

Tensões entre Diagnóstico Psiquiátrico e Construções Identitárias

Tensions Between the Psychiatric Diagnosis and the Identity Constructions

Tensiones entre el Diagnóstico Psiquiátrico y las Construcciones de Identidad

Prof^o Dr^o José Euclimar Xavier de Menezes¹

Denise Neves dos Santos
Faculdade Santíssimo Sacramento

Resumo

Em uma perspectiva lógico-histórica, analisamos no presente artigo os elementos que certa literatura especializada apresenta sobre as representações identitárias no âmbito da saúde mental. Visamos compreender o modo pelo qual essas percepções ocorrem nos sujeitos acometidos de transtornos mentais, sobretudo como repercutem nas suas relações sociais, sob a marca deste diagnóstico. Para alcançar tais objetivos utilizamos como instrumento de pesquisa a revisão de literatura com base em autores que constituem o estado da arte desta temática como Michel Foucault, Erving Goffman, Rodolfo Coutinho, Antonio Ciampa, dentre outros. Metodologicamente, procedemos com a identificação, compilação e cotejamento de grupos lógicos de argumentos em fichamentos que ensejaram a construção do presente ensaio. Do debate desenvolvido sobre a construção da loucura através do diagnóstico, associado à definição de identidade, resulta um arrazoado crítico acerca da condição humana dos sujeitos em sofrimento psíquico, sobretudo acerca de suas cidadanias em uma sociedade que o condena com o estatuto de doente mental, excluindo-os do gozo da vida social plena.

Palavras-chave: Diagnóstico; Identidade; Loucura; Estigma.

Abstract

In a logical-historical perspective we analyze in this paper the expert literature elements about the representations of identity in mental health. We aim to understand the way in which these perceptions occur to individuals with mental disorders, mainly as an impact on their social relationships, under the sign of this diagnosis. To achieve these goals we use as a research tool a literature review based on authors who constitute the state of the art of this subject as Michel Foucault, Erving Goffman, Rudolph Coutinho, Antonio Ciampa, among others. From this debate developed on the construction of madness through the diagnosis, associated to the definition of identity, results a critical reasoning about the human condition of the subjects with psychological suffering, above all on their citizenship in a society that condemns them to the patient's mental status, excluding them from the full enjoyment of social life.

Key-words: Diagnosis; Identity; Madness; Stigma.

Resumen

En una perspectiva lógico-histórica, hemos analizado en el presente artículo los elementos que un determinado tipo de literatura especializada presenta sobre las representaciones identitarias en el ámbito de la salud mental. Hemos buscando comprender el modo pelo cual esas percepciones ocurren en los sujetos acometidos de trastornos mentales, sobretudo como han repercutido en sus relaciones sociales, bajo las huellas de este diagnóstico. Para alcanzar tales objetivos hemos atizado como instrumento de investigación la revisión literaria con base en autores que constituyen el estado del arte de esta temática, tales como Michel Foucault, Erving Goffman, Rodolfo Coutinho, Antonio Ciampa, de entre otros. Metodológicamente, hemos procedido con la identificación, compilación y comparación de grupos lógicos de argumentos en ficheros que han dado paso a la construcción del presente ensayo. De las discusiones sobre el tema de construcción de la locura por medio de diagnóstico, asociado a la definición de identidad, ocurre la emersión de un conjunto de críticas a cerca de la condición humana de los sujetos con padecimientos psíquicos, sobretudo en relación a sus cidadanías en una sociedad que los condena con el estatuto del enfermo mental, excluyéndolos del gozo de la vida social plena.

Palabras-clave: Diagnóstico; Identidad; Locura; Estigma.

Introdução

Em História da loucura, Michel Foucault (2002) traça um panorama sobre as concepções acerca da alienação, desde o Renascimento até a Modernidade tardia. Ao longo das quinhentas e cinquenta e uma páginas deste livro, discute como as concepções

sobre a loucura se constituíram a partir do social, propondo interpretações dos “fatos históricos” que propiciaram a transição da ideia de loucura para a de doença mental. A partir deste itinerário reflexivo, que aqui funcionará como aporte teórico, propomos uma discussão, em perspectiva lógico-histórica, acerca dos dados que a literatura especializada apresenta sobre representações identitárias no âmbito da saúde mental, visando compreender o modo pelo qual essas percepções ocorrem nos sujeitos acometidos desta

Endereço 1: Rua Guadalajara, 129/401 – Ondina – Salvador/Ba –
Cep: 40.140.460 – Fones: 71.32472377 e cel: 71.87875626

“enfermidade” e como repercutem nas relações sociais dos indivíduos marcados com este diagnóstico. Em outras palavras, o investimento aqui proposto inquir sobre a imagem que o sujeito diagnosticado com transtorno mental faz de si e como esta autoimagem repercute nas relações que consegue entabular.

Do ponto de vista protocolar da metodologia de pesquisa, recolhe-se e efetiva-se uma combinatória entre os elementos que os especialistas sustentam como fatores diagnósticos de distúrbios psiquiátricos que repercutem na identidade do indivíduo, correlacionando-os ao pressuposto foucaultiano que pensa a loucura como socialmente construída. Para a efetivação de tal proposta, faz-se uso da revisão bibliográfica, operacionalizada a partir do isolamento, da problematização e da análise de argumentos ordenados em fichamentos sistemáticos, visando construir núcleos argumentativos que garantam sustentação ao debate aqui ensejado.

Como filtro de seleção de artigos-científicos que adensam a argumentação aqui arrolada, cotejada e construída, foram utilizados bancos de dados como a Biblioteca Virtual de Revistas Científicas Brasileiras (SciELO), a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Psi), do Diretório de Grupos de Pesquisas CNPq, em que foi arregimentada e selecionada a produção pertinente à temática, além do Banco de Teses e Dissertações da CAPES/Domínio Público.

Um Breve Histórico

Ao longo da história, a preocupação com a dimensão subjetiva dos usuários dos serviços psiquiátricos tem gerado intensas discussões acerca da necessidade de se reformular as práticas exercidas no âmbito da saúde mental (Gonçalves & Sena, 2001; Mondoni & Rosa, 2010), um movimento impulsionado pela Reforma Psiquiátrica que tem projetado, sobre o modelo de atenção à saúde mental, relevantes mudanças desde a década de 1970. Esse movimento ideário de reforma preconiza a reinserção social do indivíduo com diagnóstico psiquiátrico, uma proposta que colide com o modelo asilar e suas práticas, questionando os moldes adotados pela Psiquiatria no trato com o “doente mental”. Emergente no final da década de setenta, a Reforma Psiquiátrica brasileira se fundamentava nos pressupostos estabelecidos por Franco Basaglia, que questionava a postura da Psiquiatria frente ao paciente (Oliveira, 2011; Fontes, 2003).

Caracterizado por apresentar um cunho político e social ao tratamento do transtornado mental, este movimento visa, sobretudo, uma revisão das práticas terapêuticas utilizadas pela Psiquiatria Clássica, não se restringindo a uma mera desocupação institucional (Gonçalves & Senna, 2001), ou seja, as mudanças por ele sugeridas não se limitam à práxis da Psiquiatria, mas a todas as nuances implicadas no

cuidado dispensado ao doente mental, aí envolvidas as reflexão e implicação prática de elaboração de políticas públicas.

Com o Projeto de Lei nº 3.657/89, que visa uma sociedade sem hospícios, proposta pelo Deputado Paulo Delgado, as concepções desse movimento se fortaleceram aqui no Brasil, sendo relevante salientar, também, a importância da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, na década de 1990 do século passado, na qual foi discutida a falência da terapêutica oferecida pela Psiquiatria, assim como a inadequação estrutural e funcional das instituições responsáveis pela tutela dos “doentes mentais” (Fontes, 2003).

Um dos pontos importantes preconizados pela Declaração de Caracas foi o resgate e a proteção dos direitos humanos dos usuários dos serviços de saúde mental. Segundo os autores desta declaração, os serviços convencionais de psiquiatria não propiciariam um ambiente favorável que garantisse a seus usuários condições dignas de convívio social e de respeito aos direitos civis e humanos. Sendo assim, era improvável que esta modalidade de serviço alcançasse os objetivos de uma atenção comunitária, preventiva e contínua. (Organização Mundial de Saúde, 1990).

Podemos, assim, indicar que a preocupação com os direitos humanos dos usuários dos serviços psiquiátricos se encontra na base da reforma psiquiátrica, como reportam os especialistas:

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida [grifo nosso] (Brasil, 2010, p. 210).

Daí se pode observar que a proposta da reforma psiquiátrica tem por princípio uma reintegração social assim como uma reapropriação do direito civil e humano de um sujeito que fora silenciado pelo exercício de poder de um sistema institucional. De acordo com Amarante (1996), este pensamento se sustenta a partir dos debates político e técnico das práticas abusivas e violentas da assistência psiquiátrica pelas quais se nega ao louco a possibilidade de um convívio social.

Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estado de alienação mental, ao louco é

subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos. (Amarante, 1996, p. 14).

Nesse novo cenário, preconizado a partir da ideia de desinstitucionalização, objetiva-se o desenvolvimento de estratégias que possam abrir possibilidades de respeito aos direitos sociais dos pacientes psiquiátricos e, assim, romper com a cultura de exclusão construída através dos tempos. (Oliveira, 2011).

Toma-se por marco histórico o século XIX, data do nascimento da Psiquiatria, pois é fato que, com ela, a loucura assume o status de doença, visto que, para que esta assumisse o caráter de objeto científico, subsidiando a consolidação do saber médico, era preciso enquadrá-la em rígidos parâmetros de cientificidade, ou seja, que o médico estabelecesse algum distanciamento de seu objeto a fim de respeitar a exigência científica de neutralidade, enquadrando-o em um sistema de mensuração que possibilitasse uma descrição precisa das observações realizadas, podendo, assim, os experimentos serem replicados por outros cientistas.

Segundo Paim (1993), os estudos em Psicopatologia se iniciam com Esquirol e Griesinger, tendo sido Esquirol o primeiro a realizar uma descrição minuciosa dos principais sintomas observados nos doentes mentais. Outros teóricos que merecem destaque nesta inscrição são Philippe Pinel que, no século XVIII, se dedicava à descrição dos quadros nosológicos, como mania, idiotismo, melancolia e demência, e Karl Jaspers que, nos primórdios do século XX, propôs uma sistematização dos quadros psicopatológicos.

A partir de então, os asilos passam a ser instituições não apenas morais, mas instâncias utilizadoras de ferramentas terapêuticas, podendo ser identificados como polos de observações científicas que dariam condições experimentais para a lide com a doença mental, por apresentarem contingente relevante para coletar os dados necessários para a compreensão, descrição e classificação das manifestações da loucura.

Segundo Vechi (2004), “com a noção de doença mental a loucura foi reduzida (e ainda é) a estruturas, síndromes e diagnóstico baseados nos aspectos negativos da estrutura, como a alienação, a incompreensibilidade, a periculosidade e a incapacidade”, e passa a ser vista como uma patologia passível de mensurações, bem como a ser percebida a partir de um enfoque médico-científico, podendo ser identificada com base em manuais que enquadram e codificam as manifestações dos transtornos mentais.

Rodrigues, Souza e Pedroso (2008) sugerem que a terminologia transtorno mental passou a ser utilizada pelas modernas classificações por existirem “controvérsias” acerca da taxonomia imediatamente precedente, pois que aquela compreensão matriciadora

da designação do patológico estaria alicerçada em concepções ideologicamente comprometidas do observador, não atendendo, com o mínimo rigor, aos critérios necessários para uma indicação de diagnóstico de doença.

Classificação da Loucura

O termo diagnóstico se origina da palavra grega *diagnōstikós* que é composta por dois radicais: *dia*, que significa “separar uma parte da outra”; e *gnosi*, que indica “conhecimento”. Sendo assim, diagnóstico pode ser compreendido, de acordo com Rodrigues et al. (2008), “como uma forma de ver por meio dos elementos que compõem as unidades subjacentes, permitindo descrever constructos humanos e explicar as alterações observadas na natureza”, ou seja, um modo de compreender um fenômeno a partir do entendimento de suas partes. Esta compreensão se constitui com base num sistema classificatório que organiza, a partir de grupos ou categorias, as entidades subjacentes encontradas nos fenômenos observados, que serão descritos em manuais, em especial, em catálogos psicopatológicos.

Podemos compreender, então, que o interesse dos manuais de psicopatologia reside em descrever os signos comuns existentes entre sujeitos ditos como fora da norma, visando, com base em comparativos, identificar, classificar e codificar a doença mental. Mas, como delimitar essa normalidade? Para Pereira-Frayze (1985, p. 22), “o anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal e não um fato ou uma entidade autônoma que definiríamos pela identificação de um conjunto de propriedades delimitadas e imutáveis”, o que significa que a compreensão da anormalidade só é possível a partir da relação com o normal. Logo, compreendê-las separadamente ou isolar uma entidade mórbida não seria possível. Este fato denota certas tensões existentes no processo de diagnóstico tendo em vista certas vulnerabilidades frente ao entendimento do conceito de normalidade. (Pereira-Frayze, 1985; Coutinho, 2009).

De acordo com Canguilhem (2009), definir o conceito de normal não é algo fácil, devido à inexistência de um referente. Em sua tese de doutoramento em Medicina, de 1943, matriz do diálogo de Foucault em História da loucura, o autor realiza um esforço para unir ou, pelo menos, interrelacionar as concepções filosóficas com alguns dos métodos utilizados pela Medicina. A partir das suas análises, chega à conclusão de que a ideia de normalidade deriva da normatividade, isto é, os estados patológicos revelam uma estrutura do estado normal modificada qualitativamente. “A doença difere da saúde, o patológico, do normal como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela re-

estruturação da totalidade orgânica” (2009, p. 13). Logo, compreender a doença mental a partir de métodos estatísticos e comparativos traria certas complicações quanto à sua validade, devido à falta de um referente fidedigno (Franco, 2009).

Paradoxalmente, em uma compreensão heterogênea, tanto o normal quanto o patológico se aproximariam das ideias naturistas, ou seja, nesta perspectiva, a doença mental seria vista como uma entidade natural passível de uma identificação tendo por base os sintomas (Canguilhem, 2009).

Para Foucault, essa compreensão implica alguns entraves: “estas análises têm a mesma estrutura conceitual que as da patologia orgânica: em ambas, mesmo método para distribuir os sintomas nos grupos patológicos, e para definir as grandes entidades mórbidas” (1994, p. 12). Assim, para se compreender as patologias mentais sob este parâmetro seria necessário fazer uso dos métodos utilizados para identificar doenças orgânicas, o que não seria possível, haja vista que a Psicologia não poderia oferecer à Psiquiatria um instrumento capaz de delimitar o distúrbio mental seguindo os mesmos parâmetros e utilizando o mesmo instrumental que a Fisiologia oferece à Medicina. Em termos mais simples: Foucault cobra da psicodiagnose uma autonomia metodológica própria, sem que os empréstimos indevidos à medicina torçam a instituição do objeto psicológico.

Outro aspecto relevante frente à discussão proposta é a ideia de Coutinho, que percebe o binômio normal-patológico como construto social dependente do contexto sociopolítico e histórico. “As doenças devem ser vistas como constructo social, cultural e historicamente relativo e não como algo absoluto e universal” (2009, p. 16). Logo, os sintomas patológicos apresentados pelo indivíduo devem ser entendidos a partir da influência do meio social no qual o sujeito se encontra, reconhecendo o seu dinamismo quanto ao tempo e ao espaço. É preciso lembrar que o ser humano se desenvolve e se constitui a partir de sua relação com outros (Ciampa, 2007; Coutinho, 2009). Sendo assim, é impossível negligenciar a influência que a cultura exerce sobre o sujeito, assim como não é possível identificar a manifestação psicopatológica sem que se observe em que cultura ela emergiu e, embora exista um sistema classificatório que possibilita essa análise cultural, o Guia Latino Americano de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) que, segundo Peixoto, Lowenkron, Hassene, Vidal e Cruz (2009), é dotado de uma base de conhecimento sobre as classificações diagnósticas na América Latina, com indicadores culturais e psiquiátricos da região, a fim de proporcionar melhor desenvolvimento quanto à formulação diagnóstica, nota-se que, na prática, este instrumento é nExistem diversas ferramentas disponíveis no sentido de orientar o profissional de saúde mental no diagnóstico. Entretanto, verifica-se, na prática, que esses sistemas

classificatórios são subutilizados. Como não há pesquisas disponíveis sobre seu uso pelos brasileiros, não podemos mensurar seu índice de utilização. (Peixoto et al., 2009, p. 37).

Com base no trecho em destaque, podemos entender que existem profissionais que buscam construir ferramentas que possibilitem abarcar as nuances não orgânicas envolvidas no processo patológico. No entanto, pesquisas demonstram que o DSM-IV é o instrumento mais utilizado nas realizações de pesquisas clínicas (Peixoto et al., 2009). Porém, segundo Coutinho, a objetividade dos manuais de caráter estatístico tem seu preço: “Insiste-se numa suposta objectividade do conhecimento, sem investigar, sem dar atenção ao contexto social. É importante reflectir sobre estas questões de modo a que o sofrimento e o sujeito recuperem o seu papel como eixo principal do pensamento médico (2009, p. 16).

Em busca desta objetividade, cria-se um distanciamento entre o louco e aquele que o identifica: o sujeito deixa de ser o centro das preocupações médicas, perdendo seu espaço para os sintomas.

Entre o louco e o sujeito que pronuncia ‘esse aí é um louco’, estabelece-se um enorme fosso, que não é mais o vazio cartesiano do ‘não sou esse aí’ mas que está ocupado pela plenitude de um duplo sistema de alteridade: distância doravante inteiramente povoada de pontos de referência, por conseguinte mensurável e variável; o louco é mais ou menos diferente no grupo dos outros que, por sua vez, é mais ou menos universal. (Foucault, 2009, p. 183).

Nessa medida, entende-se que o propósito do diagnóstico não se encontra na compreensão da loucura ou de seu acolhimento, mas na sua identificação, uma operacionalização que cria diferenças e promove a desigualdade, no instante em que reduz o sofrimento psíquico a estruturas sindrômicas (Foucault, 1994; Castanheira, 2011). De acordo com Martins (2005, p. 56), “[...] há um movimento de distanciamento da compreensão psicológica e psicossocial das perturbações mentais, eliminando os modelos explicativos competitivos, implícitos e explícitos, contidos nas classificações precedentes [...]”.

O que Martins (2005), Foucault (1994), Castanheira (2011) e Franco (2009) analisam é que, sem uma reflexão crítica acerca dos manuais, sem uma preocupação quanto ao uso deste instrumento, o seu conteúdo pode ser utilizado apenas como indicador de diferenças balizado cientificamente, o que pode autorizar impingir perfis como se fossem dados naturais (Coutinho, 2009). Além destes entraves, a identificação e o reconhecimento dos sintomas psicopatológicos possibilitam a criação de um novo grupo social: “os doentes mentais”.

Essa compreensão só é possível se considerarmos o pressuposto trazido por Gonçalves Neto e Lima (2010, p. 93) quando afirmam que “identificar

e reconhecer o indivíduo é incluí-lo em grupos maiores, nos quais sua individualidade é subsumida, ao mesmo tempo singularizando-o e contrastando-o com os demais”. Logo, o uso indiscriminado dos manuais nosológicos culminaria no estabelecimento de critérios que indicariam certa relação entre o diagnóstico psiquiátrico e a construção identitária, haja vista que encontramos em sua catalogação os pontos referenciais que identificam os atributos que diferem os loucos dos ditos normais e que permitem o reconhecimento do doente mental, por formalizar a diferença no espaço social, uma ação ordenadora da percepção quanto às identidades sociais dos sujeitos submetidas a estes critérios (Coutinho, 2009).

Identidade/Identificação

Pensado como um fenômeno subjetivo e dinâmico resultante da articulação entre semelhanças e diferenças, a identidade se configura sob a ótica da ordem social, determinada pelas condições sócio-históricas (Deschamps & Moliner, 2009; Ciampa, 2007), determinações estas que podem ser percebidas mesmo antes do nascimento. O nascituro chega ao mundo com expectativas e atributos sobrepostos pelo meio social que o cerca, podendo estes virem a se confirmar ou não. Um exemplo destas determinações é o prenome, estabelecido no período gestacional e influenciado pela história social dos genitores, e que se consolidará como o primeiro atributo de identificação do sujeito.

Para Ciampa (2004, p. 63): “Nós nos identificamos com o nome, que nos identifica com o conjunto de outros seres, que indica nossa singularidade [...]”. Observa-se, então, que o prenome é o primeiro mecanismo de diferenciação e identificação do sujeito em seu meio social. Desta forma, a compreensão da identidade perpassa a ideia de que sua constituição se consolida a partir do resultado da dialética daquilo que se nos apresenta e de como somos reconhecidos.

Segundo Goffman (2004), “a identidade pessoal então, está relacionada com a pressuposição de que ele pode ser diferenciado de todos os outros e que em torno desse meio de diferenciação podem-se apegar e entrelaçar”. O conhecimento de si é dado, portanto, com base no reconhecimento de indivíduos identificados através de seu grupo social de pertença, a partir do que se estabelece uma relação na qual uma identidade mais madura reflete outra identidade. Ou seja, a concepção da identidade, assim como de sua diferença, se torna perceptível através de um grupo de signos que se constituem culturalmente. (Ciampa, 2007). Através do reconhecimento dos signos identitários se constitui uma representação social (Golçalves Neto & Lima, 2010; Ciampa, 2007; Castanheira, 2011), sendo este o instrumento facilitador que favorece para a identificação dos grupos de pertença de cada indivíduo. Segundo

Brito & Catrib (2004, p. 286) “Representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduo”. As representações podem ser compreendidas como um mecanismo cultural que possibilita uma comunicação com o “individual e o social”, através das construções de signos apropriados e compartilhados socialmente (Brito & Catrib, 2004). Sendo relevante salientar que estas percepções servem como moldes para a direção do comportamento do indivíduo, dotado de identidade, no próprio meio social.

Os especialistas indicam que essa representação pode ser subdividida em dois perfis: a representação de si mesmo e a representação intergrupos, sendo o conjunto dessas representações considerado como “representações identitárias”. As representações identitárias se constituem a partir conhecimentos e crenças que os indivíduos formam de si e de seu meio social, que por sua vez designa a ideia da existência de uma estrutura cognitiva que favorece a concepção de um sentimento de identidade (Deschamps & Moliner, 2009).

Para estes especialistas, a representação pode ser compreendida da seguinte maneira:

No domínio da percepção dos outros, é concebida como um processo que consiste em emitir um julgamento sobre um indivíduo a partir de seus comportamentos diretamente perceptíveis, a inferir sobre o estado de uma pessoa a partir da percepção direta que se tem dela. (Deschamps & Moliner, 2009, p. 57).

Entende-se que a partir da observação dos comportamentos emitidos pelo indivíduo podem-se estabelecer critérios que possibilite a identificação do grupo de pertença desse sujeito. A partir desses descritivos, elaboradas com base nas percepções do sujeito observador, possibilitou-se categorizar¹ e classificar os indivíduos sob o viés da igualdade versus diferença apresentada por cada grupo (Goffman, 2004). É através dessa categorização que se define a identidade social, sendo esta diretamente influenciada pelo ambiente social em que o indivíduo está inserido.

Com este pensamento, Gonçalves Neto e Lima (2010) oferecem uma importante contribuição para o debate aqui ensejado:

No campo da saúde mental, por exemplo, o projeto dos primeiros alienistas, Pinel, Charcot, Janet etc., e de psiquiatras como Kraepelin, Bleuler, Jaspers, dentre outros, que se esforçaram por elaborar manuais nosológicos cada vez mais organizados que permitiriam aos especialistas definirem os comportamentos normais e patológicos, permitindo uma intervenção voltada para o restabelecimento da autonomia dos indivíduos, concretizaram-se como

1 Categorização nos remete a ideia de organizar o entorno em termos de categoria, grupo de pessoas ou objetos, ou grupos de atributos, tendo por critério de semelhança. (Tajfel citado por Deschamps & Moliner, 2009).

verdadeiros mecanismos de justificação da aniquilação se não psicológica, física, dos indivíduos indesejáveis (Szasz, 1977; Goffman, 1999) e oficializou discursos sobre quem deve ser considerado ‘doente mental’ ou não, criando por sua vez a identidade pressuposta do doente mental (Lima, 2010). (Gonçalves Neto & Lima, 2010, p. 94).

Nessa perspectiva, entende-se que o reconhecimento da loucura pelos primeiros alienistas, assim como dos psiquiatras, favoreceu a construção da categoria “doente mental”, podendo, assim, serem encontrados em seus manuais os atributos que indicariam o perfil social dos indivíduos que se incluiriam neste grupo.

Segundo Foucault, os critérios que definem o louco se consolidam no jogo de comparações objetivas sob a ótica da razão. “O louco é evidente, mas seu perfil se destaca sobre o espaço exterior; e o relacionamento que o define entrega-o totalmente, através do jogo das comparações objetivas, ao olhar do sujeito razoável (Foucault, 2009, p. 183)”. Devemos nos recordar da grande referência para o autor, em sua tese doutoral, ao sustentar que, só a partir da idéia do cogito proposta por Descartes, a verdade passa a pertencer ao domínio da razão. Com isto, o pensamento só pode ser exercido por aqueles que podem perceber a verdade, competência a que o louco não tem acesso, visto que a loucura se caracteriza justamente pela impossibilidade do pensamento: “Chamamos de loucura essa doença dos órgãos do cérebro que impede necessariamente um homem de pensar e agir como os outros” (Foucault, 2009, p. 183). Nesta perspectiva, a partir do século XVII e, mais tragicamente ainda, com o advento da Psiquiatria, a definição da doença mental como morbidade só será possível a partir da ótica daqueles que consideram a razão como ponto referencial da verdade.

O sujeito acometido pela doença mental só perceberia o seu estado de loucura se identificado por um terceiro que o distinguisse com base no exercício da razão. “Portanto, o louco não pode ser louco pra si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este pode distinguir exercício da razão da própria razão” (Foucault, 2009, p. 186). Sendo assim, a classificação diagnóstica, por se tratar de uma espécie de barema científico construído pelos signos manifestos pela sintomatologia, estaria autorizada a traçar a identidade deste sujeito, além de descrever os atributos necessários para o seu reconhecimento social.

Segundo Gonçalves Neto e Lima (2010), identificar e reconhecer um indivíduo é determiná-lo, é inseri-lo em um grupo maior no qual sua individualidade é subsumida, é negada, em detrimento do seu grupo de pertença e, a depender do valor simbólico dado aos atributos sociais que identificam a categoria, este poderá ter acessos a privilégios ou estigmas.

A formalização do diagnóstico avalia uma

diferença e autoriza, involuntariamente, a desigualdade. A partir do momento em que certifica a diferença como doença, a torna científica, justifica a diferença percebida pelos outros, autorizando a desigualdade com base em medos, e imagens fantasiosas erradas criadas pelo abuso semântico do jargão médico. (Coutinho, 2009, p. 47).

Nesse diapasão, ao ser classificado, o sujeito é inserido em um grupo, mediante conotações negativas e pejorativas construídas historicamente, um processo social que se desenvolve na relação do sujeito com seu meio, caracterizado como estigma (Goffman, 1963; Coutinho, 2009).

A ideia de estigma foi inicialmente usada pelos gregos para pontuar a existência de uma marca corporal presente no sujeito que indicaria algo de mal sobre o seu status moral. Esta terminologia seria utilizada para designar um atributo profundamente depreciativo, sendo relevante que este poderia confirmar a normalidade de outro (Goffman, 1963). Podemos entender, assim, que, com base em um estigma, seria possível identificar se os atributos aferidos a este ou àquele indivíduo estariam dentro dos padrões normais preestabelecidos pela sociedade.

Ora, pergunta-se, estariam os especialistas indicando que a pessoa portadora de uma identidade estigmatizada, como o doente mental, estaria inabilitada para compactuar com o social?

De acordo com Foucault (1994), no século XVII, a loucura se tornou sinônimo de exclusão, sendo relevante destacar que nesta época são criados os primeiros estabelecimentos para internações, os hospitais gerais, que tinham por finalidade não apenas receber os ditos loucos, mas uma série de diferentes indivíduos considerados à margem da sociedade. Nestes estabelecimentos, os critérios de internamento põem em questão a conduta dos indivíduos e como a sociedade os reconhece. Segundo Foucault (1994, p. 79): “A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas (seja por sua culpa ou acidental)”. Ou seja, em uma sociedade burguesa, carente de mão de obra, a ociosidade era equiparada à loucura. Mas, apenas este dado não seria suficiente para compreendermos como se consolidaram os estigmas acerca da loucura, pois “a loucura é muito mais história”, diz Foucault (1994, p. 80), segundo quem:

[...] a loucura no internamento, criou parentescos novos e estranhos. Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez preste a romper.

No espaço de internamento, o louco, além dos estigmas de incapacidade e improdutividade,

agregou, também, ao seu perfil, os estigmas que eram direcionados aos seus companheiros de segregação:

Não nos espantemos que se tenha desde o século XVIII descoberto uma espécie de filiação entre a loucura e todos ‘os crimes de amor’, que a loucura tenha-se tornado, a partir do século XIX, a herdeira dos crimes que encontram, nela, ao mesmo tempo sua razão de serem, e de não serem crimes; que a loucura tenha descoberto no século XX, em seu próprio centro, um núcleo primitivo de culpa e de egressão. (Foucault, 1994, p. 80).

Os estigmas acerca da loucura se consolidaram ao longo da história, um fato que reverbera nas opiniões do senso comum ou nas manifestações culturais mais amplas, como nos mostra Coutinho (2009, p. 51): “a formulação essencializadora do diagnóstico pode intensificar a percepção da diferença e através de toda imagem trabalhada esteticamente pelo cinema, literatura e mass media pode contribuir para a perpetuação do estigma”; ou seja, a popularização do vocabulário tecnocrata dos psiquiatras conferiu à doença mental características estereotipadas. No cinema, por exemplo, a loucura está relacionada a homicídios, a violência, monstrosidade, etc. O sujeito é, assim, destituído de sua individualidade e reduzido à sua condição negativa patológica e, desta forma, as imagens criadas pelo social favorecem a que ecloda uma prática estigmatizante e estereotipada que se sustenta no aval de um instrumento científico.

Usa-se o termo esquizofrenia para se referir a um conjunto de manifestações heterogêneas consideradas patológicas, mas com características tais que permitem dar alguma coerência diagnóstica e terapêutica. Aquilo que se vê comumente é o uso do termo para ofender, desconsiderar, injuriar ou adjectivar situações perniciosas como nos exemplos ‘economia esquizofrênica’, ‘aquele tipo é um esquizofrênico, não merece respeito nenhum’, ‘sociedade esquizofrênica’. (Coutinho, 2009, p. 48).

Considerações finais

Pensar sobre a classificação diagnóstica a partir de uma perspectiva social não significa negligenciar a sua relevância para a prática clínica. De acordo com Peixoto et al. (2009), o sistema classificatório é de fundamental importância não apenas para a formulação do diagnóstico, mas, também, para a elaboração do tratamento, para a comunicação entre profissionais, para a garantia da confiabilidade do desenvolvimento de pesquisas, além de possibilitar o reconhecimento de seu caráter científico. No entanto, não podemos deixar de lado as tensões existentes no desenvolvimento do processo diagnóstico, entres sinalizados por Foucault (1994; 2009), Coutinho (2009), Martins (2005), Gonçalves Neto e Lima (2010) e Vechi (2004), dentre outros.

Embora seja inegável a utilidade das classificações

no processo de diagnóstico, os especialistas aqui arrolados acentuam as repercussões sociais sobre a vida dos sujeitos submetidos aos seus critérios. Segundo Soares (2004), por exemplo, estas influências se devem, em parte, à forma como este processo é conduzido:

Assim condicionado pelo salário produtividade, o psiquiatra que atende uma média de 15 pacientes em duas horas, tem apenas oito minutos para ouvir os sintomas do paciente, definir um diagnóstico, prescrever uma medicação e planejar uma terapêutica. Deste modo, o que o diagnóstico pode representar é um simples rótulo apressado despido de significação real, mas que, pelo peso do significado simbólico que ele acarreta, oprime o diagnosticado e o reduz a ser aquilo que o significado do diagnóstico obriga, numa inversão total dos processos (Soares, 2004, p. 60).

Por nos propormos a discutir, neste trabalho, as tensões existentes no processo de diagnóstico, não poderíamos deixar de sinalizar a falta de condições do psiquiatra para a realização adequada do diagnóstico, como referido acima. Porém podemos observar, com base nos especialistas aqui utilizados, que estas tensões vão além das condições trabalhistas, pois se estruturam a partir da ideia de um processo de objetivação da doença, isto é, da redução do sujeito a um descritivo sintomatológico. Ainda, segundo Soares (2004), com as preocupações psiquiátricas voltadas para o referencial sintomático, o diagnóstico passou a assumir um status de “rótulo social”.

Para Coutinho (2009), o diagnóstico é percebido como uma construção social, engendrado com representações e ações que são comuns em uma determinada sociedade. Sendo assim, ao sair de um atendimento psiquiátrico, o sujeito não só receberá o diagnóstico como também conhecerá o atributo que lhe conferirá a identificação social de seu grupo de pertença. Porém, esta noção, que considera um descritivo diagnóstico como a apresentação de uma identidade definida, natural e individualizada, tende a promover imagens sociais estigmatizadas e estereotipadas, como demonstra o autor, ao discutir sobre a influência da mídia na construção das imagens da loucura. Por seu turno, Foucault, quando retrata a construção histórica destas imagens vai em direção análoga, ao demonstrar a influência dos signos adquiridos ainda na época do internamento:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII [...] Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo. (Foucault, 2009, p. 78).

Quais os riscos desse modo definidor do louco e das práticas que lhe conferem atributos? Estas concepções e práticas podem gerar atitudes discriminatórias que dificultam a aceitação social do sujeito diagnosticado como doente mental, haja

vista que este é impregnado por estigmas negativos, de acordo com Goffman (1963, p. 8): “Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida”. Percebemos, assim, que o diagnóstico psiquiátrico tende a influenciar na construção identitária dos sujeitos enquadrados em seus parâmetros, como indicam Goffman (1963), Coutinho (2009), Gonçalves e Lima (2010) e Soares (2004), dentre outros.

Apoiados no conjunto de arrazoados aqui reunidos, podemos sugerir que, ao observar a proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, devemos atentar para todas as nuances nela envolvidas. Reinsere o dito louco na sociedade pode ser caracterizado como um processo de reeducação, sendo relevante e necessário, para receber este sujeito, que a sociedade tenha um preparo, já que, historicamente, o objetivo da internação foi, justamente, o de proteger a sociedade (Fontes, 2003; Gonçalves & Senna, 2001; Mondoni & Rosa, 2004 2010; Oliveira, 2011). Logo, o próprio escopo da Reforma Psiquiátrica nos impõe pensar na existência de uma tensão quanto ao diagnóstico e sua influência social.

Os manuais de classificação se limitam a enumerar os comportamentos tidos como fora da norma, mas não garantem a universalidade destes parâmetros, haja vista que as manifestações que compõem os sintomas dependem da cultura na qual emergem. Logo, o que é loucura para uma determinada cultura, em outra, pode não o ser. Sendo assim, algumas questões se descortinam no horizonte de pesquisas futuras, tais como: Como seria possível garantir a reintegração dos direitos humanos de uma pessoa com transtorno mental se até mesmo a sua identidade é imposta por um saber-poder médico-científico? Os processos que conduzem as diretrizes da reforma psiquiátrica percebem o louco além do estereótipo de incapacidade?

Referências bibliográficas

- Amarante, P. D. C. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: CNS, 2010.
- Brito, H. B., & Catrib, A. M. F. (2004). Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 285-296.
- Canguilhem, G. (2009). O normal e o patológico, (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Castanheira, M. (2011). A noção de identidade, a definição de representação e o conceito de papel social: a busca de relações a partir da idéia de loucura. Universidade Católica de Petrópolis, 1(2). Acessado de <http://seer.ucp.br/seer/index.php/trevo/article/view/90/79>.
- Ciampa, A. C. (2007). A estória de Severino e a História de Severina. São Paulo: Brasiliense.
- Ciampa, A. C. (2004). Identidade. In S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.). *Psicologia Social o homem em movimento* (pp. 58-75). São Paulo: Brasiliense.
- Coutinho, R. S. R. (2009). O diagnóstico em perspectiva: reflexões sobre a prática da Psiquiatria. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa.
- Delgado, P. (1989). Projeto de Lei nº 3.657/89. Brasília, Câmara dos Deputados.
- Deschamps, J.-C., & Moliner, P. (2009). A identidade em Psicologia Social: dos processos identitários às representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes.
- DSM-IV-TR™. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução Cláudia Dornelles, (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Fontes, M. P. Z. (2003). Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1994). *Doença mental e Psicologia*, (5ª ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (2009). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Franco, F. L. F. N. (2009). Georges Canguilhem e a Psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. *Primeiros Escritos*, 1(1), 87-95.
- Goffman, E. (1963). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução Mathias Lambert. Acessado de http://www.4shared.com/office/FVIn2q8l/Estigma_-_notas_sobre_a_manipu.html.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Gonçalves Neto, J. U., & Lima, A. F. (2010). Reconhecimento social, identidade e linguagem: primeiros fragmentos de uma pesquisa sobre perspectivas teóricas atuais no contexto da Psicologia Social. *Revista Psicologia e Saúde*, 2(1), 90-97.
- Martins, A. L. B. (2005). Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Mondoni, D., & Rosa, A. C. (2010). Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 26(1), 39-47.
- Oliveira, M. L. (2011). Uma análise na interseção família e reforma psiquiátrica no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III da cidade de Alagoinhas-Ba. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea - Universidade Católica do Salvador.
- Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. (1990). Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Declaração de Caracas. 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS.
- Paim, I. (1993). *História da Psicopatologia*. São Paulo: EPU.
- Peixoto, A. N., Lowenkron, T., Hassene, D. R., Vidal, M., & Cruz, A. C. E. (2009). Avanços nos sistemas classificatórios de diagnóstico em Psiquiatria e sua difusão no Brasil. *Neurobiologia*, 72(3), 31-44.
- Pereira-Frayze, J. (1985). O que é loucura. São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense. (Coleção Primeiros Passos).
- Rodrigues, S. M. S., Souza, A. M., & Pedrosa, J. S. (2008). Diagnóstico psiquiátrico: evolução histórica, conceitos e vicissitudes. *Rev. para. med.*, 22(3).
- Soares, S. S. F. (2004). Manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência In M. G. P. Koury, & M. C. R. Barreto (Orgs.). *Antropologia da emoção: ensaios*, (pp. 51-68). João Pessoa: GREM.
- Vechi, L. G. (2004). Introgenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 489-495.

Recebido: 31/07/2012
Última revisão: 01/11/2012
Aceite final: 16/11/2012

Sobre os autores:

Profº Drº José Euclimar Xavier de Menezes - Mestre e Doutor em Filosofia da Psicologia e da Psicanálise/ UNICAMP; Pós-doutor em Filosofia Moderna/Pontificia Università Lateranensi-Itália; Docente e pesquisador do Programa em Família na Sociedade Contemporânea/UCSal; Docente e pesquisador dos cursos de Psicologia das Faculdades Santíssimo Sacramento e Social da Bahia; Líder do GP/CNPq Epistemes da subjetividade.

E-mail: menezesjex@hotmail.com

Denise Neves dos Santos – Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Santíssimo Sacramento, pesquisadora júnior do PIBIC institucional.

E-mail: denikak@hotmail.com