por categorias por si só. Um bom exemplo é a desconstrução da associação entre delírio e passagem ao ato que a pesquisa de Buchanan e Wesley revela.

A intervenção do psiquiatra como cerceador da liberdade de ir e vir do paciente só pode ser sancionada:

1– Se houver transtorno mental.

2 – Se este transtorno mental compromete ou influencia a ação do paciente.

A realidade dos transtornos mentais não é clara para os casos de akrasia, transtorno da personalidade e do transtorno bipolar (exceto em seus extremos). Estes seriam, segundo Hacking, os tipos mais interativos.

No caso da esquizofrenia e do delírio, o transtorno mental por si só (perceptível no comprometimento de um juízo da realidade compartilhada) não é o bastante para indicar o procedimento involuntário. Há que haver a relação entre a evolução desfavorável e a expressão do transtorno mental (Kress). Podemos diagnosticar o delírio como um juízo não compartilhado socialmente, mas isto não significa, por si só, que o delirante deve ser internado involuntariamente, pois é preciso que o delírio gere uma vulnerabilidade psicossocial para o paciente, e que este risco me force a intervir para diminuir seu sofrimento, colocando-o em uma situação melhor, que seja reconhecida por ele e por todos.

Para a determinação de um estado patológico, penso que a narratividade dos casos pode dar mais segurança ao clínico. Poder identificar que o que o sujeito é, e faz hoje, não corresponde ao seu eu histórico. Isto é particularmente útil nos casos de mania, onde não há comprometimento da capacidade racional. O transtorno, então, deve ser reconhecido em uma história evolutiva particular. Pois, como em Canguilhem, o patológico é a diminuição da normatividade do indivíduo, o patológico marca uma diferença, um prejuízo em relação a um estado anterior.

Os casos onde o transtorno mental se desenvolve conforme um *continuum* são mais complicados. Como diferenciar o delírio do erro humano (Jaspers), o luto normal e o luto patológico, para a determinação de uma intervenção involuntária? Quando o limite normal-patológico não é claro, nos apoiamos mais na questão do risco e da vulnerabilidade. E aí também nós corremos o risco de não sermos justos, de agir em conformidade com a moral dominante e repressora que não suporta a diferença, o grau de diferença que aquele ser louco o faz confrontar.

O transtorno mental é uma alteração no todo da personalidade do agente, entendida no sentido do *processo* jasperiano ou na normatividade diminuída de Canguilhem. Mas ela pode também ser *desenvolvimento*, e comprometer aos poucos a personalidade. A questão é se, em qualquer momento da vida de uma pessoa, é possível falar em uma normatividade diminuída, que impede o sujeito de responder por si e pelos seus atos.

O outro critério para a internação involuntária é a segurança pública. O risco é social. Penso que nos ajuda pensar aqui em termos da liberdade política e não da liberdade individual. Somos livres até o ponto em que não prejudicamos a liberdade dos outros e da comunidade. Mas até que ponto é função da psiquiatria a seguridade pública, bem, este terreno é bastante pantanoso. Callender mostrou como o uso da detenção preventiva é problemático, como o discurso da periculosidade serve para afastar pela força a diferença e exime a sociedade, muitas vezes, da consideração sobre as causas sociais. O que justifica nossa intervenção é o transtorno mental e sua relação com a incapacidade, um esclarecimento que deverá surgir da investigação clínica, onde o discurso científico se articula com o caso singular.

Acho bastante complicada a ação médica a ser implementada pelo governo de São Paulo. Que os médicos estejam no território, ótimo, faz parte das diretrizes da política de saúde mental. Espera-se que eles saiam de seus consultórios quando estão em sua ação em um Caps ou como apoio às equipes de saúde da família. A presença médica em um dispositivo policial é que é eticamente questionável. Sobretudo, como vai o médico validar uma internação compulsória diante de um paciente que não esteja no momento em estado de abstinência ou de intoxicação, que pode recusá-la com clareza de consciência e argumentação?

Eis, então, um critério importante para a intervenção involuntária: quando temos evidências de que as ações dos pacientes não podem ser consideradas ações livres e responsáveis:

Primeiro, não pode haver constrangimentos externos ou coerção à ação da pessoa. Em segundo lugar, a ação deve ser de acordo com a sua natureza real do agente (por exemplo, em contraste com uma ação realizada por alguém como consequência de doença mental). Em terceiro lugar, deve refletir seus desejos. Uma ação voluntária é portanto uma ação com um certo tipo de história causal (Callender, 2010:167)¹³³.

O juízo em Jaspers é uma atividade do pensamento. O critério que Jaspers usa para discernir o delírio patológico é a de que a crença difere daquilo que é publicamente válido, mas desde o início ele deixa patentes as dificuldades de se diferenciar o patológico do excêntrico e do excepcional. Ele conclui que não se trata de um distúrbio cognitivo, do rendimento, mas algo que possui uma primariedade

¹³³ Tradução nossa. No original: First, there must be no external constraints or coercion on a person's action. Second, the action must be in accordance with his or her true nature (e.g. in contrast to an action carried out by someone as a consequence of mental illness). Third, it must reflect his or her true desires. A voluntary action is therefore one with a certain kind of causal history (Callender, 2010:167).

radical, irreduzível, que configura um mundo delirante. Assim, em termos do funcionamento cognitivo, ele é responsável, mas se entendemos que seu mundo delirante compromete a avaliação que faz do mundo, então a intervenção involuntária pode ser justificada. Não há, de novo, evidência que esclareça de antemão a avaliação sobre a responsabilidade no delírio. Entretanto, há a possibilidade de que ele seja responsável e isto é matéria para a avaliação e o trabalho clínico.

Em Kant a crítica do juízo refere-se ao juízo estético, pois a razão prática regida por seus imperativos é a competência das ações morais. Este juízo estético em Kant é desinteressado e tem como parâmetro o senso comum e a mentalidade alargada. Este ponto de vista geral e imparcial, em Kant, não nos diz como agir. Mas é um parâmetro importante para os juízos, as avaliações, e é a falta deste “sentido silencioso” que Kant identifica nos insanos, o lastro da validação comum. E que também os autores de uma psicopatologia do ser social identificam como possível base do *split* esquizofrênico.

Este sentido estético, acompanhado de um prazer compartilhado, onde Arendt entende a raiz para o fundamento da política e onde Callender identifica a base comum entre o julgamento estético e o julgamento moral. Penso que na ausência da religião e dos valores universais que o estado e a educação não mais garantem, é o senso comum que ganha a precedência como um parâmetro para a responsabilidade pública. Cuidar da qualidade deste senso comum faz parte desta responsabilidade.

Na discussão sobre o insight, Kress e os vários autores concordam em dois pontos: de que a história do paciente com transtorno é mais importante do que a mera categorização do transtorno mental, e de que é mais produtivo clinicamente que o paciente reconheça a necessidade de tratamento (eu diria aí *necessidade de cuidado*) do que entender que tem esta ou aquela doença mental.

Ele afirma as duas condições sobre as quais a autonomia do paciente deve ser respeitada: quando a evolução ruim não está ligada à incapacidade ou ao transtorno mental do paciente (neste caso, penso, julgar esta evolução ruim não está no campo da psiquiatria), ou quando apesar da irracionalidade ou do transtorno, o paciente chega a boas alternativas de vida. Boas para si e dentro de suas potencialidades. Quando ele “dá seu jeito”. Este passo é também de alta responsabilidade para o psiquiatra. O de reconhecer que ele fez diferente do que

pensamos ou desejamos, e respeitar seu direito. É preciso estar seguro para isto, não se trata de simplesmente “lavar as mãos”. Os profissionais da reforma sabem que dá muito mais trabalho (para todos nós, equipe de saúde, paciente, familiares e sociedade) não internar, mantendo o paciente no Caps e monitorado.

Dada a polissemia do termo insight, é possível que alguns aspectos sejam mais ou menos dependentes de organicidade detectável, mas em todos há influência maior ou menor de fatores culturais. Há, como aponta Kirmaier, a diversidade de explicações e modelos que pacientes e familiares lançam mão para ajuda-los a lidar com o sofrimento – seja no que se refere à busca das causas, seja no que tange às possibilidades terapêuticas. Isto tem grande significado clínico, pois a estratégia de produzir rede para dar continente à crise e singularidade do paciente é parte fundamental do projeto terapêutico. A adesão ao tratamento depende muito do lugar que ocupa o clínico, entendendo-se o papel mais eficaz o de um facilitador de recursos que implementem o cuidado ao paciente. O papel do insight na depressão, de que a mera consciência de doença possa dificultar a recuperação clínica, mostra como o que importa não é apenas o aporte de uma tecnologia, mas o modo como a tecnologia é usada. E que a negação da doença também tem seu lugar, pois a consciência da doença não pode ser entendida como a sentença de uma condição limitante e incapacitante. Antes, a ação terapêutica visa a superação das limitações e a construção de uma nova normatividade. Não se trata de fugir do problema, à maneira como os escolásticos usavam a reflexão filosófica para evadir-se de uma realidade difícil. Pois há um reconhecimento e uma análise do problema, mas que são apenas o ponto de partida para a ação terapêutica.

A internação involuntária como procedimento médico só tem sentido como recurso dentro de um projeto terapêutico. Então, é preciso que este projeto seja claro, ou que, pelo menos, seja sincero em suas motivações, que resulte em bem para o paciente. Em uma situação de emergência, onde os atores (médico ou equipe de saúde e paciente e familiares) não se conhecem e não conhecem o território onde o paciente vive, é muito mais difícil esta avaliação. O exame psíquico atual poderá identificar a ansiedade, a depressão, a agressividade, o delírio, e todos são sintomas abordáveis, seja do ponto de vista farmacológico, seja da relação terapêutica. Será, então, a vulnerabilidade psicossocial do paciente o critério decisivo, e este não diz respeito somente ao seu quadro psicopatológico, mas às possibilidades de contenção e superação de seu universo.

Este ano, em férias em Londres, aceitei o convite de um amigo psiquiatra e fui conhecer o hospital onde ele trabalha, no centro da cidade. Trata-se de um hospital de primeiro mundo, com todo o conforto que se espera de um serviço de alta complexidade em primeiro mundo, mas com todas as suas trancas e hierarquias. Ele apresentou-me o sistema de informação e os instrumentos de internação involuntária. A unidade é regionalizada e polo para um determinado território geográfico. Todas as informações estão on-line. Os prontuários individuais são linkados, de modo que o serviço ambulatorial e comunitário ao qual o paciente pertence tem acesso às informações de sua internação, e vice-versa. Desta forma, conhecendo a história dos pacientes, é mais fácil decidir por uma medida como a internação involuntária, pois tem-se as informações sobre sua evolução prévia e respostas ao tratamento, além de um diagnóstico psicossocial mais amplo do momento atual de sua vida. Cerca de 20% dos pacientes que estavam internados naquela data estavam na condição de involuntários. Discutindo o caso de um paciente bipolar, ficava claro que o procedimento da internação involuntária podia ser aplicado com segurança porque a equipe o conhece e percebe quando aquele homem inteligente e produtivo está descontrolado de uma forma que precisa ser cuidado, que o isolamento e a administração involuntária de medicação o fará tornar-se, de novo, a mesma pessoa ativa e razoável.

Mas a clínica não está acima do bem e do mal. A clínica da Reforma tem interesses. Se é pautada pelo reconhecimento do direito das pessoas com transtornos mentais, ela pretende ser liberadora, mas a clínica é feita nos encontros de pessoas humanas. Daí a imposição ética que a obriga a questionar-se a cada vez. E a ser questionada. Uma clínica que se quer transparente para colocar-se no debate e estar sujeita às revisões. Isto só pode ocorrer no diálogo público. As diversas formas de regulação das internações psiquiátricas involuntárias que se apoiam no direito instituíram uma série de dispositivos que visam avaliar o sentido da internação. São arranjos institucionais como as comissões revisoras, os tribunais específicos para os casos internados involuntariamente, o advogado do paciente. Instâncias que visam barrar a onipotência de uma só autoridade (o médico, ou o juiz). Há alguns anos tentamos implantar uma comissão revisora no estado. Houve grande resistência da corporação médica, que argumentou que a expertise do médico não poderia ser questionada por leigos (mas vimos quão atravessada por tantos outros saberes e emoções é esta expertise médica). Não vejo isto de modo

algum como uma ameaça ao ato médico. Antes, vejo como uma garantia. A lei 10.216 e a portaria GM 2391 também determinam a instituição de comissão revisora. Para além dos entraves burocráticos, organizacionais e corporativos para sua implementação, fica para a sociedade como um todo – mas muito para nós, profissionais envolvidos com os valores aí dimensionados, a cobrança aos gestores para sua implementação.

Outro recurso citado no relatório europeu são as chamadas “diretrizes prévias”, e em alguns serviços de nosso país e estado, está em uso o *Caderno de Crise*, onde o paciente relaciona a forma e os recursos com os quais quer ser tratado caso entre em crise psíquica e fique incapacitado para responder por si. Ficam assim estabelecidos pelo próprio paciente os limites além dos quais ele poderá ser tutelado involuntariamente. Nos momentos em que o insight intercrítico ocorrer e ele puder avaliar a certa distância o que se passa consigo, e se propor a fazer algo com isto, ele pode escrever um caderno de crise.

Penso em Ulisses, herói grego que em sua viagem de volta a Ítaca pediu para ser amarrado de modo a poder ouvir o canto das sereias. Mas ele não pode deixar de ouvi-las. É preciso ter quem amarre e quem desamarre, são os homens de Ulisses que, de cera nos ouvidos, não escutam nem as sereias, nem as súplicas de Ulisses tentado. Alguém de fora, porém interessado no bem estar do Ulisses que conheciam, com quem dividiram uma odisseia. Na perspectiva dos direitos e de uma política pública em saúde mental, é preciso que o sistema seja confiável. A internação involuntária pode assim ocupar um lugar de exceção no tratamento do paciente, mas uma exceção que é justa e válida em determinadas situações. Mas é preciso que o sistema (e as pessoas que dele participam ou a ele representam) sejam confiáveis. É possível a um paciente perceber que há momentos em que a porta tem que ser trancada, mas confiando que a porta se abrirá quando a tranca não for mais necessária. A internação involuntária é uma situação de exceção quando há uma rede constituída. Num sistema como o prisional, onde o louco infrator não tem garantia dos fluxos que permitem que a periculosidade seja continuamente avaliada, tanto no que se refere ao próprio paciente (o trabalho clínico) quanto do ponto de vista do território que deve prover os recursos necessários à formação da rede, a internação compulsória e involuntária não são procedimentos justos. A segurança pública é um aspecto importante na determinação da internação involuntária. Do ponto de vista do campo médico

psiquiátrico, a agressividade é um sintoma central que deve ser abordado. Então a internação involuntária se justifica como critério quando a segurança pública está em risco devido a algum aspecto da psicopatologia do caso. A internação é a oportunidade para viabilizar o tratamento. Ela não pode, nunca, ser retributiva. Quando se trata de aplicar castigo ou pena relacionados a alguma infração cometida, ela é da ordem do sistema criminal, e não do campo médico psiquiátrico. Penso que quando é possível, a pessoa deve responder pelas consequências de seus atos. Então, a pessoa com transtorno mental, quando tem consciência da infração que comete, e quando esta infração não acontece devido a erro de julgamento causado pela doença mental, quando ela delibera sobre a execução da infração, então ela deve “pagar sua pena”, como todo o resto da comunidade social. Mas ela não pode pagar além disto. Sua pena não pode ser maior do que àquela do resto da população geral, porque ele tem um transtorno mental. Então, é o mito da periculosidade inerente à doença mental que tem que ser desconstruído.

Qual o significado da vontade e do juízo na avaliação psiquiátrica das internações involuntárias? Estas categorias falam de parâmetros fundamentais deste campo. Dos atos e decisões humanas, da capacidade cognitiva para deliberar sobre algo e das motivações de nossas ações. Sobre esta razão prática que tanto tem a ver com a correção das ações, com a moralidade de nossos atos (o quanto há de moralização desde a instituição destas categorias no saber psiquiátrico...). E este é um parâmetro social. Pois trata-se, na instância de um observador / avaliador (interessado), do modo como aparecemos para o mundo. A avaliação psiquiátrica é da relação do louco com o mundo, com um mundo medicalizado. Neste sentido, a vontade do paciente é, para o psiquiatra, a forma como o paciente se relaciona com seus atos. Responsabilidade por quem somos e como aparecemos para o mundo.

Mas esta relação é toda a complexidade do homem, e desde a descoberta da vontade como instância interior, como nos mostra Arendt, os filósofos, cada qual à luz de seu tempo, têm tentado pensar as determinações dos atos humanos, e a responsabilidade de uma unidade (um eu) sobre estes atos. Mas o conceito de uma unidade não dá conta e há sempre o indeterminado, ou o que está determinado de fora desta unidade. Embora procurar o sentido do que acontece faça parte do pensamento humano – e este será talvez um dos principais motores da práxis clínica, há que se reconhecer, que se respeitar a emergência do acaso, da contingência e do inesperado. Por isto considero que a ideia de vontade do homem

como possibilidade e liberdade que Arendt destaca da filosofia de Agostinho e de Scotus, e depois em Kant, podem ser úteis na avaliação da internação psiquiátrica e na clínica em geral. O nascimento do homem, que começa do nada a cada vez, é prova de sua potencialidade. O homem pode surpreender, ele pode mudar. Então, considerando isto, a busca da determinação que a clínica realiza é no sentido de buscar caminhos que escapem às determinações, de construir com o paciente alternativas outras. O homem como possibilidade, em Jaspers, nunca revelado em seu todo, e a vontade humana como invenção do novo em Arendt. E por isto, em uma avaliação psiquiátrica, sempre que o paciente faz uma proposta de mudança ele precisa ser ouvido. Se ele estiver em condições de propor e contratualizar, há uma clínica possível, e o procedimento involuntário não se aplica se a relação clínica for instituída. Temos que acreditar nessa possibilidade que o paciente tem de fazer diferente, e então ajuda-lo a deliberar. O parâmetro é um horizonte social e um senso comum de bem estar, mas também um *epokhé* de meus valores e certezas que é fundamental na práxis clínica, até para que eu possa aprender com o caso, aprender com o paciente. Mas requer confiança tanto para o paciente como para o clínico, e deixar sempre aberta a possibilidade de reformulação, de outra vez acreditar.

O procedimento da internação psiquiátrica involuntária é do ponto de vista político, uma interdição do direito de ir e vir sancionada pelo saber médico-psiquiátrico. É um procedimento público e portanto deve, em uma sociedade democrática, estar submetido a escrutínio. Acho que as instâncias de regulação extra-médicas (ou mesmo o segundo parecer médico) qualificam a práxis clínica, quando esta é realizada dentro dos princípios do respeito ao direito e à diferença que devem prevalecer na polis que queremos ajudar a construir.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: editora UFMG, 2004.

AGUIAR, Adriano Amaral de. *A Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ANDREASEN, Nancy C.. DSM and the death of phenomenology in America; an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, december 2006. Arquivo pdf.

AMADOR, Xavier F., KRONENGOLD, Henry: Understanding and assessing insight. In: _____; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004/2006.

AMARANTE, Paulo Duarte da Carvalho. *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996 (20ª. Ed, 2003).

_____ (coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995 (2ª ed., 2003a).

ARENDDT, Hannah. *As Origens do Totalitarismo*. Tradução de Roberto Matoso. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

_____. *A Condição Humana*. Tradução de Roberto Raposo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

_____. Responsabilidade pessoal sob a ditadura. In: _____. *Responsabilidade e Julgamento*. Edição de Jerome Kohn e Bethânia Assy. Tradução de Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

_____. *A Vida do Espírito: o pensar, o querer, o julgar*. Tradução de César Augusto R. de Almeida, Antonio Abranches e Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

ARISTÓTELES. *A Ética: textos selecionados*. Tradução de Cássio M. Fonseca. Bauru, São Paulo: Edipro, 2.ed. anotada, 2003.

ASSY, Bethânia. Faces privadas em espaços públicos: por uma ética da responsabilidade (Prefácio à edição brasileira), IN: ARENDT, Hannah. *Responsabilidade e Julgamento*. Edição Jerome Kohn. Revisão técnica Bethânia Assy e André Duarte. Tradução de Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

AYRES, José Ricardo de Mesquita. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (org). *Pesquisa Avaliativa em*

Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, pp. 27-67.

_____ ; FRANÇA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI-FILHO, H.C. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios, IN: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Fiocruz, 2003, pp. 117-139.

BECK, Aaron T., e WARMAN, Debbie M.: Cognitive insight: theory and assessment. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, 2006.

BERCHERIE, Paul. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 1989.

BERRIOS, German E., MARKOVÁ, Ivana S.: Insight in the psychosis: a conceptual history. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

BERTO, Bettina. *What sujet de la folie?* Gladys Swain and Marcel Gauchet's search for an alternative history of madness. Arquivo pdf, in: *PhaenEx5*, nº 2, 2010, pp.87-124.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOBBIO, Norberto, *et al.* Jusnaturalismo. In: _____. *Dicionário de Política*. Brasília: LGE / UnB, 2004, pp.655-660.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL. *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília/DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004^a. Série F: Comunicação e Educação para a Saúde. 1^a ed. ampliada. 144 pag.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. *Relatório do Módulo de Saúde Mental – 2012*. Rio de Janeiro, janeiro de 2012. Arquivo pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, 60 pág.

BRITTO, Renata Corrêa. *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01*. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos das pessoas com transtorno mental. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

BUCHANAN, Alec; WESSELY, Simon C.: Delusions, acting, and insight. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

CALLENDER, John S.. *Free Will and Responsibility*. A Guide for Practitioners. New York: Oxford University Press, 2010.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho. 6ª ed. revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPUTO, John D.: Deconstruction in a nutshell: a conversation with Jaques Derrida. New York: Fordham University Press, 1997, *apud* SANTOS, Olívia A. Niemeyer. Os Estudos de Tradução e Jacques Derrida: afinal, 'o que é desconstrução'? In: *Tradução e Comunicação: Revista Brasileira de Tradutores*, nº 20, 2010.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASTEL, Robert. Os médicos e os juízes. In: FOUCAULT, Michel (coord.). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*,: um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. Tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 1977, pp.259-275.

_____. *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Tradução de Celina Luz. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1987.

COLEMAN, Arthur H., and DAVIDSON, Arthur T. M'Naghten Rule: the Right or Wrong of Criminal Law, in: *Journal of the National Medical Association*, vol. 70, n.8, 1978, arquivo pdf.

CONRAD, Peter. Expansion: from hyperactive children to adult ADHD. In: *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007, pp.46-69.

_____. Medicalization and its discontents, in: *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007a, pp. 146-164.

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

_____. *O Ponto de Vista do Outro: Figuras da ética na ficção de Graham Greene e Philip K. Dick*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros. Determinantes sócio-culturais do uso abusivo de álcool e outras drogas. In: _____ (Org.). *Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos*. Rio de Janeiro: Ed. Ipub-Cuca. p.95-113, 2001.

DAVID, Anthony S.: The clinical importance of insight: an overview. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

DAVIDSON, Arnold I. Styles of reasoning, conceptual history, and the emergency of psychiatry. IN: GALISON, P. & STUMP, D.J. *The Disunity of Science*. Stanford: Stanford University Press, 1996.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992?

DERRIDA, Jacques. *Força de Lei: o fundamento místico da autoridade*. Tradução de Leyla Perrone-Moisés. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

ESQUIROL, Eugene. *Mental Maladies: a Treatise on Insanity*. Translated by E.K. Hunt. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845 / La Vergne, TN USA: Kessinger Publishing, 2011.

EY, Henri, BERNARD, P, BRISSET, C. *Tratado de Psiquiatria*. Versão espanhola de C. Ruiz Ogara. 6ª ed. Barcelona: Toray-Masson S.A., 1974.

FERNANDES, Diogo Bonfim, e PACKER, LARISSA Ambrosano. Outro paradigma para o direito: reflexões a partir da teoria da desconstrução de Jaques Derrida e da vida concreta de Enrique Dussel. *Revista Eletrônica do CEJUR*, Curitiba-PR, ano 2, vol.1, no. 3, agosto-dezembro 2008.

FLASHMAN, Laura A., e ROTH, Robert M.: Neural correlates of unawareness of illness in psychosis. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

FLECK, Ludwik (1979). *Genesis and development of a scientific fact*. University of Chicago Press, Chicago. Cap.2: "Epistemological conclusions from the established history of a concept", pp 20-51.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Tradução de Lygia Vassalo. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1986, 4. Ed.

_____. O Sujeito e o Poder, IN: DREYFUSS, Hubert e RABINOV, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Entrevistas com Foucault. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 1995, pp. 231-249.

_____. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRESE III, Frederick J.: Inside “insight” - a personal perspective on insight. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

FULFORD, Bill (K.W.M.): Insight and delusion: from Jaspers to Kraepelin and back again via Austin. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

GHAEMI, S. Nassir, and ROSENQUIST, Klara J.: Insight in mood disorders: na empirical and conceptual review. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante M. Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005.

HACKING, Ian. The self-vindication of laboratory sciences, IN: PICKERING, A. *Science as Practice and Culture*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

HACKING, Ian.. “The Looping Effect of Human Kinds”, in: D. Sperber ed. et al. *Causal Cognition: an interdisciplinary approach*. Oxford University Press: Oxford, 1995: pp351-383.

_____. Madness: biological or constructed, in: _____. *The Social Construction of what?* Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, and London, England, 1999, pp 100-124.

_____. Making up people. In: *Historical Ontology*. Cambridge, Mass and London: Harvard University Press, 2002, pp 99-114.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes. *O Trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

_____. Sobre um caso de Transtorno Bipolar. Trabalho de conclusão da disciplina “Psiquiatria e Identidades Culturais”. UERJ: IMS, 2010.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia Geral*. Tradução de Samuel Penna Aarão Reis. 2 vols. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1973.

JOLLEY, Suzanne, e GARETY, Philippa A.: Insight and delusion: a cognitive psychological approach. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

JONAS, Hans. *O Princípio Responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Tradução de Marijane Lisboa e Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto, ed. PUC-Rio, 2006.

KANT, Emmanuel. *Doutrina do Direito*. Tradução de Edson Bini. 3ª ed. São Paulo: Ícone, 1993.

_____. *Crítica da Razão Prática*. Tradução de Afonso Bertagnoli. Rio de Janeiro: Ediouro.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria*. Tradução de Dayse Batista. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KIM, Yoshiharu: Japanese attitudes towards insight in schizophrenia. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

KIRMAIER, Laurence J.; CORIN, Ellen; JARVIS, G. Eric: Inside knowledge: cultural constructions of insight in psychosis. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

KOLKER, Tania. A Atuação dos Psicólogos no Sistema Penal. Arquivo pdf.

KOSICKI, Katya. O problema da interpretação do direito e a justiça na perspectiva da desconstrução. In: *O Que nos Faz Pensar* no. 18, setembro de 2004.

KRESS, Ken J.: Why lack of insight should have a central place in mental health law. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

KRISTEVA, Julia. *O Gênio Feminino: a vida, a loucura, as palavras*. Tomo I: Hannah Arendt. Tradução de Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LAROI, Frank; BARR, William B., KEEFE, Richard S. E.: The neuropsychology of insight in psychiatric and neurological disorders. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

LEAL, Erotildes Maria. O conhecimento psicopatológico enquanto instrumento clínico da atenção psicossocial: notas. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Salvador, Bahia, 2004. Arquivo pdf.

_____. Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In: SILVA FILHO, João Ferreira (org.). *Psicopatologia Hoje*. Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, 2006.

LOUREAU, René. Implicação e Sobreimplicação (1990). IN: ALTOÉ, Sonia (org.). *René Loureau: Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHEREY, Pierre. A Filosofia da Ciência de Georges Canguilhem. Tradução de Luiz Otávio B. Leite. In: CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho. 6ª ed. revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

MARTIN, Emily. *Bipolar expeditions: mania and depression in American culture*. Princeton University Press, Princeton and Oxford, 2009.

MELLA, Lucas F.B.; DANTAS, Clarissa R.; BANZATO, Cláudio E.M.: Insight na psicose: uma análise conceitual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2011, 60 (2), 135-140. Arquivo pdf.

McEVOY, Joseph P.: The relationship between insight into psychosis and compliance with medications. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

M'Naghten Rules. Verbete em *Wikipedia*, disponível em: "http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=M%27Naghten_rules&oldid=503143456", acesso em 24/07/2012.

MORENTE, Manuel García. *Fundamentos de Filosofia: Lições preliminares*. Tradução de Guillermo de la Cruz Coronado. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

MORGAN, Kevin D., e DAVID, Anthony S. Neuropsychological studies of insight in patients with psychotic disorders. In: AMADOR, Xavier; DAVID, Anthony (org.): *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. New York: Oxford University Press, 2004, reedição 2006.

MUÑOZ, Nuria Malajovich. Na polifonia de uma orquestra: uma pesquisa clínica com grupos sobre a experiência alucinatoria. Trabalho publicado nos anais do Colóquio Internacional sobre Método Clínico. São Paulo: FECAP, 2009. Arquivo pdf.

NOBRE DE MELO, A.L. *Psiquiatria*. 2 vols. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira/Fename, 1979.

ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da biodiversidade. *Mana*, vol.14, n.2, 2008, pp.477-509.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES DE BARROS, Regina. Clínica e Biopolítica na experiência do Cotidiano. *Psicologia Clínica*, v.13, p.89-99, 2001.

PEDROSO JR., Neurivaldo Campos. Jacques Derrida e a desconstrução: uma introdução. In: *Revista Encontros de Vista*, 5a. ed., 2010. Arquivo pdf.

PEREIRA, Mário Eduardo da Costa. A Paixão nos Tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. Disponível em: <<http://www.etatsgeneraux-psychanalyse.net/mag/archives/paris2000/texte88.html>>. Acesso em 26/10/2007.

PEREIRA, Miguel Baptista. Hermenêutica e Desconstrução. In: *Revista Filosófica de Coimbra*, no. 6, pp. 229-292, 1994.

PETUCO, Denis Roberto da Silva. Redução de Danos. In: *Álcool e outras Drogas*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região / CRPSP, 2012, pp.127-127.

PINEL, Philippe. *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*. Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. *Comentários à Lei da Reforma Psiquiátrica: uma leitura constitucional da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Fortaleza: Tear da Memória, 2010.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.

PRIDMORE, Saxby. Involuntary hospitalisation: old and new. IN: *Journal of Psychiatric Intensive Care*. Vol.2, nº1, pp 43-45, NAPICU, 2006.

ROBAINA, Jaqueline R.; GULJOR, Ana Paula; PINHEIRO, Roseni. Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclínicos da clientela na relação entre demanda e oferta em processo de desinstitucionalização em hospital psiquiátrico. In: PINHEIRO, R. et al (orgs.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, pp.115-134.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Michel Foucault, as “marcas da pantera” e a “pantera cor de rosa”: apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Arquivo pdf. In: *[Vivência]*, nº 32, 2007, pp.41-60.

ROSENBERG, C. E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. In: *The Milkbank Quarterly*, 80(2), 2002, pp. 237-260.

_____. Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 2006, pp. 407-424.

SADLER, John Z. *Values and Psiquiatric Diagnosis*. Oxford/USA: Oxford University Press, 2005.

_____. Vice and the Diagnostic Classification of Mental Disorders: a philosophical case conference. IN: *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, vol.15, n.1. The Johns Hopkins University Press, 2009.

SALIZE, Hans Joachim; DREBING, Harald. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. IN: *British Journal of Psychiatry*. UK, 184, pp 163-168, 2004.

_____; DREBING, Harald; PEITZ, Monika. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: final report*. Germany (Mannheim): Central Institute of Mental Health, 2002.

SANTOS, Olívia A. Niemeyer. Os Estudos de Tradução e Jacques Derrida: afinal, 'o que é desconstrução'? In: *Tradução e Comunicação: Revista Brasileira de Tradutores*, nº 20, 2010.

SEGAL, Steven P.; LAURIE, Theresa A.; SEGAL, Matthew J. Factors in the use of coercitive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services. IN: *Psychiatric Services*. Vol 2, nº 4, abril 2001.

SERPA Jr., Octávio Domont. Subjetividade, Valor e Corporeidade: os Desafios da Psicopatologia. In: SILVA FILHO, João Ferreira (org.). *Psicopatologia Hoje*. Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, 2006.

_____. Em quê se baseiam nossas decisões?. Arquivo pdf. [S.l.: s.n].

SILVA, Eroy Aparecida da. Intervenções Clínicas: o uso, abuso, e dependência de drogas. In: *Álcool e outras Drogas*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região / CRPSP, 2012, pp.35-42.

SILVA, Francisco de Fátima da. A indecibilidade enquanto desconstrução da hermenêutica: a primazia da metáfora da escritura. In: *Revista Urutáguá*, ano 1, no. 6, abril-julho 2005?

SISCAR, Marcos. A experiência do impossível: o problema da responsabilidade política em Jacques Derrida. In: *Revista de Letras*, São Paulo, v.46, n.1, pp. 209-229, jan-jun 2006.

SWAIN, Gladys. *Le Sujet de la Folie: naissance de la psychiatrie*. Précédé de "De Pinel a Freud" par Marcel Gauchet. Paris: Calmann-Lévy, 1997.

VIANNA, Cid M.M. Estrutura do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol.12, n.2, 2002, pp. 375-390.

WILLIAMS, Karl G. Involuntary Antipsychotic Treatment: legal and ethical issues.
American Journal of Health-System Pharmacists, vol.59, 2233-2237, 2002.