

ORGANIZADORES

**Jadir Machado Lessa
Simony de Sousa Faria
Auterives Maciel Júnior
Natalino Salgado Filho**



**DESMEDICALIZAÇÃO
DA EXISTÊNCIA
E PRÁTICAS DE SI**

RESISTÊNCIA E PODER NA ÁREA DA SAÚDE



EDUFMA

ORGANIZADORES
Jadir Machado Lessa
Simony de Sousa Faria
Auterives Maciel Júnior
Natalino Salgado Filho

DESMEDICALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA E PRÁTICAS DE SI

RESISTÊNCIA E PODER NA ÁREA DA SAÚDE

São Luís



EDUFMA

2020



Reitor

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos



EDUFMA

Editora da Universidade Federal do Maranhão

Diretor

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Conselho Editorial

Prof. Dr. Esnel José Fagundes

Profa. Dra. Inez Maria Leite da Silva

Prof. Dr. Luciano da Silva Façanha

Profa. Dra. Andréa Dias Neves Lago

Profa. Dra. Francisca das Chagas Silva Lima

Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire

Prof. Me. Cristiano Leonardo de Alan Kardec Capovilla Luz

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos

Prof. Dr. Ítalo Domingos Santirocchi

Copyright © by EDUFMA 2020

Projeto Gráfico e Capa *Eduardo César Machado de Jesus*

Revisão *Ingrid Lorena Lima da Silva Carvalho*
Vera Lúcia Giusti de Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Desmedicalização da existência e práticas de si: resistência e poder na área da saúde/ Organização: Jadir Machado Lessa...[et al.]. — São Luís: EDUFMA, 2020.

300 páginas

ISBN 978-85-7862-958-8 (e-book)

1. Medicalização da existência - Psiquiatria da Psicanálise e Psicologia- Fundamentos 2. Saúde Pública. I. Lessa, Jadir Machado. II. Faria, Simony de Sousa. III. Maciel Júnior, Auterives. IV. Salgado Filho, Natalino. V. Título.

CDD 158.1

CDU 159.9:616

Elaborada por Neli Pereira Lima — CRB-13/600

EDUFMA | Editora da Universidade Federal do Maranhão

Av. dos Portugueses 1966 | Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

PREFÁCIO

O livro que o leitor tem em mãos, **DESMEDICALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA E PRÁTICAS DE SI**, tem o propósito de problematizar os fenômenos contemporâneos da Patologização da Vida e da Medicalização da Existência. Esta obra nos remete a uma grande reflexão, utilizando como cenário o homem contemporâneo e seus modos de enfrentamento do vazio de sua existência.

O leitor encontrará, ao longo destas páginas, fundamentos da Psiquiatria da Psicanálise e da Psicologia, que nos remetem a uma produção com vinculação acadêmica, numa construção coletiva de conhecimento que nos orienta na prática de vida e na compreensão do mundo. Com um discurso comum e bem fundamentado cientificamente, encontramos, se não respostas, talvez caminhos que nos permitam a reflexão para alguns de nossos questionamentos: Como viver bem a vida? Como utilizar a liberdade? Como perceber melhor o mundo? Compreendendo que o Céu e o Inferno, não são um Espaço Físico, mas uma condição interior que, portanto, está em nós; Assim como a Vulnerabilidade e a Violência estão presentes no contexto de problemáticas atuais, como por exemplo, na questão dos refugiados e da migração coletiva.

Esta publicação, surge em um momento que o homem é dominado pelo culto ao Corpo; onde a Juventude precisa ser eterna e a Velhice parece não fazer parte de uma etapa natural da vida. A ordem da vez é o desejo e não a necessidade. Neste cenário nunca se usou tantos anabolizantes, antidepressivos, ansiolíticos e outros medicamentos. Tudo isso na busca de uma falsa Paz, na fuga de ex-

periências e de sentimentos que são próprios da condição humana. Assim, a Medicalização da Existência, tornou-se uma regra.

A Compreensão de que é necessário medicar a doença e não a existência é uma grande contribuição dos autores, na busca de apresentar recursos ou ferramentas que possam auxiliar nas Terapias, nos Programas Multidisciplinares, nas Redes Sociais de Apoio e nas Terapias Assistidas por Animais, dentre outros.

Outra contribuição desta obra é agir como um sinal de alerta para Saúde Pública. A Medicalização, como vem acontecendo em nosso meio, precisa ser discutida pelos órgãos reguladores da Saúde no Brasil, pelas Instituições de Ensino e pela Sociedade em geral.

Dra. Joyce Santos Lages

SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HUUFMA

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS COMO RECURSO PSICOTERAPÊUTICO PARA O PROCESSO DE DESMEDICALIZAÇÃO	9
<i>Auterives Maciel Júnior / Simony de Sousa Faria / Yasmin Filgueiras Coelho Pereira</i>	
CORPO E MEDICALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE: CONTORNOS DO MAL-ESTAR	31
<i>Marcelo Henrique da Costa / Priscila Mählmann</i>	
CORPO EM CENA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA CONTEMPORANEIDADE	57
<i>Aluísio Ferreira de Lima / Jurema Barros Dantas</i>	
PSICOLOGIA E PROGRAMAS INTERDISCIPLINARES EM TRATAMENTOS DE DOR	84
<i>Almir Vieira Dibai Filho / Cristiano Teixeira Mostarda / Flávio de Oliveira Pires / Jadir Machado Lessa</i>	
SEXUALIDADE, EROTISMO E VIOLÊNCIA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE BATAILLE, FOUCAULT E BUTLER	124
<i>Alexandre Marques Cabral</i>	
O NOME DA DOR: ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AOS CUIDADOS NA SÍNDROME DA FIBROMIALGIA	162
<i>Flor Bella Matos de Oliveira / Simony de Sousa Faria</i>	
MEDICINAS DEMONÍACAS: NÓS, OS CYBER-BRUXOS	179
<i>Nelson Job</i>	

A TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS: UM RECURSO PSICOTERAPÊUTICO NA PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO COMO MODO DE DESPATOLOGIZAÇÃO DESSA FASE DA VIDA	198
<i>Simony de Sousa Faria / Vinicius Leite Pacheco</i>	
TRAUMA, VULNERABILIDADE E RECONHECIMENTO	222
<i>Jô Gondar</i>	
SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: AS FORMAS DE CUIDADO E EXCLUSÃO ENTRE O CÁRCERE E A REDE	234
<i>Auterives Maciel Júnior / Felipe Fook Bastos / Jadir Machado Lessa</i>	
TRAUMA E CRIAÇÃO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	253
<i>Ricardo Salztrager</i>	
DESPATOLOGIZAÇÃO DOS MODOS DE EXISTÊNCIA: UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	273
<i>Felipe Fook Bastos / Jadir Machado Lessa / Virlainne Moreno De Lemos</i>	
AUTORES	290

A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS COMO RECURSO PSICOTERAPÊUTICO PARA O PROCESSO DE DESMEDICALIZAÇÃO

Auterives Maciel Júnior
Simony de Sousa Faria
Yasmin Filgueiras Coelho Pereira

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo tem como objetivo é de compreender a relação homem-animal no âmbito da terapia auxiliada e mediada por animais, trazendo possíveis contribuições da Psicologia, buscando a compreensão da Terapia Assistida por Animais (TAA) e suas possíveis utilizações. Os animais ressaltam o cunho afetivo da relação homem-animal, lidando diretamente com um trabalho de prevenção e promoção da saúde. Efetiva-se um trabalho social mediante a consideração de que um animal é visto pelas pessoas como um participante da relação familiar que são constituídas. O artigo se desenvolve a partir das mudanças que são encontradas no momento em que o animal é inserido no processo terapêutico e as mudanças se tornam visíveis nos avanços obtidos.

Desse modo, o estudo tem como finalidade evidenciar observações relacionadas à psicologia em ação conjunta à utilização de animais, considerando uma vasta oportunidade nesse campo. Faz-se necessário ressaltar que a proximidade com o tema possibilitou enfatizar que a troca afetiva dessa relação é considerada importante, por se tratar de prevenção e promoção da saúde, além de cunho

terapêutico como forma de contribuição na função social, onde atualmente há uma ênfase que o animal é considerado um membro significativo e importante na vida das pessoas.

Frente a essa concepção, faz-se importante notar que todo esse processo de intervenção através de animais abrange possibilidades vinculadas ao meio em que o indivíduo está inserido, pois, partindo desse pressuposto, verificaram-se construções e ressignificações na vida das pessoas. Assim, este estudo se mostra relevante por enfatizar o papel do psicólogo e suas contribuições, apresentando uma perspectiva de atuação psicoterapêutica em Terapia Assistida por Animais (TAA), observando tanto o cenário de atuação como as ferramentas utilizadas nesse modelo de terapia.

A temática tem sua relevância por enfatizar a relação do homem com os animais, suas observações cotidianas que trazem questionamentos e ressaltam o quão é eficiente trabalhar a qualidade de vida das pessoas, e o propósito de possíveis melhoras através da técnica de TAA. Encontra-se um norte a partir da vasta observação relacionada à contribuição da psicologia nesse âmbito que, atualmente, é pouco conhecida e estudada.

A utilização dos animais no contexto referido pode ser uma oportunidade consideravelmente ampla e vasta no campo da psicologia. Convém enfatizar que a troca afetiva dessa relação é importante, por se tratar de prevenção e promoção da saúde, além de cunho terapêutico como forma de contribuição na função social, pois hoje o animal é considerado um ente, ou seja, um membro familiar.

Este trabalho abrange o histórico da TAA, a relevância para os dias atuais e seus fins terapêuticos, além das contribuições da psicologia e a relação homem-animal. Observam-se as possibilidades que a TAA e suas técnicas proporcionam diante da cultura ocidental

dos dias atuais, além das mudanças e repertórios comportamentais do homem como um recurso psicoterapêutico.

2 A RELAÇÃO HOMEM-ANIMAL

A primeira análise a ser feita pretende abordar a relevância que os animais possuem na vida das pessoas. No Brasil, utiliza-se como recurso a equoterapia, TAA e Atividade Assistida por Animais (AAA).

Desde os tempos primitivos, os animais já se faziam presentes na vida dos seres humanos, sendo este fato visto como uma relação de troca. Ou seja, como havia poucos recursos, os animais eram vistos como auxílio de vida e como um meio de proteção. Em troca da caça, da proteção de moradia e do aquecimento que os animais proporcionavam aos seres humanos, estes eram recompensados com restos de comidas (GIUMELLI; SANTOS, 2016).

O autor supracitado, revela ainda que a relação do homem com o animal pode ser considerada de cunho afetivo, motivador, inspirador e de realizações, promovendo alívio e conforto em muitos momentos vivenciados pelas pessoas. Considera-se uma transição do homem consigo, com o outro e com o mundo. Nessa modificação constante existe a convivência com os animais, momentos em que afloram proporcionam sentimentos de felicidade na vida das pessoas e a importância dessas mudanças positivas nos repertórios comportamentais.

Em uma perspectiva clínica, de acordo com Prianti e Cabanas (2007), notam-se avanços imersos como recurso terapêutico direcionado a crianças e adolescentes com Síndrome de Down. Essa deficiência congênita traz consigo patologias, atraso motor e cognitivo acompanhado da dificuldade da fala, dificuldade de aprendizagem,

inibição de comportamento e a dificuldade de socialização, que são características dessa patologia e são muito presentes no seu repertório.

Torna-se, portanto, relevante um trabalho de base, para que os avanços sejam alcançados em favor da qualidade de vida das pessoas. Assim a utilização da TAA contribui de forma significativa na formação do vínculo, desenvolvimento cognitivo através da interação, questões socioafetivas, elevação do humor, e exerce um papel crucial na tonicidade afetiva e motivacional, devendo ser utilizados preceitos da motricidade para o alcance do resgate das funcionalidades que o recurso terapêutico pode proporcionar (PRIANTI; CABANAS, 2007).

Ainda sobre uma perspectiva clínica, cita-se Nise da Silveira, uma psiquiatra brasileira que foi pioneira na introdução de técnicas e métodos na psiquiatria para um trabalho direcionado com esquizofrênicos. Segundo Câmara (2002), essa pesquisadora era totalmente contra o trabalho exercido através de choques elétricos, camisas de força, isolamento e outros métodos que a mesma considerava como brutais. Seu principal objetivo era inserir uma psicoterapia onde pudesse resgatar no psicótico um ambiente de suporte afetivo e de reinserção.

Como técnica referente à TAA, Nise da Silveira inseriu animais no setting terapêutico, através do trabalho que desenvolvia, com o objetivo de trazer aspectos do mundo real para a vida dos pacientes. O ato de cuidar dos animais tinha um efeito positivo e regulador nos pacientes, e a relação com animais acompanhou-a por toda a vida. Utilizou como embasamento teórico a psicologia Junguiana que estuda os aspectos do inconsciente para a compreensão da linguagem, onde fundou um ateliê de pintura do setor de terapia ocupacional

que fazia parte do museu de imagens do inconsciente com acervo artístico de pacientes psicóticos (CÂMARA, 2002; LEAL, 1994).

A contribuição da psicologia junguiana conceitua-se a partir da base teórica escolhida para exercer a terapia com os pacientes, pois a mesma se encaixa de forma coerente para serem realizados os trabalhos. Essa relação preza pelo contato não verbal, fazendo a utilização de instrumentos como pinturas, músicas, esculturas e representações mímicas. A relação entre paciente e animais é, sobretudo, não verbal, e era essa a proposta que Nise procurava obter perante as dificuldades de seus pacientes, além de impulsionar, a partir daí, as primeiras manifestações de cura (CÂMARA, 2002).

No âmbito hospitalar, citam-se todos os cuidados que são necessários para a implementação da TAA, destacando a efetividade e a segurança dos pacientes hospitalizados. No que se refere aos animais, que podem muitas vezes trazer prejuízos para a saúde de pacientes portadores de determinada doença, são quesitos que podem ser solucionados a partir de uma avaliação e cuidados específicos para que a visitação seja uma contribuição amenizadora de um quadro clínico. Esse ambiente é caracterizado, muitas vezes, como aversivo e angustiante, e dependendo do nível da doença ou cronicidade daqueles que vivenciam a hospitalização, o enfrentamento das situações e a mudança brusca de vida acabam gerando conflitos maiores como estresse, ansiedade e a depressão. Nesse sentido, o reconhecimento de estratégias que a equipe desenvolve juntamente com a TAA gera sucessos e resultados referentes à recuperação dos pacientes, além de uma diminuição do sofrimento (BUSSOTTI et al., 2005).

Carvalho, Assis e Cunha (2011) citam que, a partir do caráter terapêutico, a institucionalização dos idosos é uma realidade muito frequente, no que tange também o enfrentamento das dificuldades.

O uso da TAA tende a promover uma melhor qualidade de vida, onde a presença do sentimento de abandono, baixa autoestima e dependência de outras pessoas são predominantes, visando, assim a essa modalidade terapêutica com o objetivo de bem-estar.

Desse modo, torna-se possível notar que a interação social com os animais diminui o estresse, pressão arterial, e também o sentimento de solidão, recuperando a sensibilidade tátil e a autoestima. Avaliar a qualidade de vida dos idosos envolve fatores determinantes, como, por exemplo, as relações interpessoais que se sobrepõem diariamente, os papéis familiares que muitas vezes são esquecidos, a eficácia cognitiva e capacidade de autonomia. Logo, as associações com animais, relacionadas aos benefícios trazidos para a vida das pessoas, são de suma importância para o resgate que os idosos fazem no passado, na sua infância, proporcionando sua independência, facilitando a aproximação com outras pessoas e a socialização, além de melhoras significativas em aspectos emocionais (CARVALHO; ASSIS; CUNHA, 2011).

A TAA torna-se um facilitador, porque proporciona um ambiente favorável de condutas saudáveis, aumentando as possibilidades de aprendizado, reduzindo os comportamentos agressivos, proporcionando o aumento de atitudes positivas, e também por desencadear, assim, mudanças significativas no ambiente social. Diante disto, assim é que a utilização de animais como alternativa de terapia foi iniciada no século XIX, quando médicos clínicos gerais perceberam, entre os pacientes com algum tipo de deficiência mental, benefícios na socialização após o contato com os animais (MENDONÇA et al., 2014).

A partir da ênfase dada à importância da inserção e participação dos animais em programas terapêuticos, vale ressaltar a possibilidade da solução dos problemas que atualmente são vivenciados

no decorrer da vida de muitas pessoas, e que trazem a prevenção e a reabilitação como o câncer, Transtorno do Espectro Autista (TEA), depressão e Doença de Alzheimer.

2.1 As modalidades da TAA e seus benefícios terapêuticos

Evidenciam-se, através dos estudos, as funções de alguns animais na vida moderna e no contexto social das pessoas. Na zooterapia diversifica-se o uso de diferentes espécies para objetivos e tratamentos. Isso significa que a psicologia busca caminhos para conhecer e interpretar o simbolismo que cada espécie animal adquire no contexto da psique humana. Como exemplo, têm-se os golfinhos que promovem bem-estar ao ser humano, cujos sons deste animal podem produzir alterações moleculares que resultam no aumento das Células T1 do sistema imunológico e na produção de neurotransmissores. Cães treinados podem ser levados a hospitais, promovendo descontração e alegria, favorecendo a interação social entre pacientes (RAMOS et al., 2017).

Referenciando o autor mencionado, o ato de escovar ou alimentar cavalos contribui para reabilitação de pessoas com deficiências ou necessidades especiais relacionadas a distúrbio, déficit de atenção, etc. Gatos trazem benefícios psicológicos e físicos, dentre eles, a redução de níveis de hipertensão e doenças cardiovasculares, além de reduzir o nível de cortisol, diminuindo o estresse.

Os efeitos que são causados a partir de um simples acariciamento no animal trazem consigo possibilidade de mudanças em todo o repertório orgânico, imunológico e um aumento significativo da imunoglobulina, o que leva a perceber uma cooperação nas ati-

1 “As células TREGS de ocorrência natural estão relacionadas com a manutenção da autotolerância e são de grande importância para a manutenção da homeostase do sistema imunitário” (CRUVINEL et al., 2008, p. 344).

vidades humanas e, dentre as inúmeras vantagens que essa técnica proporciona, bem como seus respectivos resultados. Ramos também relata que essa modalidade pode causar efeitos diferenciados em algumas classes de pessoas onde esse trabalho é destinado. Partindo desse pressuposto, não deve ser aplicada se não houver benefícios através da mesma, ocasionar complicações ou gerar ansiedade. É contraindicada, principalmente, diante de pessoas que possuem fobias de animais, baixa resistência, evitando possíveis maus-tratos (GONÇALVES; GOMES, 2017).

Há casos específicos onde a TAA é indicada, como programas físicos, para incentivar progressos nas habilidades motoras, na saúde mental e favorecer comunicações entre membros de um grupo, a fim de reduzir ansiedade, solidão, dentre outros sentimentos negativos. Precisa-se, posteriormente, de uma apresentação dos animais para com as pessoas, onde se cita, a partir disso, o respeito sobre o interesse e a disposição desse animal. A participação de um adestrador, nesse trabalho, é de suma importância para o auxílio nas etapas do tratamento.

A preparação desses animais torna-se imprescindível para que sejam habilitados a contribuir positivamente nos tratamentos e evoluções. Para isso, tem-se a submissão de animais a testes e tratamentos específicos. Como prevenção, é ideal que a terapia seja realizada em ambientes tranquilos, sem muitos fatores de estímulos externos, evitando ocasionar distrações em ambas as partes (SANTOS, 2006).

O reconhecimento da prática iniciou-se através de tratamentos com pessoas, e desde então se expandiu. Em 1962, o psiquiatra Boris Levinson documentou suas observações, nas quais destacava que o cuidado à saúde deveria considerar a relação com animais, pelo valor terapêutico dessa interação entre paciente e animal (GONÇALVES; GOMES, 2017, p. 02).

Ainda referente a modalidades e efeitos benéficos que a terapia dispõe, cita-se a eficácia da TAA para pacientes com diferentes perfis, e a relutância positiva da utilização que é comprovada, segundo Reed, Ferrer e Villegas (2012), em crianças com transtornos sociais e incapacitadas. A predominância dos efeitos físicos, como, por exemplo, os níveis de dor, mostram-se baixos com a presença de animais, havendo uma menor solicitação de medicamentos para serem utilizados.

Portanto, ressalta-se a significância da existência dos componentes emocionais presentes: ligação, companheirismo, responsabilidades e o reforçamento positivo dos hábitos saudáveis ligados à condição física (REED; FERRER; VILLEGAS, 2012).

Nota-se um enquadramento sob uma perspectiva multidisciplinar. Nesse sentido, crianças com deficiências intelectuais têm um diagnóstico direcionado para o déficit cognitivo, além de dificuldades de adaptações práticas que são as demandas ambientais. Recomenda-se uma intervenção voltada para a promoção do desenvolvimento global, com destaque na construção de instrumentos cognitivos para as ações com mais autonomia. Dessa forma, há existência de uma correlação afetiva das crianças com os animais, o que atribui para essa intervenção uma acuidade aos objetivos de modo prévio pelos terapeutas. O animal é colocado como um aliado, ou seja, um apoiador que assessora dinamicamente a efetivação da terapia (VIVALDINI; OLIVEIRA, 2011).

2.2 Os Benefícios Terapêuticos na Equoterapia

Outro exemplo de TAA é a equoterapia, que está ligada à reabilitação de pacientes portadores de paralisia cerebral, crianças com necessidades especiais e tratamentos para pacientes com sequelas

neurológicas. Essa técnica se propõe a trazer melhoras da condição do portador, modificando a sua qualidade de vida.

Utiliza-se o cavalo para o benefício do contexto biopsicossocial das pessoas com necessidades especiais, sendo considerado complementar, pautado em planejamentos, estratégias, que potencializam as habilidades, alterando seu estado para mudanças significativas referentes à reabilitação. Na paralisia cerebral, o foco do cavalo como instrumento terapêutico tem como principal objetivo os aspectos táteis, uma vez que esses indivíduos apresentam menos estabilidade postural, menos força, equilíbrio e habilidade nas atividades da vida diária. Para a realização de um trabalho efetivo, faz-se necessário a inserção de uma equipe interdisciplinar, prezando não só a relação terapeuta-sujeito, mas inserindo o cavalo no ambiente como membro de congruência no desenvolvimento terapêutico. Trata-se de uma regeneração e recuperação motora e mental. Os benefícios estão vinculados diretamente a intervenções direcionadas às adequações, melhoras, correções, integrações e às relações temporal e espacial (MARCONSONI et al., 2012).

Na equoterapia, no tratamento de crianças com necessidades especiais, o cavalo é usado com fim cinesioterapêutico², educacional, de forma que venha a promover a inserção social. Para a realização dessa atividade, há exigência do silêncio, isso por se tratar de um ajuste que provém de redução da ansiedade e mantém um reajuste emocional direto. O início do tratamento se dá a partir do momento em que o paciente entra em contato com o animal, e a relação

2 -“Cinesioterapia significa basicamente terapia pelo movimento, sendo a utilização de diferentes formas de atividade motora como meio de tratamento de enfermidades. [...] A Cinesioterapia é a terapia ou tratamento através do movimento e englobam recursos e técnicas variados, incluindo mobilização ativa e passiva, exercício respiratórios, exercícios para o fortalecimento muscular, reeducação da postura, coordenação motora, equilíbrio, entre outros.” (RIVOREDO; MEIJA, 2016, p. 3).

estabelecida no primeiro contato já pode ser considerada como um desenvolvimento inicial de confiança e afetividade, o que torna o processo importante para o alcance dos objetivos e o desempenho adquirido (SILVA; AGUIAR, 2008).

Pacientes com sequelas neurológicas também são inseridos no processo de reabilitação, de acordo com suas necessidades e a classificação da doença que remete à deficiência neurológica. Uma boa prescrição irá determinar as medidas iniciais para o programa de reabilitação, mas existem casos que precisam de complementos de maior e menor proporção, sendo aqueles após tratamento da fase inicial, que deixam sequelas de qualquer propriedade. Ao eleger uma forma de tratamento para os pacientes neurológicos é importante lembrar que a maior parte de sua reabilitação depende de sua própria motivação em relação à proposta terapêutica que lhe será oferecida (LIPORONI; OLIVEIRA, 2010).

Diante do exposto, a inserção dos animais no âmbito terapêutico tornou-se possível, considera-se como uma conduta que ocupa destaque na psicologia, uma vez que essa técnica não se apresenta de modo tão visível nos dias atuais. A relevância desta pesquisa fornece subsídios importantes para uma melhor qualidade de vida, pautada em reabilitações e ajustes através da TAA.

2.3 A atuação do psicólogo e contribuições

O psicólogo precisa estar apto teoricamente para exercer sua prática. Diante dessa técnica, é imprescindível que conheça a problemática do paciente, o seu papel e do animal presente na sessão. Mas, para que haja um resultado satisfatório, faz-se necessário traçar objetivos a serem alcançados. É importante destacar que nesse processo terapêutico há existência do começo, meio e fim. É importante, no início, a constituição de um contrato onde o mesmo

irá clarificar o papel do animal na sessão e que sua função é apenas de facilitador na terapia. O fechamento do processo preza pelo acompanhamento e avaliação do sentimento referente à separação animal-paciente (GONÇALVES; GOMES, 2017).

O autor supracitado destaca ainda quanto à ética profissional, afirmando que há exigência do sigilo e, com base nisso, o animal e o paciente devem permanecer sozinhos. Posto que essa prática terapêutica não é regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia, questões éticas como a presença de um adestrador ou médico veterinário ainda merecem discussões, envolvendo várias questões sigilosas. A permanência e entrada do animal na sessão só se tornará favorável se houver auxílio por parte do terapeuta, estimulando o paciente a uma demanda por novos significados para seus comportamentos, sentimentos e atuações.

Convém salientar que, assim como todos os ramos profissionais que tratam de buscar a saúde e o bem-estar do indivíduo, os psicólogos procuram cada vez mais pesquisar e ampliar os horizontes de sua área em termos terapêuticos. Gimenes e Andrade (2004, p. 7), ainda destacam que: “Para o psicólogo, é de extrema importância aumentar a diversidade de recursos terapêuticos, pois, por meio destes, criam-se condições para o crescimento e para a vida”. A intenção de implantar a Equoterapia nos últimos anos procura revelar os resultados a partir do ponto de vista psicológico, mostrando-se, assim, como sendo mais uma modalidade de trabalho para o profissional de Psicologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários aspectos importantes da Terapia Assistida com Animais foram constatados nessa pesquisa. Para início, é importante frisar

os trabalhos de Câmara (2002) que demonstram as contribuições de Nise da Silveira como precursora da TAA no Brasil, em um resgate histórico da concepção da técnica, e dos resultados produzidos por ela.

Segundo o autor acima referenciado, a psiquiatra concretizou múltiplos trabalhos com pacientes esquizofrênicos no início da década de 50. Ela corroborou com a ideia de que introduzir pequenos animais, como gatos e cachorros na rotina de pacientes psicóticos, contribuía fortemente com a promoção de saúde deles. Essa dimensão auxiliava na regularização de vários aspectos da vida dos pacientes, pois enfatizava o aspecto afetivo e social, e contribuía para a estabilização de seu quadro clínico, diminuindo a necessidade de outros tratamentos considerados desumanos e brutais.

Isso demonstra que, nas primeiras tentativas de uma Terapia Assistida com Animais, já era possível conceber o caráter profundamente humanístico da prática. Substituir as formas de tratamento que mascaram a desumanização dos pacientes psiquiátricos era, ao mesmo tempo, permitir que eles tenham uma boa qualidade de vida. Portanto, ainda hoje é possível considerar a técnica como uma importante forma de tratamento que leva em consideração não só os aspectos do adoecimento, mas também a afetividade e a sociabilidade do sujeito.

Os estudos de Giumelli e Santos (2016) convergem com as ideias de Câmara, no que diz respeito às possibilidades que a TAA proporciona diante da cultura ocidental e da atualidade, além de mostrar-se como um recurso terapêutico, a partir de uma perspectiva de desmedicalização, buscando identificar os repertórios comportamentais e suas mudanças diante de um tratamento, que pode auxiliar na melhoria dos quadros clínicos dos pacientes e, sobretudo, promover uma melhor qualidade de vida.

A pesquisa dos autores citados acima possibilitou esclarecer a relação homem - animal, suas diversas modalidades, benefícios e atuação do psicólogo nesse contexto. Averiguou-se sobre o assunto através de referenciais teóricos relevantes à temática, bem como a compreensão dos seus conceitos-chave. Constatou-se, ainda, que o objeto da pesquisa pode ser alcançado a partir do entendimento do método psicoterapêutico da TAA e dos benefícios alcançados, uma vez que essa relação é historicamente apontada como de um profundo afeto e cumplicidade entre ambas as partes.

Isso se deve ao fato de que existe uma relação de proximidade entre o homem e os animais que possui um viés profundamente emocional. Prianti e Cabanas (2007) enfatizam que essa relação, quando inserida em um contexto terapêutico, possibilita, através da interação, uma melhoria no desenvolvimento psicomotor, afetivo e social do paciente.

Quanto a esse ponto que se relaciona à compreensão dos animais como método psicoterapêutico, foi possível inferir, ainda segundo os autores, que a TAA propicia um enfoque clínico e social exercendo um papel na prática e na conduta profissional, tendo como perspectiva os efeitos positivos no processo de ressignificação, bem como uma efetiva configuração no que tange aos processos psicossociais.

Também foi possível evidenciar avanços atuais a partir da técnica TAA, que se tornou reconhecida em vários países do mundo, comprovando ser uma técnica benéfica na socialização das pessoas, na psicoterapia, em tratamentos de pacientes com necessidades especiais e na diminuição da ansiedade de várias causas. Analisou-se, ainda, que em diversos seguimentos da técnica TAA, (a exemplo, paralisia cerebral, deficiência intelectual, autismo e Síndrome de

Down), tem-se a expressão subjetiva como forma de o indivíduo expressar suas emoções e, assim, diminuir o uso da medicalização.

Além disso, verificou-se que a prática dessa técnica traz uma linguagem simbólica, carregada de sentimentos expressivos que possibilita a prevenção e o tratamento de doenças. Desse modo, o psicólogo interventor dessa técnica proporciona aos indivíduos condições intersubjetivas de expressões, promovendo condições de manifestações dos mais diversos sentimentos através da TAA, na forma de retificação subjetiva através do contato com o animal.

Outro ponto importante na pesquisa é a relevância da necessidade de buscas maiores e aprofundadas sobre esse tema, e sua configuração terapêutica, uma vez que, com a demonstração dos resultados positivos, pode-se propor aos pacientes e às pessoas um melhor auxílio em suas questões, além da constatação da eficácia da terapia.

Evidenciou-se, através dos estudos e pesquisas realizadas por Bussoti et al. (2005), que a TAA é um recurso utilizado cada vez mais pela medicina moderna como membro da ação terapêutica de diferentes doenças humanas, consistindo em emocional, física, cognitiva ou social. Os animais são citados como uma intervenção em muitas condições, como: cuidado com crianças, adultos e idosos, cuidado agudo e crônico, reabilitação, comunicação, seja na prevenção como na cura.

Os estudos de Pereira, Barros e Augusto (2011) evidenciam o homem, como ser biopsicossocial, carece também que todas as formas de fazer saúde tenham essa visão do homem em sua totalidade. Uma prática em saúde mental que seja medicamentosa ou psicologizante, e que, de certa forma, leve em consideração apenas um contexto do indivíduo, é, no mínimo, reducionista.

Pode-se conceber, portanto, que a TAA, leva em consideração todo esse contexto afetivo e social do sujeito, visto ser uma prática que integra o homem em sua totalidade, sendo uma ótima alternativa aos tratamentos que, ainda hoje, são brutais como na década de 50, por mais que tenham trocado a lobotomia, os tratamentos de choque e outros por medicamentos.

Nesse contexto, verificou-se no decorrer desse estudo, que a contribuição advinda do trabalho do psicólogo no exercício da TAA como processo psicoterapêutico contribui de forma positiva nas mudanças comportamentais das pessoas, cooperando para o seu bem-estar e melhor qualidade de vida. Foi possível comprovar, ainda, que a TAA nos cenários de intervenções fortalece o processo de prevenção. Desse modo, oportuniza o desenvolvimento e amplia o processo de mudança, com a finalidade de reconstruir as vivências.

Para que seja possível uma maior compreensão da relação homem-animal, é importante citar modos diversificados de compreender essa relação entre os homens e os animais a partir da terapia. Vale ressaltar a abrangência de estudos científicos advindos de diferentes áreas do conhecimento que contribuem para o trabalho da TAA como a enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, medicina veterinária, e a psicologia, que tem focado seu interesse nos aportes que os animais proporcionam no processo de recuperação, tratamentos, processos de perdas, auxílio no diagnóstico de doenças, facilitação no processo de aprendizagem e a diminuição do sofrimento humano.

Vale ressaltar as considerações acerca do público idoso, pois segundo Carvalho, Assis e Cunha (2011), a realidade dos idosos que hoje vivem em instituições e são asilados, muitas vezes sem auxílio de cunho familiar ou parental, e que através da TAA denotam ter uma qualidade de vida, com resultados significativos nos seus as-

pectos emocionais e sociais. Há um resgate que os próprios idosos fazem com simples atos e comportamentos que os animais podem oferecer-lhes.

Nos estudos de Ramos et al. (2017), é possível perceber a importância de considerar o contexto social em que o paciente está inserido para que possa ser feita uma intervenção efetiva. O autor demonstra a diferença dos efeitos de variadas formas terapêuticas da TAA, conforme o que se pretende. Dessa forma, é importante pontuar que o psicólogo precisa estar atento aos estudos sobre a temática para que possa nortear a sua prática.

Outro ponto relevante diz respeito às pesquisas de Gonçalves e Gomes (2017), que apontam que a TAA não auxilia somente na saúde mental, mas também na saúde física. O autor apresenta que cada uma das formas de intervenção possui como característica, a possibilidade de aumento das células do sistema imunológico, podendo prevenir e auxiliar na melhoria de vários quadros clínicos de doenças físicas.

Desse modo, essa forma terapêutica, como dito anteriormente, possui a característica de englobar vários aspectos da vida do paciente. Portanto, é interessante que sempre seja pensada de maneira multidisciplinar, para que cada profissional, em sua especificidade, consiga promover uma melhoria no quadro do paciente.

Gimenes e Andrade (2004), nesse ponto, preconizam que o psicólogo precisa ter uma relação de bastante sensibilidade em relação às necessidades do paciente, ampliando suas práticas e instrumentos para técnicas. Os autores preconizam que a Terapia Assistida com Animais é uma importante forma de contribuir para isso devido a todos os aspectos que acima foram citados.

Entender o ser humano como um ser complexo em suas relações é entender que a socialização não é só no sentido de manter afetividade com outro humano, mas também com outros seres vivos. É nesse sentido que a TAA se mostra efetiva por estar atenta a essa dimensão e por auxiliar a prática não só do psicólogo, como de vários profissionais de saúde nos cuidados da pessoa de forma não só efetiva, como humanizada.

Através das pesquisas realizadas para a construção desse estudo, constataram-se estímulos e um resgate da humanidade através da relação homem-animal. Partiu-se do princípio de que existem resoluções para intervenções, como a reabilitação que hoje é trazida nos hospitais, escolas, instituições, exercendo funções sociais e acelerando tratamentos.

Nesse sentido, o estudo ressalta a inserção da prática psicoterapêutica com animais de pequeno porte, além da reabilitação com animais de grande porte, bem como apresentar benefícios da convivência com os animais e suas aplicações, o significado da TAA e, mais precisamente, mostrar a importância da psicologia frente a essa ferramenta terapêutica. Desse modo, os estudos mostram a relação entre o homem e o animal doméstico, seus vínculos afetivos de amizade, de amor, de responsabilidade, bem como evidenciam a melhoria da qualidade de vida e a desmedicalização no processo de adoecimento, combatem o abatimento e quaisquer dificuldades que uma doença provoca.

Neste artigo encontram-se resultados de fonte de pesquisas relevantes no contato com animais por parte de doentes, que melhoraram aspectos tais como, condição física, humor, frequência cardíaca, pressão arterial ou vontade de viver mais. O estudo permitiu, ainda, uma reflexão sobre a própria vida, pois acaba por conceder ao ser humano uma grande chance de viver com mais fé em

si mesmo, com mais integridade e querendo uma vida melhor, com tempo para usufruí-la, ao modelo e exemplo deste relacionamento com o animal, que é sempre benéfico.

Quanto à Psicologia, ressalta-se que os animais são parceiros imprescindíveis e preciosos, com muito a ensinar a todos sobre arte da empatia e em como estabelecer melhores relações entre as pessoas e com o mundo, mesmo sem receber muito do homem, comumente um explorador dos seres vivos.

Cita-se que, devido à ausência de conhecimento e informações referentes a esse assunto, no Brasil poucas instituições utilizam esse método, além da dificuldade da inserção dos animais em hospitais por acreditar que eles possam trazer infecções. É perceptível a necessidade de pesquisas mais detalhadas e aprofundadas sobre o tema, uma vez que com resultados positivos, pode-se propor ao paciente um melhor subsídio e solidificar a real eficácia da terapia. Considera-se que, com a realização desse artigo, abrem-se possibilidades de pesquisas prospectivas para outros profissionais de psicologia e de outras áreas, com maior ênfase e observância para esse recurso terapêutico de grande valia.

REFERÊNCIAS

BUSSOTTI, E. A., et al. Assistência individualizada: “Posso trazer meu cachorro?” **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2005, v. 39, n. 2. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41453/45040>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CÂMARA, F. P. História da Psiquiatria: Vida e Obra de Nise da Silveira. **Psiquiatria on line Brasil**, 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

CARVALHO, C. F.; ASSIS, L. S.; CUNHA, L. P. C. Uso da atividade assistida por animais na melhora da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Em Extensão**, 2011, v. 10. n. 2. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20677>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CRUVINEL, W. M., et al. Células T Regulatórias Naturais (TREGS) em Doenças Reumáticas. **Rev Bras Reumatol**, v. 48, n. 6, 2008. p. 342-355. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n6/07.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

GIMENES, R.; ANDRADE, D. E. **Implantação de um projeto de equoterapia**: uma visão do trabalho psicológico. S.l., 2004. Disponível em: <<http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-15.php>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

GIUMELLI, R. D.; SANTOS, M. C. P. Convivência com animais de estimação: um estudo fenomenológico. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 22, n. 1, 2016. p. 49-58. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100007>. Acesso em: 20 fev. 2018.

GONÇALVES, J. O.; GOMES, F. G. C. Animais que curam: a terapia assistida por animais. **Revista Uningá Review**, v. 29, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1907>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

LEAL, L. G. P. Entrevista com Nise da Silveira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 14, n. 1-3, 1994. p. 22-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v14n1-3/05.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

LIPORONI, G. F.; OLIVEIRA, A. P. R. Equoterapia como tratamento alternativo para pacientes com sequelas neurológicas. **Investigação**, 2010, n. 5. p. 1-6. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/190>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MARCONSONI, E. et al. Equoterapia: Seus benefícios Terapêuticos motores na Paralisia Cerebral. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 1. n. 2, 2012. p. 78-90. Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/07/PARALISIA-CEREBRAL-E-EQUOTERAPIA.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MENDONÇA, M. E. F. et al. A terapia assistida por cães no desenvolvimento socioafetivo de crianças com deficiência intelectual. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 2. n. 2, 2014. p. 11-30. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitbsiosaude/article/view/1372/1039>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. dos S.; AUGUSTO, M. C. N. de A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

PRIANTI, S. M.; CABANAS, A. A Psicomotricidade Utilizando a Terapia Assistida por Animais como Recurso em Adolescente Down: Um Estudo de Caso. **Anais do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica**, 2007. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/epg/EPG00136_01C.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

RAMOS, D. G., et al. **Os animais e a psique** - asno, camelo, gato, golfinho, morcego, raposa e rato. v. 2. São Paulo: Summus, 2017.

REED, R.; FERRER, L.; VILLEGAS, N. Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar de doenças crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281423329025/>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

RIVOREDO, M. G. A. C.; MEIJA, D. **A Cinesioterapia Motora como prevenção da Síndrome da Imobilidade Prolongada em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Pós-graduação em terapia intensiva-Faculdade de Ávila, 2016. 12f. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/27/15_-_A_Cinesioterapia_Motora_como_prevenYyo_da_SYndrome_da_Imobilidade_Prolongada_em_pacientes_internados_em_UTI.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2018.

SANTOS, K. C. P. T. **Terapia assistida por animais** - uma experiência além da ciência. São Paulo: Editora Paulinas, 2006. (Coleção Vida Assistida).

SILVA, J. P.; AGUIAR, O. X. Equoterapia em crianças com necessidades especiais. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, v. 6. n. 11. 2008. p. 1-8. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/pMX6nTKTbW28ch4__2013-5-13-12-35-25.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

VIVALDINI, V. H.; OLIVEIRA, V. B. Terapia assistida por animais em reabilitação clínica de pessoas com deficiência intelectual. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 31, n. 81, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/946/94622764019/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CORPO E MEDICALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE: CONTORNOS DO MAL-ESTAR

Marcelo Henrique da Costa
Priscila Mählmann

A reflexão proposta a seguir objetiva articular o conceito de mal-estar, desenvolvido por Freud, com as atuais formas de agenciamento do corpo, especialmente no que tange aos cuidados com a saúde, construindo um caminho para sustenta o seguinte questionamento: seria a prática da medicalização na atualidade, considerada por muitos como excessiva, uma tentativa contemporânea de aplacar o mal-estar? Para isso recorreremos a algumas considerações de Freud a respeito deste conceito, lançando mão de suas contribuições sobre civilização e cultura, desamparo, dos princípios do prazer e da realidade que balizam o sujeito em questão, colocando-o em diálogo com outros autores, especialmente com Michel Foucault, Joel Birman, Zygmunt Bauman e Byung-Chul Han, em uma tentativa de responder aquilo que o título deste ensaio propõe: refletir sobre a relação entre o corpo e a medicalização na contemporaneidade, buscando delinear os contornos do mal-estar em tempos de perplexidade.

CIVILIZAÇÃO E CULTURA, DOIS CONCEITOS EM DEBATE

Parece ser consenso entre os autores que se debruçam sobre o texto de Freud “O mal-estar na civilização”, datado de 1930, fazer

ressalvas, primeiramente, quanto à tradução dos termos utilizados. A tradução para o português de “*Das unbehagen in der kultur*”, traz no título o termo civilização. A utilização desse termo nos leva a questionar sobre o que Freud se refere quando utiliza o termo *kultur*. Haveria para ele uma diferença entre cultura e civilização?

Em 1927, em *O futuro de uma ilusão*, Freud parece utilizar indistintamente os termos cultura e civilização, indicando que ao se referir a *kultur* estaria destacando dois aspectos: por um lado, inclui toda capacidade e conhecimento que o homem conquistou com a finalidade de controlar as forças da natureza e extrair a riqueza desta para a satisfação das necessidades humanas; por outro, inclui todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os outros e, especialmente a distribuição da riqueza disponível (FREUD, 1927/1990, p. 16).

No texto de 1930, o autor propõe-se a considerar *kultur* (civilização no texto em português) como a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuítos, a saber: o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos (FREUD, 1929 [1930] / 2000, p. 96).

Portanto, *kultur* aparece como uma investida de tramar aquilo que o homem, a princípio, não possui, uma orientação natural. A *kultur* seria, portanto, designada como “a interioridade de uma situação individual [...] e a exterioridade de um código universal, subjacente aos processos de subjetivação e aos regulamentos das ações do sujeito com o outro”. (FUKS, 2011, p.9)

Betty Fuks, em seu livro *Freud e a Cultura*, ratifica:

É digno de nota o fato de que Freud passou a usar sistematicamente a palavra *kultur* a partir do momento em que se deparou com as forças mais enigmáticas da natureza humana - as pulsões

de morte – e introduziu na teoria psicanalítica a categoria que designa os desconfortos inerentes a toda e qualquer civilização – o mal-estar. Desde então, a palavra Zivilisation é empregada como um equivalente da definição psicanalítica de cultura. Com base nessa equivalência, os tradutores da versão inglesa e brasileira das obras completas, optaram por traduzir kultur por “civilização”. (2011, p.9)

Sendo assim, quando a tradução brasileira fala de um mal-estar na civilização, parece dizer respeito a um mal-estar inerente a entrada do homem na cultura. Todavia, Birman (2002) acrescenta à essa reflexão que o mal-estar na civilização deve ser considerado a partir de um contexto histórico. O autor faz uma crítica ao uso descontextualizado, a-histórico e atemporal deste caro conceito para a psicanálise.

O autor propõe que o mal-estar na civilização merece uma interpretação histórica, de maneira a ser compreendido geneologicamente. Neste apanhado histórico, Birman ressalta que a palavra civilização constituiu-se na tradição ocidental apenas no renascimento:

E se disseminou progressivamente na Europa desde os primórdios do século XVII. Foi nesse contexto que se constituíram os jogos de linguagem iniciais para o seu uso, assim como os jogos de verdade correlatos. No século XVIII, os discursos antropológico, político e ético, fundados todos no Iluminismo, fixaram outras regras de linguagem e de verdade para o seu emprego. Em decorrência disso, a categoria civilização passou a ser oposta à barbárie, sendo ambas fartamente incorporadas pela retórica e pelo imaginário social no século XIX. (ibid, 2002, p.52).

Portanto, Birman busca contextualizar o conceito de mal-estar enunciado por Freud articulando-o à modernidade, como um produto desta. Dito isto, observamos que as considerações a respeito do mal-estar não são um unísono entre os autores psicanalistas,

entretanto, um levantamento dessas perspectivas permite-nos um aprofundamento na discussão e nos leva adiante nas considerações a serem feitas que apontam para a complexidade do tema abordado. Cabe-nos agora buscar desvelar quais são as fontes do mal-estar apresentadas por Freud em “O mal-estar na civilização”.

Freud lança uma questão ainda nas primeiras páginas do texto: “O que revela a própria conduta dos homens acerca da finalidade e intenção de sua vida, o que pedem eles da vida e desejam nela alcançar?” (1929 [1930] / 2000, p.29). O próprio autor responde sua questão ao apontar para busca pela felicidade. Para ele, os homens desejam se tornar e permanecer felizes. Nos interessa também ressaltar que esse sentimento de felicidade está diretamente relacionado à sensação de prazer da primeira experiência de satisfação vivida pelo homem ainda enquanto bebê, esta também descrita por Freud.

Para compreender esse sentimento de felicidade, para além da primeira experiência de satisfação, faz-se necessário assimilar a oposição entre o princípio do prazer e princípio da realidade. A respeito dessa oposição, Freud discorre que aos poucos o bebê lactante separa o seu Eu do mundo exterior, e ao afirmar isso se subentende que até esse estágio o bebê se percebia como um com o mundo, como se ainda não houvessem os limites estabelecidos que delimitassem o seu Eu. Estando envolvido e atravessado por uma gama de excitações surge, por parte do bebê, a “tendência a isolar do Eu tudo o que pode se tornar fonte de tal desprazer [...] algumas coisas a que não se gostaria de renunciar, por darem prazer, não são Eu, são objeto, e alguns tormentos que se pretende expulsar revelam-se inseparáveis do Eu” (FREUD, 1929 [1930] / 2000, p.19).

A partir disso, começa-se a esboçar o princípio da realidade. Sendo pertencente ao Eu o que é interior, e pertencente ao mundo o que é exterior. Para Freud (1929 [1930] / 2000, p.30) “é simplesmente

o programa do princípio do prazer que estabelece a finalidade da vida”. Esse estatuto ao qual o autor lança mão parece de fundamental importância para a nossa reflexão, pois ratifica que o homem compreende como mal-estar tudo o que se levanta como uma ameaça ao Eu. Se é o princípio do prazer que estabelece a finalidade da vida, há de se considerar também os contínuos acordos com o princípio da realidade.

Retomando a questão da felicidade, nos parece possível afirmar que, se esta está relacionada à primeira experiência de satisfação, está fadada a limitação, ou, como diria Freud (1929 [1930] / 2000, p.31): “nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição”. Se a felicidade faz referência às sensações experimentadas naquele primeiro encontro com o objeto que concedeu ao sujeito uma experiência de satisfação e completude, é aparentemente dedutível que a infelicidade seria muito menos difícil de experimentar, por ser tudo aquilo que fugiria a essa experiência.

Na concepção de Freud, do lado oposto à felicidade estariam as fontes que geram desprazer, infelicidade, mal-estar:

O sofrer nos ameaça de três lados: do próprio corpo, que fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertências; do mundo externo, que pode abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos. O sofrimento que se origina desta fonte nós experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro. (ibid. p.31)

O princípio do prazer é auxiliado pelo princípio da realidade para lidar com esses impasses. O princípio da realidade regula a insatisfação e a satisfação, buscando chegar a um equilíbrio, uma homeostase possível. Todavia, como era de se esperar, esse equilíbrio nunca é completamente satisfeito. Alcançar essa homeostase

requer uma constante movimentação das energias psíquicas, ou seja, nos é imposto um imperativo de ser feliz a todo custo, mas isso não pode ser realizado.

A dificuldade no relacionamento entre os homens, destacada por Freud como fonte de infelicidade da qual mais nos queixamos, mostraria o fracasso de nosso projeto social, uma vez que esse visaria regular de forma cada vez mais harmônica a vida conjunta. Freud, então, comenta sobre os progressos da civilização, mostrando como eles trazem ao mesmo tempo consequências positivas e negativas, e como essas não são necessariamente acompanhadas de maior felicidade, o que o conduz a refletir sobre a natureza da civilização.

Uma vez que o homem não é naturalmente orientado, algo é sentido como perdido, mesmo que nunca tenha sido alcançado. A cultura, enquanto mediação simbólica, configura o problema que não poderia, na verdade, ser superado, mas para o qual ela seria insistentemente convocada a apresentar respostas. Essas, sempre insuficientes e provisórias, variariam ao longo do tempo e espaço, embora a condição de mal-estar permaneça. Fuks ratifica o que tem sido posto ao afirmar que:

Pela própria natureza das pulsões, a felicidade é virtualmente impossível. Mas, se o “programa do princípio do prazer nos impõe ser feliz e não poupar esforços para a sua realização”, então o se sentir feliz vai depender, exclusivamente, da economia libidinal de cada sujeito. Isto é, “da quantidade de satisfação real que ele possa obter do mundo externo, na medida em que se torna independente dele, e da força de que dispõe para adaptá-lo a seus desejos” (FUKS, 2011, p.20)

DO MAL-ESTAR AO DESAMPARO

Birman (2002, p.49) acrescenta que a “tese essencial sobre o mal-estar na modernidade condensou-se, então, em torno da experiência psíquica do desamparo”. Este conceito, caro para a psicanálise, foi analisado etimologicamente por Andre (2001), que salienta que os termos em alemão *hilfe* e *hilflosigkeit*, amparo e estado de falta de ajuda, respectivamente, têm sua origem encharcada de religiosidade. *Hilfe*, leia-se amparo, foi uma palavra que representou um papel importante na tradução da bíblia proposta por Martinho Lutero. Na tradução do reformador protestante a palavra aparecia para denotar um amparo, acolhimento, uma ajuda que só poderia vir de Deus, e essa palavra só era encontrada quando nesse contexto. Nesse sentido, o personagem Jó seria, por excelência, o “sem ajuda”, *hilflös*.

No entanto, significativamente, o substantivo *hilflosigkeit*, desamparo, surge somente no século XVIII, concomitantemente ao iluminismo que prezava pelos ideais da razão enquanto anunciava o declínio da igreja-estado. O século da crítica da razão, ao partir em busca do conhecimento anunciou a morte de Deus, que nesse momento já não era suficiente para fundamentar o pensamento do “homem iluminado”. Weber, citado em Birman (2011, p.18), considerou que “o que marcaria a modernidade seria o desencantamento do mundo, o esvaziamento dos deuses e a racionalização crescente da existência forjada pelo discurso da ciência.” E mais:

O conceito de morte do pai no discurso freudiano é bastante próximo da morte de Deus, formulada por Nietzsche, como fundadora da modernidade. Esta leitura foi posteriormente retomada por Heidegger, no campo do discurso filosófico. Na sociologia de Weber, uma interpretação similar colocaria a ética protestante no fundamento do capitalismo, isto é, o desencantamento do mundo

e a construção correlata da razão científica seriam a base da modernidade ocidental (BIRMAN, 2002, p.52)

Resumindo, a palavra amparo surgiria na língua alemã para tentar traduzir um acolhimento que viria exclusivamente de Deus diante da limitação do homem, e o antônimo para esse substantivo apareceria em um momento histórico em que “Deus foi tirado de cena” por não ser mais suficiente, enquanto fonte e depositário, para responder às questões do homem.

O vocabulário da psicanálise de Laplanche e Pontalis (1996) propôs uma tradução para o termo *Hilflösigkeit* : *état de détresse* – *helplessness* – estado de desamparo:

Termo da linguagem comum que assume um sentido específico na teoria freudiana. Estado do lactante que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação de suas necessidades (sede, fome) é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna. Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia. (Ibid., p.112)

Tendo abordado superficialmente o que diz respeito à etiologia da palavra desamparo, cabe-nos agora articular este conceito com que o foi elaborado por Freud ainda em um dos seus primeiros textos inaugurais da psicanálise. Não parece à toa que Freud, também atravessado pela tradição judaica, utilizou-se desse termo para conceituar uma das ideias fundamentais de sua teoria.

Em “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1950 / 1895) busca descrever uma cena complexa que ocorre no primeiro momento da urgência do humano. Na cena narrada, o bebê recém-nascido grita, mas esse grito está para além da exteriorização de uma demanda corporal. O grito, como bem traduzido por Fuks (2011), “é um apelo de sentido à angústia e à impotência do desam-

paro original (hilflösigkeit) – que o pequeno homem experimenta em sua entrada no mundo”:

[...] A experiência demonstra que, aqui, a primeira via a ser seguida é a que conduz a alteração interna (expressão das emoções, gritos inervação vascular). Mas, como já explicamos no início [em. [1]], nenhuma descarga pode produzir resultado aliviante [...] e uma intervenção dessa ordem requer a alteração no mundo externo (fornecimento de víveres, aproximação do objeto sexual), que, como ação específica, só pode ser promovida de determinadas maneiras. O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais. (FREUD, 1950/1895, p.242)

Através desse outro que ocupa o lugar de uma “ajuda alheia”, o recém-nascido será introduzido no mundo da linguagem. É através dessa primeira experiência, que Freud denomina como “primeira experiência de satisfação”, que o bebê estabelecerá esse primitivo laço social com o ser próximo.

Diante disso, podemos compreender a grande importância e a necessidade do outro na formação do sujeito, especialmente, esse que desde as figuras parentais se estende, ao longo da vida, nas demais relações sociais estabelecidas. Se desse outro costumávamos receber a atenção e cuidado, podemos deduzir que buscaremos no outro seu olhar, que de certo modo, nos garante uma sensação de amparo.

Para o bebê, esse ser que o introduz na linguagem e que, portanto, satisfaz suas necessidades, recebe um caráter de onipotência. Onipotente porque é capaz de atender ao seu grito de socorro, satisfazendo sua fome, sede, frio e, automaticamente, livrando-o da morte.

O pequeno homem é o único entre os seres vivos que precisará de maneira tão urgente dessa “assistência estrangeira”. Isto posto, não parece despretensioso que Freud tenha pinçado o termo *hilflösigkeit* para falar dessa condição do humano e, ao fazê-lo, colocou a esse ser que presta a assistência, geralmente a mãe, na mesma categoria de Deus, ao menos que por correspondência simbólica.

Portanto, esse “próximo” recebe estatutos correspondentes aos de Deus. Será ao mesmo tempo:

a) O primeiro objeto de satisfação. Fonte da experiência mítica de prazer absoluto que o homem está condenado a tentar reproduzir posteriormente; b) primeiro objeto hostil, presença estranha e ameaçadora que quebra a relação de indiferença que ele entretém com o mundo ao nascer; e c) única potência capaz de prestar socorro, aquele que acolhe e responde afetivamente a seu desconforto, ordenando suas manifestações. (FUKS, 2011, p.11)

Todavia, como é de se esperar, estar alienado a esse próximo que nos introduz na linguagem e, portanto, na cultura, é uma condição primeira para a urgência da sobrevivência. Em certo momento, e isso se dá de forma universal, apesar de ser vivido singularmente, o sujeito perceberá que esse próximo tem desejos para além dele mesmo. Logo esse sujeito em formação dar-se-á conta que esse outro que o media com o mundo é castrado, não é completo, e essa falta, também constituinte e estruturante, irá resvalar em si.

Nessa direção, percebemos que a própria inscrição do ser enquanto sujeito na cultura se dá a partir de uma dialética entre desamparo e falta, ambos estruturantes. O ser vem desamparado ao mundo, se aliena aos caprichos do seu próximo para sobreviver, mas logo adiante já percebe que esse outro não é completo. Percebe que esse outro onipotente, na verdade, é faltoso e desejoso para objetos que estão para além de si mesmo. Se esse outro, em algum momento,

foi equiparado a Deus em sua função de salvar o pequeno homem da morte, está também condenado a perder esse lugar no instante em que é percebido como falho na sua função de tudo prover.

A realização que o outro - outrora onipotente - é faltoso, castrado, não é uma constatação sem consequências. Perceber a falta no outro é, prontamente, perceber a falta em si, o que remonta, invariavelmente, à primeira cena de desamparo.

Birman (2011, p.242) salienta que essa condição estrutural de desamparo (*hilflösigkeit*) é uma condição inaceitável para o sujeito uma vez que abre para a possibilidade de angústia. Para o autor, “o sujeito é desamparado por vocação, e não por um acidente histórico-evolutivo”, e baseado nisso “ele estabelece uma relação de conflito, interminável e infinita, com essa posição”.

Pode-se dizer que o desamparo seria inerente à condição do homem e de sua entrada na civilização, e isso independe dos avanços que ela possa alcançar. Sendo assim, o papel da civilização seria buscar constantemente formas de contorná-los, mesmo sabendo de saída que o projeto será insatisfeito. Cada cultura procuraria formas de condução para o mal-estar inerente à sua própria constituição enquanto tal. Ao abordar o mal-estar na cultura, Freud trata de uma condição particular ao homem enquanto ser que se constitui a partir da relação social.

Bauman (1998) compreendeu que a mensagem de Freud dizia respeito a ganhar alguma coisa na medida em que se perdia outra. Ganha-se a entrada na cultura, a ordem, a limpeza, mas renuncia-se às pulsões. Os deleites da vida civilizada não se dão sem mal-estar e sofrimento.

Embora as mudanças na cultura possam conduzir a diferentes formas de expressão do mal-estar, este seria vinculado ao processo

cultural. Podemos dizer ainda de outra maneira: como ser de linguagem, o homem é carente de uma orientação, cabendo à civilização, à cultura, modelar possibilidades. Nenhuma construção cultural, entretanto, poderá aplacar a condição estrutural do desamparo humano. E o truque que gera a cultura parece estar justamente aí: não havendo um objeto que nos complete, estamos em constante movimento na procura por este. É a falta que faz com que a cultura avance.

O que Freud parece afirmar é que o mal-estar apresenta uma radicalidade, a cultura será sempre falha em seu papel de contorná-lo. Porém, apesar disso, ela não deixará de se inscrever. Afinal, o que nos resta? Que respostas são possíveis diante de tal radicalidade?

MAL-ESTAR NA E DA CULTURA DA IMAGEM

Nos interessa agora discorrer sobre as possíveis estratégias de contorno ao desamparo e ao mal-estar. Essa frase se interrompe na medida em que se busca encontrar a preposição que encadeie o mal-estar à cultura da imagem. Estaríamos aqui tratando de um mal-estar na cultura da imagem, ou um mal-estar da cultura da imagem? A busca por essa preposição escapa a uma questão puramente semântica, ela abre caminho para duas discussões distintas, embora tenham potencial de serem complementares.

Busca-se colocar em pauta a distinção que a preposição escolhida pode fazer e que, conseqüentemente, direcionará nossa discussão. Se tratarmos de um mal-estar na cultura da imagem, podemos supor que diz respeito ao mal-estar inaugurado por Freud no século XIX e que se vivencia até hoje na atualidade. Nosso problema se daria, portanto, em identificar se as fontes do mal-estar na cultura da imagem são as mesmas da época de Freud e quais seriam as estratégias de contorno adotadas.

Por outro lado, tratar de um mal-estar da cultura da imagem apontaria para a inauguração de uma nova forma de mal-estar, provavelmente suas fontes não seriam as mesmas traçadas por Freud e seus contornos, por efeito, seriam únicos e datados a essa época. Do que se trata, então? Uma direção exclui a outra ou podemos estar falando de duas discussões que se encontram?

Bauman (1998) fala de um mal-estar da pós-modernidade. Antes de fazer suas considerações a respeito da pós-modernidade ele diz que a modernidade, aqui apoiado em Freud, tinha como pedra angular de suas realizações os ideais de ordem, limpeza e beleza. Para alcançar esses ideais era necessário fazer uma renúncia forçada às pulsões. Todavia, essas renúncias que resultaram de uma ordem demasiada culminaram na escassez da liberdade: “Dentro da estrutura de uma civilização concentrada na segurança, mais liberdade significa menos mal-estar. Dentro da estrutura de uma civilização que escolheu limitar a liberdade em nome da segurança, mais ordem significa mais mal-estar.” (ibid., p.9)

O autor afirma que hoje vivemos uma desregulamentação, uma desnortmatização, presentes na chamada modernidade líquida. Enquanto na modernidade sólida, para Bauman, renunciava-se à liberdade pessoal aspirando-se “o bem comum” da civilização, na atualidade o que vigora é o princípio do prazer, a liberdade individual governaria soberana. Apesar disso, os ideais de beleza, pureza, ordem e saúde que permeavam a modernidade não foram abandonados, pelo contrário:

Agora, todavia, eles devem ser perseguidos – e realizados – através da espontaneidade do desejo e do esforço individuais (...). A liberdade individual, outrora uma responsabilidade e um problema para todos os edificadores da ordem, tornou-se o maior dos predicados e recursos na perpétua autocriação do universo humano. (ibid, p.9)

Bauman distinguiria o mal-estar inerente à modernidade daquele presente na pós-modernidade. Seguindo este caminho, Han (2017) desenvolve uma argumentação convergente com a de Bauman (1998). Para o sul-coreano, a sociedade moderna, a caracterizada como disciplinar por Foucault (1987), cedeu lugar, na pós-modernidade, para a sociedade do desempenho. Na sociedade do desempenho, no lugar da ordem, da proibição, do mandamento, inaugura-se a motivação, a iniciativa, o projeto. Se na modernidade imperava uma lógica da negatividade, onde o imperativo se dava no sentido de “não-ter-o-direito”, na pós-modernidade o paradigma que se instaura é o da positividade, onde o verbo modal é o poder.

Han contrapõe que na sociedade disciplinar geravam-se indivíduos loucos e delinquentes, indivíduos obedientes que circulavam dentro e a serviço das instituições totais, sendo constantemente vigiados através do modelo do panóptico, que por sua vez extrapolava os muros das instituições e estendia seu modelo disciplinar para dentro das casas. Na sociedade do desempenho, em contrapartida, seriam produzidos indivíduos depressivos e fracassados que, por sua vez, ofertariam-se ao olhar do outro, onde a vigilância e o controle ocorreriam pela lógica do pós-panóptico. Mas, por que o autor se refere a depressivos e fracassados?

Citando Alain Ehrenberg, Han (2017) sinaliza que

A carreira da depressão começa no instante em que o modelo disciplinar de controle comportamental, que, autoritária e proibitivamente, estabeleceu seu papel às classes sociais e aos dois gêneros, foi abolido em favor de uma norma que incita cada um à iniciativa pessoal; em que cada um se comprometa a tornar-se ele mesmo. [...] o depressivo não está cheio, no limite, mas está esgotado pelo esforço de ter de ser ele mesmo. (EHRENBERG apud HAN, 2017, p.26)

Sendo assim, o que tornaria os indivíduos pós-modernos depressivos é o imperativo de “tornar-se a si mesmo” e a constante pressão de desempenho. Han deduz que numa sociedade que sofre por conta do excesso de positividade o adoecimento possível é a depressão. Se outrora, o indivíduo da modernidade estava sob o domínio de uma instância externa que o obrigava a trabalhar e o explorava, na atualidade, o sujeito do desempenho seria senhor de si. Han coloca brilhantemente que “a queda da instância dominadora não leva à liberdade. Ao contrário, faz com que a liberdade e coação coincidam. Assim, o sujeito do desempenho se entrega à liberdade coercitiva ou à livre coerção de maximizar o desempenho” (2017, p.30).

O que fizemos até então foi buscar localizar, o mal-estar da pós-modernidade erigido por Bauman (1998) e dialogamos com alguns argumentos do filósofo Han que colaboraram e complementaram suas ideias. Cabe-nos agora pensar a respeito de um mal-estar na atualidade, retomando o que havíamos exposto anteriormente sobre os diferentes caminhos de discussão, dependendo da preposição que utilizamos para falar sobre o mal-estar.

Discorrer sobre um mal-estar na atualidade é, de certa maneira, compreender que o mal-estar ao qual Freud se dispôs a observar no século XIX continuaria em vigor ainda no século XXI. O que podemos pensar é que o que provavelmente há de novo são as facetas, os revestimentos desse mal-estar, uma vez que as fontes parecem ainda ser as mesmas: a fragilidade do corpo, as relações humanas e as incertezas quantos aos fenômenos da natureza.

Han (2017) nos dá pistas nesse sentido quando afirma que a sociedade contemporânea vive em uma violência da positividade que resulta do superdesempenho, da superprodução e da supercomunicação. Esses superlativos expostos por Han parecem se comunicar e se relacionar às fontes citadas por Freud. Os superlativos se refe-

rem ao desempenho, produção e comunicação. Retomando Freud, o sofrer nos ameaça de três lados:

Do próprio corpo que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos. O sofrimento que se origina desta fonte nós experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro (FREUD, 1929 [1930] / 2000, p. 31).

Percebemos ao apresentar os dois autores lado a lado que o que eles enumeram como ameaça do sofrer e sobre a violência da positividade parecem fluir das mesmas fontes. Podemos pensar o desempenho como relativo ao corpo, e a seguir discorreremos como que na atualidade surgem a cada dia, meios para ser mais eficiente quanto ao empenho do corpo.

Podemos ter em vista a multiplicação de academias de fitness, a proliferação de medicamentos que prometem uma melhora no desempenho e a propagação de festivais e concursos de fisiculturismo que exaltam e cultuam o corpo. Isso, poupando-nos de discorrer sobre todas as outras manifestações e fenômenos que englobam e apontam para um investimento puramente narcísico no corpo, ao que Birman acrescenta:

As academias de ginástica se transformam num dos templos seculares mais prestigiados da atualidade, aonde os usuários vão comungar como fiéis em nome da longevidade e da beleza. Em cada quarteirão das grandes cidades se acumulam e se alastram diversas academias de ginástica, que transformam a cartografia das cidades (2012, p.79)

A superprodução parece estar relacionada à tentativa de controle das forças da natureza, ou ainda, ao trabalho possível a partir do que é obtido da natureza enquanto matéria-prima. Sabemos

desde Marx (1867/1967, p.188) que “o trabalho é, num primeiro momento, um processo entre a natureza e o homem, processo em que este realiza, regula e controla por meio da ação, um intercâmbio com a natureza”. Partindo desse pressuposto, nos parece possível afirmar que o trabalho, enquanto produção do homem é aquilo que ele controla e realiza por meio do que lhe é oferecido, na troca com o meio. Assim sendo, mais uma vez, falar de superprodução é falar também da relação do homem com o trabalho, do liame dele com a natureza, o que desencadeia, mais uma vez, em uma das fontes do sofrer descritas por Freud.

A comunicação, por sua vez, é o que certifica que a relação, que o laço social entre os humanos seja garantido. A linguagem enquanto ciência está aí para nos provar que a língua é dialógica, é estruturada a partir de uma lógica de diálogo. Longe de ter a pretensão de aprofundar nos conceitos do campo da comunicação, o que não é objetivo dessa exposição, vale citar, como de passagem, o que Fiorin (2016) elabora a respeito do pensamento do linguista Bakhtin.

Bakhtin afirma que todo enunciador leva em consideração o discurso de outrem para construir um discurso próprio. Isso quer dizer que o enunciado de uma fala é sempre dirigido a outro, a um receptor. Dito de outra forma, se o sujeito enuncia, ele enuncia para alguém. A linguagem, portanto, só é possível na interação com o outro. O que nos interessa na comunicação, então, é o saber que esta permite que os indivíduos façam laços entre si, apontando para a terceira fonte de mal-estar observada por Freud: as relações.

O leitor pode argumentar que Freud observou as fontes de mal-estar em um recorte de tempo muito específico na modernidade e que comparar essas fontes à pós-modernidade poderia ser uma aproximação forçada. Ainda em tempo, poderíamos lançar mão de um pouco da rica mitologia judaico-cristã.

Sobre as estruturas dos mitos, Lacan (1955-56/1995, p.258-260) argumentou que eles apresentam sempre uma narrativa que tem algo de atemporal, sejam eles folclóricos ou religiosos. Ocupam-se de tratar “de temas da vida e da morte, da existência e da não existência, do nascimento, em especial, isto é, da aparição daquilo que ainda não existe”. Os mitos visam falar sobre a gênese das fundações dos homens.

Somos evocados, então, a lembrar do mito que funda a tradição das três maiores religiões da atualidade, a saber: o islamismo, o judaísmo e o cristianismo. Essas três religiões têm em comum um mito que diz respeito à gênese, ao seu nascimento enquanto povo: O mito de Adão e Eva no Jardim do Éden. Aos que não estão familiarizados, o mito pode ser encontrado no livro do Gênesis, o primeiro livro do Pentateuco, que se encontra na canonicidade judaico-cristã.

Acredita-se que o mito do gênesis foi escrito por Moisés enquanto preparava os hebreus para entrar na terra prometida. Uma particularidade a respeito desse povo, que pode ser observada no decorrer do Pentateuco (os cinco primeiros livros da bíblia, também conhecidos como os livros da Lei Mosáica) é que eles haviam sido escravos por 400 anos no Egito e estavam, pela primeira vez, construindo um governo próprio e perguntando-se a respeito de sua origem e de seu propósito. Moisés, incumbido de guiar esse povo a uma terra onde eles se estabeleceriam enquanto nação, recorre à mitologia para falar-lhes a respeito de sua origem: Adão. Adão, que do hebraico “Adam” significa homem, humanidade.

Em resumo, no mito, Adão e Eva foram criados por Deus no sexto dia de sua criação: “[...] disse Deus: Façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança; tenha ele domínio sobre os peixes do mar, sobre as aves dos céus [...] criou Deus, pois, o homem à sua imagem, à imagem de Deus o criou; homem e mulher os criou”.

No Éden, por muitos conhecidos como paraíso, Adão e Eva tinham acesso a Deus todos os dias no final da tarde, ambos andavam nus e não se envergonhavam disto. Eles podiam consumir de tudo o que a terra oferecia, com exceção de uma árvore:

Tomou, pois, o Senhor Deus ao homem e o colocou no jardim do Éden para o cultivar e o guardar. E o Senhor Deus lhe deu esta ordem: de toda árvore do jardim comerás livremente, mas da árvore do conhecimento do bem e do mal não comerás; porque, no dia em que dela comeres, certamente morrerás. (GÊNESIS, cap.2, v.15-17).

Não é surpresa dizer que o casal cedeu a essa proibição, o que culminou em sua expulsão do paraíso. O que é curioso observar são as consequências desse ato: ao comer do fruto, homem e mulher se dão conta de sua nudez. No desenrolar, o primeiro deles busca responsabilizar o outro pela desobediência, gerando inimizade entre si. À mulher é dito, por parte de Deus, que se multiplicaria seu sofrimento na gravidez. Ao homem que “[...] maldita é a terra por tua causa; em fadigas obterás dela o sustento durante os dias de tua vida [...] no suor do rosto comerás o teu pão, até que tornes à terra.” (cap.3, v. 17-19).

Ao homem é reservada, em um primeiro momento, a experiência mítica de satisfação. Para Freud, o bebê com o seio materno, para Moisés, a de Adão e Eva no paraíso. Não demora muito para que o ser em questão se veja desamparado por não ceder aos caprichos e desejos do outro estrangeiro que lhe presta acolhimento. Percebendo-se desamparado, enquanto condição primordial, é iniciado na civilização, é lançado para fora do Éden.

A expulsão do Éden vem acompanhada de grande desconforto: inimizade com o próximo, estar sujeito às inconstâncias da natureza, e estar atento à própria humanidade revelada pelo corpo nu. Adão, o homem, fora do paraíso, do lugar da primeira experiência

mítica de satisfação, é ameaçado por sofrimentos que lhe cercam: a relação, a natureza e seu próprio corpo.

Pensar em um mal-estar na pós-modernidade, portanto, seria perceber e admitir que Freud lançou luz, em sua época, sobre uma questão que está para além de um recorte circunscrito em um tempo, ele fala sobre o que é do humano. Tanto o desamparo quanto a entrada do homem na civilização, que implicaria na renúncia de impulsos, às fontes de sofrimento que ameaçariam o homem, e a constante busca por um objeto que aplacasse a angústia e a falta constituinte, não estaria datado à modernidade. Pelo contrário, a partir dessa leitura, os mitos já apontariam nesse sentido, e o que a modernidade garantiria é a possibilidade de se poder teorizar sobre essa condição.

CORPO E MAL-ESTAR NA CONTEMPORANEIDADE: FONTE E CONTORNO

Birman (2011) afirma que exatamente porque os homens são mortais, frágeis e finitos – e aqui poderíamos acrescentar desamparados – é que eles precisam criar toda forma de recurso para tamponar a impossibilidade da onipotência. A respeito do ideal de onipotência instituído pelo homem, Freud teceu algumas considerações em *O mal-estar na civilização*:

Há tempos ele havia formado uma concepção ideal de onipotência e onisciência, que corporificou em seus deuses. Atribui-lhes tudo o que parecia inatingível para seus desejos – ou que lhe era proibido... agora ele aproximou-se bastante desse ideal, tornou-se ele próprio quase um Deus. O ser humano tornou-se, por assim dizer, uma espécie de Deus protético. Épocas futuras trarão novos, inimagináveis progressos nesse âmbito da cultura, aumentarão mais ainda à semelhança com Deus. (FREUD, 1929 [1930] / 2000, p.52)

Se no Iluminismo foi declarada a “morte de Deus”, como vimos anteriormente, e a Deus era atribuído o ideal de completude e a promessa de um tamponamento da falta, o que resta ao homem recorrer quando o Deus a quem eles tudo atribuíam já não é suficiente para contornar esse vazio que nele reverbera e que é do tamanho dele? O que Freud sugere, e de certa maneira “profetiza”, é que o homem buscaria, na falta de Deus, aproximar-se cada vez mais ao que acreditava-se ser esse ideal:

Assim, nos interstícios do mundo desencantado, onde as ideologias redentoras do Iluminismo não têm mais qualquer apelo existencial, o desamparo do sujeito se recoloca, assumindo formas vigorosas e desesperantes. A busca de proteção face à angústia se empreende pelas formas de religiosidade que se apresentam como novas formas de salvação. (BIRMAN, 2011, p. 245)

O homem redireciona o culto a Deus para o culto ao corpo, ao eu. Sibilia (2016) assume também esse ponto de vista quando afirma que na atualidade o Eu não demanda apenas por cuidado e atenção, ele precisa ser cultuado – como um protótipo de Deus – e cultivado sem cessar. O corpo tem que sempre estar o mais atraente possível para se estar apto a entrar em cena na sociedade do espetáculo e conquistar aplausos, olhares e curtidas. Se o Eu já não pode contar com o olhar onipresente de Deus que a tudo vê e a tudo vigia, que ao menos possa multiplicar esse olhar a todos a quem se expõe nas redes sociais e nas vitrines da sociedade de consumo para que haja alguma garantia de olhar. Pois afinal, como Quinet (2002, p.280) declara: “O Outro me vê, logo eu existo”.

Para garantir o olhar do Outro se faz necessário estar sempre em cena, transformando as trivialidades da vida cotidiana em pequenos “curtas” a serem expostos para os pares telespectadores. O ditame do espetáculo gerido na sociedade escópica transforma

a vida ordinária em filme para o deleite do espectador. Jean Baudrillard (2001) comenta que essa espetacularização da banalidade do cotidiano referencia-se a um desejo de não ser nada e ser olhado como tal, demonstrando que o que está em cartaz na atualidade é o espetáculo obscuro da banalidade.

Embora estejamos aqui lançando mão da leitura de Guy Debord (2007) da sociedade como sendo do espetáculo, Han (2017) avança na discussão elaborando que

O teatro é lugar de expressões (...) e não manifestações da interioridade psíquica. Por isso, elas são representadas, e não expostas. Hoje, o mundo não é um teatro no qual são representadas e lidas, ações e sentimentos, mas um mercado onde se expõem, vendem e consomem intimidades. O teatro é um lugar de representação, enquanto que o mercado é um lugar de exposição. (ibid., p. 79-80)

O corpo, que outrora era casto e reservado, maximiza esses ideais da superexposição e se coloca como motor privilegiado das engrenagens da sociedade da exposição. Se o corpo é desde sempre uma fonte de infelicidade e mal-estar, a sociedade da exposição busca garantir o tamponamento desse sofrimento através de manipulações corporais e por uma tentativa de manter o corpo eficiente, belo, e de acordo com os imperativos da atualidade.

O corpo entrou em cena! E na condição de protagonista, ocupa um lugar central na vida do sujeito contemporâneo. Fonte de toda sorte de investimentos, passaporte para a inclusão social, o chamado projeto corporal, além do dispêndio de tempo e dinheiro, pode também gerar grandes doses de mal-estar e insatisfação. (VILHENA e NOVAES, 2015, p.1)

Para as autoras “o culto ao corpo pode ser comparado a um projeto moral religioso, dentro do paradigma de uma cultura de supervalorização e primazia das imagens” (Ibid., p.3). Não é qual-

quer coisa elevar o corpo a um objeto potencialmente capaz de ser cultuado. Ocupando o estatuto de Deus fica justificada toda sorte de práticas para mantê-lo imaculado. As academias de ginásticas são como os novos templos onde a prece entoada pelos fiéis é “ser jovem, ser belo e magro”.

Pollo (2012, p.153) acrescenta que o sujeito é induzido a uma dupla prática na sociedade de consumo:

Deve tratá-lo como capital e como fetiche. Em ambos os casos, ele deve investir no corpo, no duplo sentido do termo investimento, tanto no sentido econômico, quanto em sua acepção psíquica. De modo que ele, o corpo, se torna uma espécie de duplo ameaçador para o sujeito. Deve ser o objeto mais liso e reluzente, na lógica fetichista; deve produzir lucro, na lógica capitalista. Estabelece-se uma equivalência mágica entre comprar e sentir-se bem na própria pele, por é ela que envolve o corpo, e não mais a alma

Entretanto, é sabido que os “templos ao corpo” não são a única estratégia contemporânea para que este se mantenha no lugar de imaculado. Se o corpo ideal não pode ser conquistado porque exige muito esforço e disciplina, a indústria farmacêutica oferece a sua contribuição para alcançá-lo com o menor esforço, embora sendo o custo elevado. Em nome do “evitamento do desamparo”, como afirma Birman (2002), os sujeitos se submetem uns aos outros, custe o que custar, na promessa por segurança, e por que não acrescentar uma promessa por saúde?

Se Han afirmou que a sociedade do desempenho produz sujeitos depressivos e fracassados, justamente por estarem regidos pela máxima de “tudo poder”, a medicalização buscaria, então, garantir a esses indivíduos que sigam na sua busca por alcançar esse ideal de desempenho, ofertando psicofármacos que garantiriam o “anestesiamento da angústia” e a alta-performance.

O que parece fugir a essa lógica do mercado é justamente a consideração a respeito do sujeito em questão: desamparado por natureza, lançado ao mal-estar e que buscaria de todas as maneiras ludibriar essa falta constituinte, afastando de seu Eu, que é corpóreo, tudo aquilo que o ameaça.

A medicalização aparece nesse cenário como um “truque”, um caminho não sem consequências de tamponar essa falta “do tamanho de Deus” e o objeto privilegiado dessas investidas é o corpo, que para Birman (2012), “é o registro antropológico mais eminente no qual se enuncia na atualidade o mal-estar.”

Todavia, à guisa de conclusão, é também necessário registrar que não permitir que a falta emerja é desconsiderar o que há no humano de maior potência. Buscar tamponar a falta através da medicalização seria reduzir-se ao lugar de objeto e renunciar ao lugar privilegiado de sujeito. Se a falta é do “tamanho de Deus”, tamponá-la seria retardar a possibilidade de criação e abrir mão da construção de “Édens particulares”.

REFERÊNCIAS

ALONSO, L. **Dicionário hebraico-português**. São Paulo: Paulus, 1994.

ANDRE, J. **Entre angústia e desamparo**. *Ágora* (Rio J.) [online]. 2001, vol.4, n.2, pg. 95-109. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1516-14982001000200008>&HYPERLINK><http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1516-14982001000200008>>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Portugal: Edições 70, 2001.

BAUMAN, Z. **O Mal-Estar da Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BÍBLIA, Português. **A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento**. Edição rev. e atualizada no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1969.

BIRMAN, J. Sobre o mal-estar, na modernidade e na brasilidade. In: **Política e Cultura – Século XXI**. FRIDMAN, L. C. (Org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

_____. **Mal-estar na atualidade** - a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

_____. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2012.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

FIORIN, J. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. São Paulo: Contexto, 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREUD, S. (1927). O Futuro de uma Ilusão. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1929[1930]). O mal-estar na civilização. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FUKS, B. **Freud e a cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade da transparência**. Petrópolis: Vozes, 2017.

_____. **Sociedade do Cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2017.

LACAN, J. (1955-56) **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LAPLANCHE, J e PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MARX, K. **O Capital**. Nova York: Internacional Publishers, 1967.

MICHAELIS. **Moderno dicionário de língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

POLLO, V. **O medo que temos do corpo**. Psicanálise, arte e laço social. Rio de Janeiro. 7 letras, 2012.

QUINET, A. **Um olhar a mais**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2002.

VILHENA, J. e NOVAES, J. (2015). **Corpo, corpo meu. Existe alguém mais imperfeito do que eu? Ricerca in psicoterapia**. 5. 16-22. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/282862713_Corpo_corpomeu_Existem_alguem_mais_imperfeito_do_que_eu>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

CORPO EM CENA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA CONTEMPORANEIDADE

Aluísio Ferreira de Lima

Jurema Barros Dantas

INTRODUÇÃO

A ocupação cada vez mais significativa das tecnologias associadas à biotecnologia parece evidenciar diferentes formas de relação com o corpo na atualidade. O desenvolvimento desenfreado da tecnologia, a lógica que permeia a chamada cultura do consumo e a busca frenética pela felicidade transformada no grande dever moral da atualidade parecem incidir diretamente no modo como vivenciamos nossas experiências corporais. Assistimos a urgência de um corpo espetacular que precisa, necessariamente, capacitar o homem a permanecer no instante e evidenciar performances cada vez mais elaboradas. Para auxiliar nesta performance fazemos uso de um representante da alta tecnologia – os medicamentos. Legitimados pela ciência e identificados com o progresso, estes aparecem não apenas como um poderoso instrumento para produção desse corpo espetacular como também uma solução para os mais variados problemas da cotidianidade.

Inseridos nesta panacéia de práticas e discursos, encontramos, segundo Dantas (2014), todo um aparato tecnológico onde, podemos reconhecer o discurso da medicalização como uma espé-

cie de divindade personificada em pílulas capazes de proporcionar intensas sensações emocionais e corporais ou até mesmo realizar nossos maiores desejos. O discurso médico vai assim, de acordo com Dantas (2014), rompendo as paredes do consultório e se tornando um discurso comum, quase necessário, aquele que busca sucesso e felicidade no mundo contemporâneo. Nos encontramos mergulhados numa lógica quase mítica onde os medicamentos são investidos não apenas do poder de “cura” mas, sobretudo, de um poder que emana sensações e sentimentos de toda ordem àqueles que os consomem.

O CORPO E A MEDICALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Cada momento histórico, cada sociedade, coloca em funcionamento algum modo de subjetivação, não sendo possível, conforme aponta Baczko (1985), compreender as formações da subjetividade de maneira deslocada das formações sociais nas quais estas se constituem. Na contemporaneidade, onde a novidade do presente convive inevitavelmente com o anacronismo (AGAMBEN, 2010), estamos submetidos ao regime 24/7³. Etapa do capitalismo tardio, tecnológico e de consumo, reduz a vida cotidiana à objeto da técnica, onde a “maior parte das necessidades aparentemente irreduzíveis da vida humana – fome, sede, desejo sexual e, recentemente, a necessidade de amizade – se transformou em mercadoria ou investimento (CRARY, 2016, p. 28).

O corpo, embora ainda associado à fonte dos “pecados” universais, objeto de ocultação (em menor escala que em épocas anteriores) e à formas binárias por conservadores, é também o corpo explorado pelo mercado, “responsável pela força de trabalho e pela produção de mercadorias” (MARX, 1890/1984) e suporte para “o consumo das

3 24 horas por 7 dias na semana.

mercadorias e para busca e obtenção de prazer e gozo” (ANDRADE, LIMA & LARA JUNIOR, 2013, p. 50).

Sujeito e objeto, o corpo é o depositário de muitas expectativas, especialmente aquelas que se referem à aceitação no meio social, a ponto de “metaforiza[r] o social e o social metaforiza[r] o corpo” (LE BRETON, 2006, P. 70). O corpo, assim, é cada vez mais investido econômica, psíquica e socialmente. Sendo responsabilidade e imperativo dos sujeitos, construir, esculpir e moldar o próprio corpo de modo a corresponder as imagens de corpo ideal.

Diante dos imperativos do “culto ao corpo” ditados pelo mercado, as dietas, as cirurgias plásticas, o uso de cosméticos, a realização de tratamentos de beleza, as práticas de atividade física, enfim, tudo o que responda à preocupação de ter um corpo bonito e/ou saudável, aparecem como aliados potenciais passíveis de serem conquistados pelo consumo. Se durante séculos, “o corpo foi considerado o espelho da alma. Agora ele é chamado a ocupar o seu lugar, mas sob a condição de se converter totalmente em boa forma” (SANT’ANNA, 2001, p. 108).

Nesse cenário, as tecnologias associadas à biotecnologia no que diz respeito às experiências corporais dos homens e mulheres contemporâneos têm tomado cada vez mais espaço. Tal situação que anuncia não apenas uma diferente forma de lidar com o corpo, mas, de maneira mais profundamente, novas maneiras de ser e de estar no mundo. Aliás, pode-se dizer que o desenvolvimento desenfreado da tecnologia, a lógica que permeia a chamada cultura de consumo e a busca frenética pela felicidade transformada no grande dever moral da atualidade, parecem incidir diretamente nas relações com o próprio corpo na contemporaneidade (LIPOVETSKY, 2004).

Percebemos, nessa lógica, a tentativa de explicar nossos comportamentos de modo a veicular, segundo Dantas (2014), modelos a serem seguidos. Isto porque de acordo com a autora, consumimos medicamentos que materializam essa divindade em busca do perfeito, do absoluto e da eternidade. Sendo assim, é possível afirmar que a medicalização da sociedade contemporânea se aproxima quase de um discurso mítico sendo um artifício, disseminado atualmente, associado a interesses econômicos e, de certa forma, políticos, do sistema em vigor.

Na contemporaneidade a própria cultura, regida pelo capitalismo tardio, tem sido propulsora de novas demandas subjetivas, uma vez que sua expansão pela via do consumo tem colocado à nossa disposição uma rica diversidade de objetos, que prometem promover, inclusive, um upgrade nos corpos (SIBILIA, 2003). Essa “possibilidade” de aperfeiçoamento possibilita a operação de uma proposição ideológica cujos imperativos sustentam a necessidade de manutenção de um corpo competitivo, que deve ser gerenciado de modo a estar sempre belo, tanto no mercado de trabalho quanto para a sedução (BAUDRILLARD, 2008).

Seguindo essa “tendência”, o impressionante avanço das tecnologias e técnicas têm colocado à disposição dos corpos os mais diversificados aparatos: medicamentos de toda sorte, aparelhos para prolongamento da vida, apêndices e próteses e, até mesmo, “corpos digitais” para serem apropriados pelos sujeitos. As diferentes próteses e afins, materializadas nos acessórios que passam a fazer parte dos sujeitos, tais como o celular, o laptop, o tablet, o silicone, os hormônios etc., (re)configuram as identidades. Enquanto cyborgs de uma nova era mítica, cuja diferenciação do que é corpo e o que é máquina passa a ser uma tarefa cada vez mais complexa, “todos somos quimeras, híbridos teorizados e fabricados de máquinas e

organismos (HARAWAY, 1995, p. 255), que devem aprender de modo rigoroso e contraditório como gerenciar a si mesmos.

Este imperativo de conhecimento do próprio corpo, que provoca o excessivo controle sobre o mesmo, induz a uma relação não apenas de inquietude, mas também de inadequação e de impotência. Longe de dominar seu corpo, o homem de hoje é, cada vez mais, por ele dominado, e à medida que tenta se aproximar de sua imagem, esta cada vez mais se torna difícil de apreender. O atravessamento desta lógica técnico-científica no viver de nossa época expressa um novo regime biopolítico, que faz uso de tecnologias inovadoras de formatação dos corpos e das subjetividades de forma totalitária. Totalitária porque, como bem ensinou Marcuse (1973), não se trata apenas de uma “coordenação política terrorista” da sociedade, mas também de uma “coordenação técnico-econômica”, que opera através da manipulação das necessidades, realizada, nesse caso, por um discurso que é pré-determinado como legítimo e competente.

Não por acaso, a divulgação das principais descobertas e avanços tecnológicos pelos meios de comunicação de massa instigam o imaginário de que cabe à ciência a resolução dos problemas, especialmente daqueles que envolvem a sobrevivência da humanidade. Whitaker (2017), inclusive, foi extremamente didático ao assinalar como a “American Psychiatric Association” (APA) percebeu desde muito cedo a importância do treinamento de seus especialistas para a promoção da história do modelo médico junto aos meios de comunicação, criando um “instituto de relações públicas”.

Tudo isso gerou grandes lucros. As manchetes de jornais e revistas passaram a falar com regularidade de uma “revolução” que estaria ocorrendo na psiquiatria. Os leitores do *New York* aprenderam que “a depressão está ligada aos genes” e que os cientistas vinham desvendando a “biologia do medo e da ansiedade”. Pesquisadores,

disse o jornal, haviam descoberto “uma chave química da depressão”. (WHITAKER, 2017, p. 281).

A APA alinhava-se, assim, às transformações científicas advindas na década de 1950, onde o uso do discurso biológico como legitimador do substrato de pesquisa e intervenção no campo da ciência se fez presente. O crescimento das neurociências por diversas áreas do conhecimento e sua crescente popularização pela mídia desde esse período têm reforçado cada vez mais a ideia do cérebro como órgão detentor das propriedades e autor daquilo que define o que é ser humano (BEZERRA E ORTEGA, 2006). A ideia de um “sujeito-cerebral”, conforme Ehrenberg (2009) e outros pesquisadores nomearam essa proposição das neurociências, reforça a compreensão de uma identidade no cérebro que vai permear a relação que o sujeito contemporâneo estabelece com seus processos cognitivos e com o uso dos psicofármacos. Assim, uma grande dificuldade inerente a este assunto consiste em se entrar em consenso sobre como se define o uso da neurociência e do medicamento para tratamento e o uso para aprimoramento. Dependendo da situação, determinado procedimento pode ser considerado como uma forma de tratamento, mas em outro contexto pode ser visto como um aprimoramento, variando, por exemplo, de acordo com a época. Um exemplo claro é verificado no uso dos antidepressivos. Quando foi lançado há 20 anos nos EUA, o Prozac era utilizado para tratamento de pessoas com depressão. Entretanto, com sua popularização, atualmente, há pessoas que não foram diagnosticadas com nenhum distúrbio de humor, mas que o tomam simplesmente para ficarem mais “felizes”, para “aprimorarem” seu bem-estar.

Esses discursos científicos com seus saberes e práticas passaram a interferir acentuadamente na nossa relação com o nosso corpo, sobretudo, no modo como lidamos com nossa vida. A tecnolo-

gia, fundamentada no saber científico, passou a penetrar no espaço íntimo do corpo e nas modulações da vida cotidiana. A compreensão da vida, enquanto material biológico a ser estudado e previamente controlado, reforçou a “evidência” da intrínseca relação entre corpo e medicalização.

Assim, não foi complicado tornar hegemônica a ideologia de que todos podem manter os sinais eleitos como positivos para viver: a jovialidade, a esperança, a saúde, a alegria, a vida sexual e afetiva, entre outros. Os discursos que normatizam o corpo – científico, médico, tecnológico, publicitário, entre outros – foram tomando conta da vida simbólico-subjetiva dos sujeitos e promoveram um processo de financeirização e terceirização do que podemos chamar de “vida interior”. Tal como pode ser observado no caso da parceria estabelecida entre a indústria farmacêutica e a neurociências, que não cessaram de inventar pseudonecessidades, deficiências ou patologias para as quais novas mercadorias pudessem ser apresentadas como soluções.

Nas últimas décadas, um número cada vez maior de estados emocionais tem sido caracterizados como patologia, com o objetivo de criar novos e amplos mercados para produtos até então desnecessários. (...) O uso difundido de remédios para transtorno e déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é frequentemente motivado pela esperança de melhorar o desempenho e competitividade no trabalho – e, mais grave, o vício em metanfetamina está muitas vezes ligado a ilusões destrutivas de desempenho e autoengrandecimento. (CRARY, 2016, p. 64).

Isso assinala claramente que o medicamento, síntese de ciência e tecnologia, se apresenta como uma mercadoria eficiente na tentativa de controle sobre a vida. Cada vez mais, vem sendo propagada a ideia de que substâncias variadas, contidas em pequenas drágeas poderão, impreterivelmente, controlar o peso, a virilidade, a

juventude, a atenção, o sono, a felicidade e a própria finitude. Nesse cenário, colamos a vida ao aparato da tecnologia. Realizar a gestão da vida, ordenar seus princípios, prever seus conflitos e controlar o seu transcurso parecem ser os horizontes da vida moderna, horizontes esses que colocam a tecnologia a serviço da vida, ou melhor, a tecnologia como resposta para a vida. Em prateleiras coloridas, revistas, lojas de departamento e demais estabelecimentos, o aparato tecnológico parece poder nos oferecer magicamente as melhores formas de administrar nossas vidas.

CORPO, CONSUMO E O DISCURSO PUBLICITÁRIO

Nasociedadecontemporânea, ondeo capitalisмотardioseestrutura, entre outras coisas, a partir da obsolescência programada, vivemos uma transformação no modo como lidamos com nossos vazios existenciais. Afinal, conforme assinalou Guiltin (2003, p. 108-109), é próprio da “essência do consumismo [as] promessas quebradas e sempre renovadas”. Se até então os sujeitos buscavam adquirir mercadorias para preencher uma necessidade, inseridos no novo modo de produção capitalista, onde “as necessidades podem ser satisfeitas apenas de forma aparente” (HAUG, 1997, p. 169), buscase, agora, o consumo de mercadorias provisórias.

“Sonhe que faremos o resto”, escreveu Certeau (1995, p.43). Frase que resume de forma exemplar a promessa e a tentativa de humanizar os produtos a fim de inseri-los numa rede de relações sociais, atribuindo aos mesmos uma identidade. As mercadorias, voltadas para diferentes tipos de público, passam a serem diversificadas e supostamente personalizadas, de modo a fazer com que cada um se sinta que o produto foi feito sob medida. O produto passa, assim, do universo despersonalizado da produção, para o contexto

das relações humanas, simbólicas e sociais, através de seu potencial de transformação do sujeito e de seu estilo de vida.

O consumidor atual não compra mais apenas aquilo de que precisa, mas produtos que supostamente, segundo a mídia, têm o poder de lhe agregar qualidades que deseja possuir. Ele compra também expectativas, aquilo que ele deseja. Ocorre, porém, que seus desejos são orientados pelo mercado, por aquilo que o mercado pode oferecer. Vive-se a era das marcas e da suposta diferenciação a partir do consumo. Neste escopo, os indivíduos são qualificados por seu poder de compra ou pelo que venha a parecer ser o seu poder de compra, já que hoje a dimensão do parecer ganha mais destaque do que a do ser ou mesmo a do ter (ANDRADE, LIMA & LARA JR).

O objeto signo de status confere uma identidade ao seu futuro consumidor – daí a necessidade de adquiri-lo. É através dele que me torno igual ao outro, na moda, importante – pertencendo! Mas pertencendo a quê? A sociedade em que vivemos, tomada pelo consumismo, deu ao mundo uma aparência volátil, com uma existência frágil e instável. A lógica de produção deste sistema exige que tudo seja consumido e descartado rapidamente e novas demandas sejam criadas. A substituição é indispensável para manter o sistema produtivo. Não é por acaso que Safatle (2008), acredita estarmos vivendo em uma sociedade da insatisfação administrada, onde

(...) em última instância, toda determinação se mostrará provisória e inadequada diante de um imperativo superegóico que exige o puro gozo, faz-se necessário que o sistema de mercadorias disponibilize determinações. Em última instância, isso nos faz passar de uma sociedade da satisfação administrada para uma sociedade da insatisfação administrada, na qual ninguém realmente acredita nas promessas de gozo veiculadas pelo sistema de mercadorias (já que são postas para serem descartadas), a começar pelo próprio sistema, que as apresenta de maneira cada vez mais auto-irônica e “crítica”. (SAFATLE, 2008, p.133).

A relação estabelecida entre os sujeitos e as mercadorias reflete a nossa postura diante da sociedade, pois, uma vez que o objeto passa a ser parte da pessoa, ele a identifica e a posiciona numa hierarquia social. O consumo oferece a possibilidade de manipulação dos significantes sociais, isto é, não se consome o objeto em si, e sim o que ele representa socialmente, como conforto e status. A ordem que se estabelece não é a da necessidade, mas sim a do desejo, desejo este de diferenciação e individualização veiculado ao objeto e o que possibilita a organização dos consumidores enquanto comunidade é a lógica do consumir, permeada por diversos imperativos como “must have”, “youneed”, “buynow” etc. É possível dizer que na contemporaneidade o sujeito “devém consumidor de produtos indeterminados” (LIMA, 2010, p. 196) e deve sempre estar em busca de algo, de se manter em uma permanente insatisfação.

O que a mercadoria medicamento representa nesse cenário? Aparentemente a resposta pode ser encontrada na própria indagação. Conforme assinalamos anteriormente, a medicamento coloca em cena alternativas concretas para mudança, potencialização, melhoramento, ampliação e até mesmo de adaptação do corpo. Uma vez que as pessoas na sociedade contemporâneas figuram também como mercadorias a serem expostas, anunciadas, negociadas e vendidas, não é raro escutar discursos sobre o obsolescimento das mesmas. Contra esse obsolescimento, instiga-se o controle das marcas do tempo, seja através de dietas que prolonguem os anos de vida, seja através de cirurgias estéticas, tratamentos, uso de cosméticos ou qualquer outra fórmula que garanta a manutenção da forma e juventude.

Deleuze (1992) chama a atenção para esses modos de relação afirmando que se soma ao lugar do espaço esquadrihado pela família, escola, prisão, fábrica, hospital, manicômio, tão característicos do período moderno e da sociedade disciplinar, uma sociedade de

controle com novas instituições, novas tecnologias de assujeitamento que funcionam através de mecanismos de monitoramento.

O “biopoder” que antes era exercido em espaços fechados com a função de correção ou ortopedia, agora age de modo mais sutil, a céu aberto, interferindo diretamente na produção dos modos de viver, inventando assim novos modos de aprisionamento da vida. Dessa forma, se já não são mais os dispositivos disciplinares que formatam nosso modo de viver e se as instituições de confinamento perderam a condição de lugar exclusivo de vigilância e punição, como poderíamos circunscrever o funcionamento do “biopoder” na atualidade, quais são as suas estratégias e seus efeitos na produção da subjetividade humana?

Sem a pretensão de responder em definitivo esta pergunta podemos levantar uma breve reflexão propondo que nessa sociedade do controle não se cria mercadoria sem que seja produzido ao mesmo tempo um consumidor. Vender um medicamento é também fabricar modos de existência, criar subjetividades, valores, relações sociais. A máquina capitalista investe na produção de vida e na produção de subjetividade. Consumir medicamento faz parte da nova cadência da tecnologia onde o corpo parece ter perdido sua definição clássica e sua solidez orgânica para se inserir na esteira digital da tecnologia de ponta que o torna permeável, projetável e programável.

Ao tentar compreender os corpos e subjetividades construídos com ajuda da tecnologia no contemporâneo, compartilhamos com Sibília (2003) o fato de que os artefatos técnicos constituem extensões, projeções e ampliações das capacidades próprias ao corpo humano. Obviamente essas mudanças se refletem no campo da medicina, tornando o corpo gloriosamente passível de mecanização. Buscamos intensamente, por meio da artilharia tecnológica, um deciframento da vida onde os procedimentos científicos não visam

à verdade ou ao conhecimento da natureza íntima das coisas, mas somente à compreensão dos fenômenos para exercer a previsão e o controle.

O corpo parece, portanto, se apresentar hoje como matéria-prima para o domínio e a apropriação total da natureza. A medicina que, de início pretendia somente entender e ampliar as capacidades do corpo humano, bem como curar as mazelas do mesmo, parece querer controlar e criar a vida. Com suas mais apuradas criações, a ciência contemporânea pretende redefinir todas as fronteiras e todas as leis, subvertendo a antiga prioridade do orgânico e tratando o corpo humano como ente preexistente passível de manipulação e cálculo.

Um imaginário sobre corpo, enquanto objeto de intervenção absoluta, invade a sociedade e nenhuma área da prática social sai ilesa das reivindicações que se desenvolvem a partir das condições corporais na atualidade. Compartilhamos das considerações de Le Breton (2006) sobre o corpo enquanto lugar de contato privilegiado com o mundo, moldado pelo contexto social e cultural, objeto de representações e imaginários. Em nosso imaginário, este corpo parece ser substrato de todo aparato tecnológico que anseia pela imortalidade e que acredita decifrar com alto índice de precisão a genética humana.

Essas novas fronteiras do corpo recortam novas fronteiras subjetivas pautadas na busca pela beleza, juventude e bem-estar constante. Essas subjetividades quimicamente testadas conferem o status de sucesso absoluto do discurso médico com suas promessas de tudo poder ofertar e realizar. Corpos quase perfeitos parecem ser o horizonte da medicina que, aos poucos, torna-se o único discurso verdadeiro sobre a vida e a morte. Há assim uma banalização cada vez maior do discurso médico fazendo com que os medicamentos

sejam vistos, por um grande número de pessoas, como único instrumento eficaz para enfrentar o lado trágico da vida e promover o bem-estar.

O CORPO E A NOÇÃO DE SAÚDE

A sensação de controle perante a vida acaba por atrelar os avanços tecnológicos à noção de saúde. A busca por uma imunidade frente aos problemas da vida potencializa a procura por recursos capazes de proteger completamente o organismo de todo e qualquer mal. O modo de desvelamento desta festa tecnológica, como bem nos sinalizou Dunley (2005), com suas pretensões científicas e resolutivas, vai adequando-se ao projeto de imortalidade e afastamento de todo “mal-estar”, entendendo que, de alguma forma, toda a tragicidade da vida pode ser resolvida através dos triunfos no âmbito da neuroquímica, dos avanços genéticos, das cirurgias que prometem o corpo perfeito ou as pílulas que garantem a sensação de felicidade e bem-estar.

A sociedade de consumo, com suas normas, valores e parâmetros efêmeros, aponta mudanças em velocidade acelerada e os indivíduos se veem impelidos a acompanhar estas transformações com a mesma rapidez. Buscam-se as novidades mais recentes, os produtos de última geração, as roupas da moda ou a dieta que prometa resultados eficientes em menor tempo.

Dissemina-se a ideia de que o corpo é um objeto de propriedade particular no qual o sujeito tudo pode; no entanto a sociedade capitalista omite que “esse tudo pode” é uma ilusão, pois ela impõe padrões para o ideal corporal, portanto o sujeito é mero executor das normas de consumo em seu próprio corpo; como afirma Ramos (2008), a ideologia da sociedade de consumo se inscreve no corpo. Com essa inscrição, o corpo passa a ocupar uma posição de mal-estar na cul-

tura, porque nele se apresentam os males da cultura como sintoma (anorexia, bulimia, drogadição, etc.), como já assinalava Freud no início do século XX. (Andrade, Lima, Lara Junior, 2013, p. 50)

Podemos dizer que os imperativos da atualidade, pautados nas premissas do bem-estar e da felicidade a qualquer preço, do imediatismo e da performance, se apresentam como tentativas de negar os limites corporais e a própria morte, colonizando o corpo, e com isso, a subjetividade. Observamos a emergência de um corpo espetacular, caracterizado como aquele onde os limites do tempo devem ser banidos, convertidos em referencial identitário, revestidos de atributos da juventude típicos das mercadorias na sua constante renovação. Os medicamentos tornam-se propiciadores deste corpo espetacular uma vez que a publicidade os oferece sempre, direta ou indiretamente, como signos de felicidade, saúde e bem-estar.

Numa sociedade em que a juventude não é fase da vida, mas um valor, envelhecer é perder valor. De dever social a beleza tornou-se um dever moral. O fracasso em corresponder aos ideais de juventude e beleza torna-se uma incapacidade individual. Assim, o sujeito contemporâneo é convidado a se identificar com corpos ideais abastecidos de acessórios fantasmáticos.

Dessa maneira, como nos aponta Lima (2005), é possível observar no discurso científico dos dias de hoje a passagem de uma cultura ancorada no sujeito psicológico, na qual a identidade estava referida preferencialmente aos critérios de desenvolvimento emocional interior, para outra, a das “bioidentidades”, onde o critério de normal, se remete quase exclusivamente aos padrões biológicos e aos predicados corporais. E é atendendo a essa nova cultura que a banalização do consumo de medicamentos parece surgir como representação máxima do poder e autonomia dos indivíduos. A possibilidade de modificar o próprio corpo torna o indivíduo um

empreendedor de si mesmo que se utiliza da tecnologia para promover sua saúde e uma vida melhor.

De acordo com Sibila (2003), de uma eficiente engrenagem produtora de modos de subjetivação, onde prevalecem certas relações de poder-saber produtoras de necessidades, diagnósticos, doenças, teorias, especialistas e medicamentos. Essas relações são regidas quase sempre pelas mãos invisíveis do mercado, fazendo com que os modos de viver fiquem estritamente mediados pelo discurso científico dominante.

Em um mundo pronto em traficar intimidades, modos de viver deixam de ser uma utopia e passam a se tornar uma possível realidade através do consumo dos maravilhosos medicamentos disponíveis no mercado. São fórmulas “perfeitas” em lindas cápsulas com suas caixas sedutoras que, maciçamente, introduzem no imaginário social a ânsia pela perfeição estética, pela felicidade e pelo sucesso. Os medicamentos facilmente se transformam em elementos mágicos, utilizados ao menor sinal de angústia, tristeza ou qualquer desconforto psíquico. Chegamos a um contexto onde percebemos nossos problemas existenciais quase que exclusivamente como alterações químicas do cérebro e, com isso, frequentemente, buscamos solucioná-los com a ajuda da biotecnologia, contribuindo para uma acentuada artificialização da máquina humana.

O cuidado com a saúde parece não estar mais vinculado apenas a hospitais e outras instituições médicas, mas encontra-se difundido por todo o tecido social. Um exemplo claro disso pode ser visto na comercialização de medicamentos na internet sem a necessidade de receita médica. Bastam alguns cliques no mouse e um depósito bancário ou o número do cartão de crédito para que o cliente compre o que quiser. Não é preciso passar por médico, fazer exames ou apresentar uma receita. O produto é enviado pelo correio ou chega

por motoboy. Tudo está à disposição: antidepressivos, anabolizantes, ansiolíticos, drogas que só são vendidas nas farmácias com a retenção da receita médica.

Para vender esses produtos os laboratórios precisam promover de maneira intensa o discurso de risco e de promoção de saúde na sociedade, fazendo com que o modo de viver dos indivíduos fique estritamente regulado pelo discurso médico. O risco e a prevenção aparecem então como técnicas políticas presentes no cenário atual. Junto a isso, podemos observar a produção do discurso da saúde se proliferando com mais frequência na mídia, invadindo grande parte do cotidiano. A partir dessa privatização da saúde, cada vez mais as noções de prevenção e promoção são exaltadas em favor do consumo de medicamentos como uma forma de cuidado autônomo do corpo e da saúde. Observamos, com isso, o discurso da saúde se multiplicar e virar mais um disputado bem de consumo.

Para potencializar esse mercado lucrativo, Nascimento (2003) aponta que a mídia cria a necessidade de compensar ou minimizar consequências que possam vir a ocorrer devido a práticas e hábitos de vida reconhecidos como prejudiciais à saúde: emagrecedores para quem come demais, vitaminas para quem fuma, tranquilizantes para quem leva uma vida cheia de estresse, etc. O uso de psicofármacos seria uma das respostas a esse mal-estar generalizado, pois funcionaria como uma espécie de compensação química às agressões impostas pelo estilo de vida contemporâneo. Dessa maneira, partindo de um modelo médico que utiliza a prevenção como justificativa, a psiquiatria e seus saberes derivados chegam, nos dias de hoje, ao ápice de um encarceramento do indivíduo, com a premissa de que todo sadio é um doente em potencial, portanto, merecedor de alguma intervenção médica.

A medicalização se estende assim para novos setores da vida. Uma das estratégias das indústrias farmacêuticas para ampliar mercados é converter determinadas dificuldades em problemas de saúde e transformar determinados desejos em necessidades médicas, contando para isso com a ajuda fundamental da mídia. Não são raras as reportagens produzidas com ares de informação científica, compostas por testemunhos de pacientes, entrevistas com psiquiatras, modelos de explicação biológica e eficácia dos psicofármacos.

Consome-se, portanto, produtos que representam a chance da felicidade, do bem-estar e porque não dizer do corpo perfeito. Somos frequentemente intimados a realizar performances elaboradas para atender às demandas da atualidade, tornando o próprio corpo um objeto a ser comprado, mensurado, recortado e esculpido. O corpo se torna mercadoria neste nosso horizonte histórico onde a saúde é apreendida como mera extensão do mercado.

Nesta lógica de mercado, Castro (1998) afirma que a cultura de consumo não só promoveu uma vertiginosa expansão e diversificação de mercadorias e bens, como também instaurou uma nova compreensão a respeito do “mundo das coisas” que passaram ao status de veiculadoras de algum tipo de informação a respeito daqueles sujeitos que as consomem. De meros objetos, as coisas tornam-se porta-vozes dos gostos, dos interesses e dos valores subjetivos, de modo que se estabelece uma economia de bens simbólicos onde a demanda, a oferta, a monopolização e a distribuição destes bens simbólicos determina estilos de vida e a posição estrutural dos sujeitos e dos grupos nas relações sociais. Dessa maneira, a imagem é uma poderosa mercadoria adquirida por meio do consumo de um sistema de signos embutidos nos produtos e serviços à disposição no mercado.

Nossa atualidade, caracterizada pela exaltação da tecnologia e pelo consumo desmedido, parece incidir sobre os corpos, uma tentativa de controle e conhecimento absoluto de quase todos os limites biológicos. O corpo deve, dessa maneira, estar apto e saudável para responder às urgências da atualidade. Tenta-se, então, submetê-lo aos novos parâmetros do tempo real, da instantaneidade, de forma a capacitar o indivíduo a permanecer no instante, a habitar o tempo veloz, possibilitando performances cada vez melhores. Tentar aparelhar o corpo para torná-lo capaz de operar na era da velocidade performática, representa o movimento de busca por um excesso que extrapola as leis ordinárias da natureza.

A tecnologia permite ao corpo ser espetáculo. Ser palco de todas as encenações, de nossas infinitas tentativas de controle sobre a vida e a morte e de nossa expectativa de superação dos limites. O corpo atravessado pelas tecnologias pode ser o que quiser. Pode e precisa ser forte, resistente, esbelto, belo, quem sabe perfeito. O indivíduo abraça com isso a responsabilidade de transformar seu corpo em um corpo espetacular. Ter um corpo espetacular parece ser, portanto, a maneira de experimentar a vida de modo saudável bem como viver a mesma de modo eficiente.

CORPO, SAÚDE E A BUSCA PELA TÃO SONHADA FELICIDADE

Mergulhado nessa desmesura tecnológica, diante da dor e dos problemas que o afligem, o homem busca soluções, e são várias as tentativas de saída que ora a ciência, ora, a religião oferecem. Tudo o que propõe soluções rápidas e sem maiores implicações do sujeito seduz e provoca a adesão. Como diz PieraAulagnier, “a idealização parece mais acessível que a sublimação, e transferir para os ombros dos outros a responsabilidade do desejo é mais fácil

que ser o único responsável pela escolha; a ilusão sempre parece mais humana que a verdade.” (1979, p. 21).

A eterna busca da imortalidade transformo corpo em uma encenação de obra de arte. O discurso da saúde, da medicina, do erotismo, tampona o real que apavora: o mal-estar e a finitude.

A distância entre o modelo da revista e o reflexo no espelho também contribui para a dificuldade de integração. Não se trata apenas de conciliar senso de realidade e aspirações narcisistas. O que propõem as fotografias são corpos imaginários, abstratos e inatingíveis e, por assim dizer, eternos. *Não são submetidos à dor, nem ao envelhecimento, ainda menos à morte.* (AUGRAS, 1996, p. 44-45, grifo nosso).

Sendo uma anamorfose, o envelhecer é rechaçado e parece não estar mais incluído como fase natural da vida, devendo ser prevenido e combatido em seus diversos aspectos. A ele estão agregadas novas condições físicas, familiares, ocupacionais, sociais. Se à juventude está associada à energia, vitalidade e independência, tudo isso parece se perder quando do advento da velhice. Como bem assinala Almeida (2005, p. 153-154):

Os sinais de envelhecimento funcionam como acusações que nos introduzem em uma categoria social mal vista e indesejável: são signos de decrepitude e de exclusão. Ao ingressarmos na velhice, nós nos mortificamos e somos mortificados. Ela nos transforma em anamorfozes dos seres “normais”, em seres com identidades degradadas e, por isso mesmo, socialmente estigmatizados, descreditados.

Como os sinais do envelhecimento mais visíveis se dão na aparência física eles denunciam que aquele indivíduo adentrou a categoria de idoso, o qual passa a ocupar o lugar do não consumir mais determinados produtos, de muitas vezes não ser mais independente e nem ativo, de não ter mais a beleza e a vitalidade da juventude,

contrapondo-se ao que a sociedade de consumo preconiza como ideais de ser e parecer.

Em uma sociedade onde o corpo assumiu lugar de onde são construídas e onde estão pautadas identidades, as quais se inter-cambiam fácil e rapidamente, muitas das informações transmitidas por um indivíduo a respeito dele mesmo estão no corpo. Algumas características do envelhecimento podem levá-lo da condição de alguém “comum” a alguém “estragado e diminuído”, o que gera para muitos a “necessidade” de esconder os sinais do tempo que se revelam na superfície da pele. (GOFMANN, 1988).

O corpo como obra de arte é o corpo teatralizado, palco onde as palavras são encenadas. Tal qual nas cidades povoadas pelos murais e outdoors, uma nova forma de escritura se estabelece. Assim, algumas vezes, exhibe-se o bíceps, a panturrilha ou a rígida musculatura do abdômen como ícones da perfeição pretensamente atingida. A escultura perfeita, a obra de arte a ser admirada. E a arte, como nos lembra André Malraux (1958), é a única coisa que resiste à morte. Tem-se, assim, um retrato do sujeito colado ao produto, adotando a identidade do produto que consome – um sujeito sem graça, sem história, sem substância, um sujeito com cara de Coca-Cola light, comida diet, entregue ao dinheiro e regido por ele, referido somente ao êxito, sem espaço para os fracassos. Poderíamos acrescentar aqui, um sujeito que é só imagem, destituído de toda a sua dimensão de interioridade. Baudrillard (1990) sugere um sujeito desvitalizado, sem referências, onde reina o efeito sem causa. O sujeitocuja ambição é receber o reconhecimento social e ter lugar de visibilidade na cena social. Nesse contexto, a tendência é compreender o mundo como superficial, um cenário onde tudo é imagem e é a perda do sentido das imagens que constitui nossa identidade. Assim, o culto exagerado à imagem, alimentado pelo

consumo e pela mídia, levou a uma estetização da vida cotidiana, como aponta Featherstone (1997, p. 69).

Segundo Maffesoli (1998), a sustentação das “identificações temporárias de afeto” baseia-se na posse de determinados objetos que se articulam na composição da imagem do homem sobre si mesmo. Desta forma, como expõe Castro (1998), apoiando-se em Simmel, os sentimentos de identidade e de pertencimento social apoiam-se, cada vez mais, na materialidade dos objetos externos e o subjetivo fica cada vez mais remetido ao objetivo. Featherstone (1997) nos diz que a cultura da materialidade intensifica as sensibilidades estéticas, tornando o sentimento de posse de uma interioridade cada vez mais frágil, colando a identidade na imagem que se constrói para si, incluindo aí a imagem corpórea. De acordo com Garcia & Coutinho (1999), na cultura da imagem impera a fluidez de identificações imaginárias e a busca por uma completude ilusória através de objetos de consumo tomados como fetiches.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário apresentado, evidencia-se o fato de que passamos a medicalizar não mais a doença, mas os fenômenos inerentes à vida por uma não aceitação da mesma enquanto um processo natural de contínua mudança. A vida deixa de ser uma sucessão de diferentes modos de experimentar a saúde e se converte em uma sequência de substâncias quimicamente testadas, que prometem o alívio e a solução para todo e qualquer problema. Em um cenário em que a medicina se tornou mais presente e importante no cotidiano dos cidadãos, os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica assinalaram uma revolução nas atividades de saúde pública e no exercício da medicina, alcançaram o papel central na terapêutica contemporânea e, simbolicamente, estão

ultrapassando as fronteiras do que se entende como mero recurso terapêutico.

O corpo na atualidade, portanto, pode ser catalogado, diagnosticado, pesquisado e, sobretudo, medicalizado. Os avanços científicos incidem sobre o corpo e aparecem como imperativos para se obter a tão propagada qualidade de vida. A tecnologia contribui na redefinição do corpo e seus limites. Temos então um corpo que pode ser aperfeiçoado e modulado de acordo com as demandas da atualidade.

Assim, vimos também que cada corpo é historicamente construído conforme os sonhos e receios de sua época e cultura. Quanto mais o conhecemos mais descobrimos que a tarefa de o dominar completamente é impossível. O corpo é então, diariamente, descoberto por nós, com o auxílio das ciências e das técnicas, sendo, ao mesmo tempo, jamais revelado. Conhecer o corpo é, portanto, uma tarefa sem fim. Seu controle é sempre incompleto, provisório e sem garantias. Tal como o curso da vida, o funcionamento do corpo é constantemente palmilhado por novos riscos e tentativas de domínio. A ambição de dominar o corpo e mantê-lo sob controle, evitando, por exemplo, que ele adoença e envelheça facilmente, vem sendo incessantemente alimentada pela tecnologia e seus variados recursos.

Deslizando no mundo do instantâneo, das próteses, do virtual, do consumo, da compulsão, da medicalização, a construção desse corpo faz com que o indivíduo contemporâneo se depare com a aparente impossibilidade de escolher de forma autêntica o seu modo de viver. E desta maneira, esse mesmo homem se convence de que seu próprio corpo, limitado e finito, não é capaz de lidar com os altos e baixos da sua própria vida, necessitando, de forma imperativa e urgente, do suporte de algum aparato técnico a ser consumido, a qualquer momento do dia ou da vida.

Dessa forma, ao pensar o corpo a partir da tecnologia estamos assentados em sua anatomia e performance, em sua dimensão biológica, bem como na possibilidade de manipulação concreta das condições da existência. Mais do que conhecer o corpo, o que se mostra na contemporaneidade é a real possibilidade de previsão, controle e criação. Cria-se corpo. Cria-se vida.

Tendemos, com isso, a querer encontrar as respostas mais seguras para nossas inquietações existenciais neste mundo, aparentemente dominado pelo império da razão instrumental e pelo monoteísmo do mercado, onde o indivíduo livre e soberano, segundo Slater (2002), parece corresponder aos apelos apresentados pelo campo sociocultural, como esculpir seus corpos, consumir, gozar ou ser feliz com ajuda farmacológica. Fugimos da angústia, da condição de vulneráveis e pegamos carona em outros ideais, que na contemporaneidade poderiam ser vistos como fugas à mídia, aos psicofármacos, aos livros de autoajuda, às drogas ou à realidade virtual. A vida nos impõe, de acordo com Dantas (2014), frequentes circunstâncias desencadeadoras de frustrações, desencantos e sofrimentos, contudo, a medicação cria a ilusão de que podemos nos tornar imunes ao sofrimento, às escolhas e riscos de viver.

E, em nossa sociedade dominada por uma visão técnico-científica do mundo, acabamos por legitimar esse discurso técnico-científico, encontrando nele subsídios que apresentam modos de ser e estar adequados ao nosso convívio social. De modo passivo e voluntário colaboramos com nossa própria vigilância e, nas buscas realizadas na internet e postagens em redes sociais, contribuímos com a coleta de nossos próprios dados, facilitando a produção de instrumentos que irão intervir em nossas formas de vida individual e coletiva. Estudar as diferentes formas pelas quais as questões que envolvem corpo e a sua medicalização, se constituem na ordem

social e, igualmente, se articulam historicamente ao imaginário, por meio de práticas culturais determinadas, torna-se, portanto, uma indagação fundamental. O consumo interfere diretamente na construção das identidades e na constituição de subjetividades. Os imperativos atuais afirmam que é preciso conquistar, empreender-se no projeto de sua identidade, que ao contrário de outros momentos histórico onde se exigia a estabilidade, deve estar sempre em construção e se reformulação. Como analisa Lima (2010, p. 205), sofre-se a exigência de metamorfoses constantes, que na verdade nada mais são que modulações da mesmice.

O consumo se pauta na efemeridade, e esta é verificada não apenas no tocante aos produtos e serviços, mas também no que tange às relações interpessoais ou aos vínculos trabalhistas, por exemplo. Verifica-se um crescente encurtamento da validade dos produtos, ao mesmo momento em que laços afetivos tornam-se efêmeros.

O consumidor atual não compra mais apenas aquilo de que precisa, mas produtos que supostamente, segundo a mídia, têm o poder de lhe agregar qualidades que deseja possuir. Ele compra também expectativas, aquilo que ele deseja. Ocorre, porém, que seus desejos são orientados pelo mercado, por aquilo que o mercado pode oferecer. Vive-se a era das marcas e da suposta diferenciação a partir do consumo. Neste escopo, os indivíduos são qualificados por seu poder de compra ou pelo que venha a parecer ser o seu poder de compra, já que hoje a dimensão do parecer ganha mais destaque do que a do ser ou mesmo a do ter. Os produtos, voltados para diferentes tipos de público, são diversificados e supostamente personalizados, de modo a fazer com que cada um se sinta único, diferenciado.

O que une os consumidores, é a lógica do consumir, permeada por diversos imperativos como “must have”, compre agora etc. O que esta lógica oculta, entretanto, é que em meio à diversidade oferecida,

e que é vista por muitos como positiva, todos são colocados sob a égide do consumo. O consumidor deve ser ativo, estar sempre em movimento e atento às novidades. Não é a simples compra e venda, o sujeito na contemporaneidade “deve ser consumidor de produtos indeterminados” (LIMA, 2010, p. 196) e deve sempre estar em busca de algo, de se manter em uma permanente insatisfação.

O consumo interfere diretamente na construção das identidades e na constituição de subjetividades. Os imperativos atuais afirmam que é preciso conquistar, empreender-se no projeto de sua identidade, que ao contrário de outros momentos histórico onde se exigia a estabilidade, deve estar sempre em construção e se reformulação. Como analisa Lima (2010, p. 205), sofre-se a exigência de metamorfoses constantes, que na verdade nada mais são que modulações da mesmice.

O consumo se pauta na efemeridade, e esta é verificada não apenas no tocante aos produtos e serviços, mas também no que tange às relações interpessoais ou aos vínculos trabalhistas, por exemplo. Verifica-se um crescente encurtamento da validade dos produtos, ao mesmo momento em que laços afetivos tornam-se efêmeros. Fala-se até em um obsoletismo das próprias pessoas, que na sociedade contemporâneas figuram também como mercadorias a serem vendidas. Contra esse obsoletismo, busca-se o controle das marcas do tempo, seja através de dietas que prolonguem os anos de vida, seja através de cirurgias estéticas, tratamentos, uso de cosméticos⁴ ou qualquer outra fórmula que garanta a manutenção da forma e jovialidade.

4 Sant’Anna (2005, p. 122/123) nos traz que, entre 1900 e 1930, raramente se utilizava o termo cosmético, sendo o termo “remédio” o que era empregado. Nesse contexto, a falta de beleza era tida como doença, a ser curada com diferentes tipos de remédios. O saber acerca do que era adequado para curar cada “doença” cabia ao médico, e era ele quem indicava os remédios para os mais diversos males da aparência. Muitas vezes, os produtos eram polivalentes, e por isso eram eficazes na cura dos mais diversos “defeitos”, fossem eles manchas, rugas, feridas, cicatrizes, dentre muitos outros. Além disso, uma rígida moral católica, presente

REFERÊNCIAS

AULAGNIER, P. (1979) – **Les destins du plaisir**. França: Presses Universitaires de France.

BACKZO, B. (1985). **Imaginação Social In Enciclopédia Einaudi, V.5.** Anthropos – Homem. Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

BAUDRILLARD, J. (1980). **A Sociedade de Consumo**. Lisboa: Edições 70.

BEZERRA, B. Jr. & ORTEGA, F. (2006). **O Sujeito Cerebral**. Mente & Cérebro, p. 16-17.

CASTRO, A.L. (1998). **Culto ao Corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura do consumo**. São Paulo: Editora Anna Blume.

CERTEAU, M. (1995) **A cultura no plural**. São Paulo, Ed. Papirus.

DANTAS, J. B. (2014) **Tecnificação da Vida: uma discussão sobre a medicalização na sociedade contemporânea**. Paraná, Editora CRV.

DELEUZE, G. (1992). **Post-scriptum sobre as sociedades de controle**. In: Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34.

DUNLEY, G. (2005). **A festa tecnológica: o trágico e a crítica da cultura informacional**. São Paulo: Editora Escuta/Rio de Janeiro: Fiocruz.

EHRENBERG, A. (2009). **O sujeito cerebral**. Psicologia Clínica vol.21 n.1 Rio de Janeiro.

Featherstone, M. (1995) **Cultura de consumo e pós-modernismo**. São Paulo. Ed. Estúdio Nobel.

FERREIRA DE LIMA, A.; DE ANDRADE BATISTA, K.; LARA JUNIOR, N. **A ideologia do corpo feminino perfeito: questões com o real**. Revista Psicologia em Estudo, vol. 18, n.1, 2013, pp. 49-59.

nas revistas femininas da época, pregava que o prazer do embelezamento era concernente às atrizes e às mulheres libertinas. A beleza era considerada um dom, que podia ser dado (ou não) a alguém por Deus (SANT'ANNA, 2005).

GARCIA, C, & COUTINHO, L.G. (1999) **Tribos, consumo e desamparo. Uma analogia contemporânea.** (cópiamimeo).

LE BRETON, D. (2006). **A Sociologia do Corpo.**Petrópolis: Vozes.

LIMA, R. C. (2005). **Somos todos Desatentos?** O TDAH e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: RelumeDumará.

LIPOVETSKY, G. (2004). **Os tempos hipermodernos.** São Paulo: Editora Barcarolla.

MAFFESOLI, M. (1998) **Tempo das tribos:** o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro. Ed. Forense Universitária.

MALRAUX, A. (1958) **A Condição Humana.** Lisboa: Edição Livros do Brasil, 2001.

MARCUSE, H. (1973). **A ideologia da sociedade industrial.** Rio de Janeiro: Zahar.

NASCIMENTO, M. C. (2003). **Medicamentos:** ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira & Lent.

RODRIGUES, J.C. (1986) **O tabu do corpo.** Rio de Janeiro. Ed. Dois Pontos.

SIBILIA, P. (2002). **O homem pós-orgânico:** corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

SLATER, D. (2002). **Cultura do Consumo e Modernidade.** São Paulo: Nobel.

FERREIRA DE LIMA, A; DE ANDRADE BATISTA, K; LARA JUNIOR, N. **A ideologia do corpo feminino perfeito:** questões com o real Psicologia em Estudo, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 49-59

PSICOLOGIA E PROGRAMAS INTERDISCIPLINARES EM TRATAMENTOS DE DOR

Almir Vieira Dibai Filho
Cristiano Teixeira Mostarda
Flávio de Oliveira Pires
Jadir Machado Lessa

1 INTRODUÇÃO

Após o crescimento da aceitação de perspectivas biopsicossociais para tratamento de dores crônicas, programas de tratamento multi e interdisciplinar começaram a surgir e, conseqüentemente, a se pesquisar qual o método mais eficiente para o tratamento dessas dores. Esses programas se referem a uma combinação de tratamentos em contraste com um único tratamento operante ou comportamental. Segundo Gatchel (1999) esses programas envolvem várias pesquisas sobre métodos cognitivos-comportamentais associados às outras profissões da saúde.

O termo “Clínica Multidisciplinar para tratamento de dores” se refere a várias disciplinas que são utilizadas para avaliação e tratamento. No entanto, tal termo mostra que, nem sempre, existe uma relação de reciprocidade entre essas disciplinas, ou seja, nem sempre o mesmo diagnóstico, como consequência os mesmos objetivos de tratamento, não são compartilhados entre os membros dessa equipe, como, por exemplo, quando o médico clínico não está ciente dos diagnósticos psicológicos e comportamentais feitos pelo psicólogo ou outros profissionais da saúde (GATCHEL, 1999).

Já o termo “Clínica Interdisciplinar para tratamento de dores” significa que todas as especialidades compartilham os mesmos diagnósticos e objetivos de tratamento, havendo, portanto, o máximo de clareza e de velocidade de comunicação entre os membros dessa equipe, fazendo com que cada membro contribua com seus conhecimentos e habilidades especializadas para a busca de um objetivo comum, um diagnóstico correto e uma estratégia de terapia eficaz. Portanto, a reclamação é de que a dor não é puramente o resultado de uma lesão em uma parte do corpo, mas também, de fatores de ordem cognitiva, afetiva e do meio ambiente (GATCHEL, 1999). Segundo esse mesmo autor, o objetivo maior da terapia é melhorar o desempenho físico do paciente e a capacidade de adaptação e de mudanças na qualidade de vida, nos fatores estressores do ambiente que o paciente vive e nas variáveis psicossociais como humor e autoestima. Alguns critérios objetivos para evidenciar essa melhora são: retorno ao serviço, decréscimo na utilização de medicamentos, diminuição do número de visitas médicas, diminuição de litígios trabalhistas pelos sistemas de saúde e diminuição das queixas de dores e de incapacidades.

2 PROGRAMAS INTERDISCIPLINARES

O sucesso do tratamento interdisciplinar para dores crônicas é bem discutido pela literatura, conforme mostram várias investigações (BENDIX; BENDIX,1994; BENDIX et al.,1996; HAZARD et al.,1989; HILDEBRANT, PFINGSTEN, SAUR e JANSEN, 1997; Mayeret al., 1985; GATCHEL, et al.,1999; MAYER et al.,1987). As propostas multidisciplinares que combinam discussões em grupo, terapia familiar, biofeedback e relaxamento têm sido usadas para redução da dor (MELZACK, WALL, 1982). O Biofeedback e relaxamento tem se mostrado efetivos para aliviar as tensões da dor de cabeça

e a combinação destes procedimentos promoveram a redução na duração e na frequência das dores de cabeça (PINKERTON; HUGHES; WEINRICH, 1982).

3. RESTAURAÇÃO FUNCIONAL

O termo “Restauração Funcional”, primeiramente denominado por Mayer e Gatchel (1988) se refere não somente a um tratamento metodológico básico para pacientes com problemas musculoesqueléticos crônicos, mas também, a uma conceituação maior dos problemas gerados pela dor, seu diagnóstico, a administração e a quantificação funcional. Entrevistas estruturadas, formas de medidas para quantificação dos relatos das queixas, e avaliações físicas estão se somando para compor uma nova dimensão de diagnósticos. Tal programa de características bem próximas com a medicina baseia-se no desenvolvimento de programas de tratamento com ênfase em variações de intensidade e duração, apontadas, principalmente, na restauração da capacidade funcional física e desempenho social.

3.1 Avaliação de Programas de Restauração Funcional

No estudo de Mayer et al., (1987), os pacientes foram submetidos a um programa de tratamento interdisciplinar denominado de “Restauração Funcional” e seguidos durante dois anos depois do programa completo. Os resultados demonstraram mudanças significantes das medidas socioeconômicas: quase 90% do grupo de tratamento estavam trabalhando ativamente em comparação com 41% do grupo controle que não tiveram este tipo de tratamento; o dobro de indivíduos do grupo controle solicitaram uma cirurgia adicional na coluna e tiveram litígio compensatório trabalhistas indecisos (não apresentavam certeza em relação de decisão de litígio)

em relação ao grupo de tratamento. O grupo controle apresentou cinco vezes mais visitas médicas e altas taxas de reincidência da lesão em relação ao grupo de restauração funcional.

Houve, também, aumentos significantes das medidas de auto relatos e de funções físicas como força e limites de movimentos, portanto, estes achados mostram significantes impactos que um programa interdisciplinar que visa a restauração funcional pode acarretar nas medidas dos resultados de auto relatos, funções físicas e resultados socioeconômicos. Esse programa interdisciplinar, original da Restauração Funcional, foi independentemente reaplicado por Hazard et al., (1989) nos Estados Unidos, por Bendix e Bendix(1994) e Bendix et al.,(1996) na Dinamarca, por Hildebrant et al., (1997) na Alemanha e por Corey, Koepfler, Etlina Day (1996) no Canadá. O fato é que diferentes equipes de tratamentos clínicos que funcionam em diferentes estados (Texas e Vermont) ou em diferentes países quanto às condições socioeconômicas e sistemas de compensação trabalhista, produziram resultados variados, dificultando, portanto, a comprovação da eficácia e da fidelidade dos resultados obtidos, após o tratamento interdisciplinar (GATCHEL; TURK, 1999).

Existem vários programas de interdisciplinaridade para tratamento de dores crônicas e estes vão variar do programa de Restauração Funcional, principalmente, em termos quanto ao decréscimo na ênfase direta da quantificação da função trabalhada (força, flexibilidade, resistência física e cardiovascular) que são parâmetros utilizados na medicina esportiva (TURK; GATCHEL, 1999).

As opiniões acerca da eficácia deste tipo de tratamento variam pelos estudos de Alaranta et al., (1994) nos EUA e Estlander et al.,(1991) na Escandinávia. Embora os dois estudos fossem capazes de tratar pacientes com limitações físicas com sucesso, seus estudos não foram semelhantes em relação ao número de pessoas que vol-

taram ao serviço (nos EUA houve um maior número de pessoas que retornaram ao trabalho), porém, Linton e Brandley (1996) atribuem esse fenômeno às diferenças psicossociais e de trabalho entre EUA e Escandinávia.

Alguns autores argumentam que os fatores psicossociais têm mais importância no sucesso do tratamento do que outras variáveis, Atkinson et al., (1991); Hazard et al., (1994). Härkäppä et al., (1991) concluíram que pacientes mais preparados emocionalmente suportam melhor a terapia obtendo melhores benefícios. Spinhoven et al., (1989) afirmaram que pacientes capazes de controlar a dor durante o processo de reabilitação, também apresentaram melhores resultados quanto aos indicadores de redução da dor após um período prolongado da reabilitação realizada, logo, um melhor controle da dor durante a terapia resulta em uma significativa redução dessa dor por um período de tempo maior.

4. EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Segundo Gatchel e Turk (1999) a integração das variadas áreas da saúde para o tratamento da dor têm sido um dos maiores avanços referentes à dor crônica nos pacientes. A Equipe Interdisciplinar é formada por várias profissões que devem ter uma comunicação e um comum entendimento dos vários alvos visados entre as especialidades envolvidas no programa de avaliação e tratamento aos pacientes com dor crônica para evitar conflitos entre os tratamentos, evitar informações não coerentes entre os profissionais e, com isto, permitir um melhor fluxo no processo de reabilitação frente a uma determinada doença, lesão ou dor. Um dos exemplos de conflitos e falhas na comunicação que leva falha consequentemente no progresso da recuperação, é do paciente pedir ao médico para aumentar a dosagem de medicamentos,

justificando que mais tarde irá fazer fisioterapia e que a mesma lhe traz incômodo (dor) como, por exemplo, na realização de alongamentos ou terapias manuais.

Com isso, pode haver mascaramento da dor devido aos medicamentos utilizados, resultando em falhas na terapia utilizada pelo fisioterapeuta. A inibição da dor causada pela droga administrada pelo médico pode dificultar o *feedback* do indivíduo ao fisioterapeuta que esteja no momento realizando a terapia e, com isso, a conduta terapêutica pode levar um aumento exagerado na carga, na intensidade e na frequência dos exercícios solicitados ou então, pode levá-lo a sonolência e ao desânimo durante às sessões de fisioterapia, prejudicando, portanto, o prognóstico da reabilitação.

Esse mascaramento das reais condições físicas dos pacientes diante dos vários medicamentos pode levar a falha no objetivo da diminuição da dosagem medicamentosa e esse fator é, segundo Gatchel e Turk (1999), um dos critérios importantes para determinar se haverá sucesso no Programa de Tratamento Interdisciplinar e, por isso, deve haver nesse programa: (1) entendimento e aceitação da filosofia de tratamento onde todos os membros da equipe interdisciplinar devem ter um comum entendimento sobre as principais metas do tratamento. Além disso, os profissionais devem ter o mínimo de conhecimento sobre as demais especialidades envolvidas na terapia e aceitarem a filosofia de tratamento baseada nos objetivos principais do tratamento para que não ocorram falhas na comunicação e entendimentos dos processos almejados, (2) monitoração sistemática dos resultados do tratamento para maximizar a garantia de qualidade do serviço prestado onde todos os resultados sobre avaliação das condições físicas, psicológicas e sociais do paciente devem ser registrados diariamente, bem como, de cada visita de um determinado profissional para permitir melhor controle, comparação

e documentação dos resultados obtidos posteriormente, (3) encontros regulares para maximizar a comunicação frequente de todos os membros da equipe e o reforço mútuo dos vários alvos relativos a cada paciente, onde todos os profissionais envolvidos na terapia devem ter encontros diários ou sempre que houver necessidade no decorrer do dia com intuito de promover o entendimento, evitar falhas de condutas terapêuticas e solucionar possíveis dúvidas relativas às variadas avaliações, (4) comunicação e reforço mútuo com os pacientes sobre o papel de cada membro da equipe e suas funções, onde cada membro de uma equipe deve ter sua conduta terapêutica compreendida pelo paciente, facilitando a melhor aceitação do profissional e do tratamento propiciado. Por isso, se faz necessária uma explicação com a finalidade de promover uma melhor adesão do paciente ao tratamento.

4.1 Funções de cada profissional no Programa Interdisciplinar

- a) As funções dos médicos na reabilitação interdisciplinar num programa de Reabilitação Interdisciplinar são: diagnosticar as patologias, manusear os processos anatômicos, patológicos e fisiológicos que são relacionados à dor. Ademais, o médico pode sintetizar, interpretar e traduzir os pontos de vista dos vários resultados e consultas médicas anteriores e pelas mudanças nos sintomas que ocorrem durante o curso do programa. Geralmente, num programa de tratamento interdisciplinar, o médico é o diretor do tratamento porque ele deve ter o mínimo de conhecimento em psiquiatria, ortopedia, neurologia, fisioterapia, medicina ocupacional e medicina interna (GATCHEL, 1999).
- b) As funções das enfermeiras na reabilitação interdisciplinar são: obter relatos dos pacientes, assistir e monitorar os medicamentos, evoluir sobre os estilos de vida que podem afetar a dor do paciente

(assuntos desagradáveis, cigarro e problemas relacionados com a dieta), instruir os pacientes sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, evitar a interação medicamentosa, instruir sobre o uso do marcador da quantidade de doses de medicamentos, orientar e discutir os estilos de vida do paciente como: dieta, peso, pressão sanguínea, fumo, álcool, sexo e sono(GATCHEL, 1999).

- c) As funções dos psicólogos na reabilitação interdisciplinar são: identificar síndromes clínicas como desordens depressivas, ansiedade, abuso de substâncias, desordens da somatoforma da dor, compreender as barreiras ao tratamento, avaliar características de funcionamento psicossocial, de personalidade, estado mental, recursos sociais, estado motivacional, crenças e atitudes, avaliação dos recursos de “coping”. Tem também como objetivo, aumentar a participação do paciente no programa de tratamento interdisciplinar, perceber o papel do estresse na percepção e exacerbação da dor através de tratamentos psicológicos por meio de técnicas cognitivas e de “coping” como: relaxamento, distração, imaginação, métodos de reestruturação cognitiva, interação com a família e com amigos na finalidade de controlar a dor(GATCHEL, 1999).
- d) As funções dos fisioterapeutas na reabilitação interdisciplinar são: reduzir a dor, controlar a inflamação, proteger o tecido lesado, corrigir anormalidades posturais, corrigir limitações de movimento, diminuir a perda de sensibilidade, prevenir a perda de flexibilidade, força e resistência para evitar a Síndrome do Descondicionamento Físico, muito comum em pacientes com dores crônicas(GATCHEL, 1999).
- e) As funções dos terapeutas ocupacionais na reabilitação interdisciplinar é a de conduzir as avaliações do pré e pós-tratamento

com o foco no rendimento em atividades da vida diária, trabalho e lazer (GATCHEL, 1999).

- f) As funções da medicina alternativa na reabilitação interdisciplinar, também chamada de medicina complementar ou medicina integrativa, pode incluir vários tipos de terapias alternativas, como, por exemplo: acupuntura, quiropraxia, shiatsu e várias outras técnicas de tratamento baseadas na relação corpo-mente e energia que têm como papel a redução da dor antes ou depois de determinadas cirurgias, tratamento de náuseas e vômitos causados pela quimioterapia e ainda a redução do uso de analgésicos. A medicina chinesa considerava a saúde humana como resultado de forças da natureza em conflito, denominado YIN e YANG e quando essas forças perdiam a harmonia, surgia a doença. A energia vascular e neurológica fluía pelos meridianos e esses meridianos parecem obedecer a um ritmo circadiano e cada um desses estava diretamente associado a um sistema orgânico (GATCHEL, 1999; STEINER, 1983; CAILLIET, 1999; WINFREE, 1987).
- g) As funções do suporte social na reabilitação interdisciplinar têm sido definidas como uma variável que apresenta um papel significativo tanto na etiologia, quanto na recuperação de lesões atléticas. O suporte social é conceituado como uma troca de confidências entre, no mínimo, dois indivíduos percebidos, geralmente, sendo um o provedor o outro o paciente, com intenções de melhora do bem estar do paciente. Logo, as incongruências ou a não concordância entre as necessidades dos pacientes e o que estava sendo avaliado pelos provedores podem ocorrer, porque há diferenças específicas de ideias dos provedores em relação aos pacientes de como ou quando o suporte social pode ser propiciado que, nesse sentido, podem trazer insatisfação quanto às necessidades do paciente (UDRY, 1996; SHUMKAER; BROWNELL'S, 1984)

O suporte social é considerado somente por indivíduos como: técnicos, colegas de equipe, amigos e parentes íntimos (UDRY, 1996) e os autores Ievleva e Orlick (1991) afirmam que o suporte social pode ser dividido em duas grandes categorias: suporte emocional e suporte instrumental. Heil (1993) e Taylor e Taylor (1997), ainda subdividiram essas duas categorias em seis diferentes tipos de suporte social: a) ouvindo, b) suporte emocional, c) mudança emocional, d) compartilhamento da realidade social, e) apreciação técnica e f) mudança técnica. Diante do exposto, Udry (1996) conceituou esses seis tipos de suporte:

- a) Ouvindo: envolve atividades como ouvir ativamente sem dar opiniões ou fazer julgamentos;
- b) Suporte emocional: se caracteriza por vontade de oferecer apoio a um indivíduo em alguma situação difícil, embora, o provedor não esteja concordando completamente com o que o paciente esteja fazendo;
- c) Mudança emocional: envolve em ajudar o paciente a interromper seus próprios pensamentos emocionais para superar obstáculos e cumprir seus objetivos;
- d) Compartilhamento da realidade social: é quando alguém com semelhantes prioridades e valores pode oferecer opiniões durante períodos de confusão e estresse, e pode verificar percepções sobre o contexto social;
- e) Apreciação técnica: é caracterizado pelo conhecimento quando o serviço de alta qualidade é realizado;
- f) Mudança técnica: envolve o provedor em continuar a promover, encorajar e estimular o paciente em fazer e realizar mais.

5. ALVOS DO PROGRAMA DE TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR:

Segundo Gatchel e Turk (1999) os principais alvos do programa de tratamento interdisciplinar são: (1) o retorno do paciente à produtividade, onde o retorno ao trabalho é um dos critérios da efetividade do tratamento interdisciplinar (BENDIX et al., 1997); (2) maximizar a funcionalidade e reduzir a dor que tem como objetivos melhoras das capacidades físicas, sociais, psicológicas, melhora da qualidade de vida e diminuição dos problemas socioeconômicos relacionados com as incapacidades crônicas, reduzindo, portanto, os relatos de queixas de dores (BENDIX et al., 1997); (3) ajudar o paciente a assumir a responsabilidade para a própria administração e progresso, motivando o paciente para o tratamento e facilitando com isso uma melhor aderência do paciente as terapias propiciadas (HILDEBRANT et al., 1997); (4) evitar o abuso e a dependência pelos medicamentos, álcool, cigarros e drogas ilícitas sendo um dos critérios básicos para a efetividade de um tratamento (BLOCK, 1999).

6. ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA REABILITAÇÃO OCUPACIONAL

Segundo Feuerstein e Zastowny (1996) na avaliação dos aspectos psicológicos na Reabilitação Ocupacional deve-se observar: (1) os sintomas de dor, onde os parâmetros de sintomas gerados pela dor devem incluir a intensidade, frequência da ocorrência da dor, período do dia em que a dor se torna mais evidente, tempo de duração da instalação dor, foco da dor e suas irradiações, movimentos que pioram a percepção da dor, parâmetros psicológicos como o estado emocional atual (estresse, ansiedade e raiva), personalidade e a presença de sinais de doenças psiquiátricas; (2) a convicção de doença que é de responsabilidade de todos os membros da equipe

informar ao paciente sobre o estado atual de sua doença e seus progressos, assim como, a elaboração de plano de metas. A falta dessas informações pode levar a falsas opiniões dos pacientes sobre o seu estado de saúde, de cunho negativo (o paciente supor que está pior do que seu estado físico) ou positivo (o paciente nega a realidade da doença e suas limitações, podendo se envolver em situações altamente lesivas e, com isso, podendo ter regressos e até mesmo recidivas, alterando seu estado emocional, ou ainda o paciente ao negar sua doença, evita ou não toma responsabilidade sobre o tratamento); (3) dor subjetiva, onde as diversas variáveis relacionadas à dor, a percepção subjetiva da intensidade da dor é a variável mais importante e comumente avaliada em pesquisas que envolvem avaliação clínica. Essa intensidade pode se referir àquela percebida na hora da avaliação (intensidade atual) ou à intensidade média experimentada nos últimos dias, semanas ou meses (intensidade média), sendo que esta última é a mais utilizada (GOULD III, 1993; JENSEN; McFARLAND, 1993).

7. IMPACTO DOS SINTOMAS DE DOR NA QUALIDADE DE VIDA

Refere-se ao fato de como os sintomas e as incapacidades geradas pela dor vão influenciar sobre a qualidade de vida (BENDIX, et al., 1997), onde são avaliadas: (1) a função que indica relações importantes do indivíduo quanto aos efeitos que possam ocorrer em virtude de uma determinada incapacidade ou perda de função; (2) a percepção de incapacidade que se refere a avaliação de como a incapacidade física temporária ou residual vai interferir sobre a funcionalidade do indivíduo (BENDIX et al., 1997); (3) a percepção da adaptação com a perda residual da função que visa informar como uma perda residual vai influenciar na capacidade de percepção de adaptação às novas condições físicas e funcionais

e (4) as atividades da vida diária que indica em como as perdas funcionais vão influenciar em atividades normais do dia-a-dia (BENDIX et al.,1997).

8. FATORES LIMITANTES DA FUNÇÃO

Os fatores limitantes da função são: (1) local de trabalho: a forma como o trabalhador se adapta às funções e qual o nível de demanda crítica do trabalho, devem ser analisados com a finalidade de se evitar o risco do aparecimento de novas lesões ou reincidência, (2) a expectativa de retorno ao trabalho que recomenda que, antes do retorno ao serviço, devem ser realizadas avaliações físicas e diagnósticos psicológicos com o objetivo de verificar a existência de sentimentos como medo, ansiedade e motivações quanto ao retorno ao serviço, pois, tais sentimentos podem desencadear níveis altos de estresse e influenciar sobre os processos na percepção de dor; (3) a demanda no serviço onde o retorno a uma atividade específica, necessita ser de forma lenta e gradual, até mesmo, devido à falta de condicionamento físico e funcional, por isso, não é aconselhado uma demanda total do serviço; (4) a análise ergonômica do local de serviço onde algumas incapacidades funcionais e físicas não permitem que o indivíduo retorne à atividade antes realizada, por isso, se faz necessário uma adaptação do lugar de trabalho, máquinas ou até mesmo mudança das funções que ele realizava antes da incapacidade e (5) o estresse relacionado ao tipo de trabalho, onde as situações avaliadas com níveis altos de estresse como, por exemplo, discordância entre os colegas de trabalho, cobrança dos supervisores e medo de situações avaliadas como perigosas pelo trabalhador podem levar à alteração quanto a etiologia e quanto a percepção dolorosa (GOULD III, 1993; FEUERSTEIN; ZASTOWNY 1996; FEUERSTEIN *et al.*, 1999).

9. OBJETIVOS FUTUROS DO TRABALHO

Visa o estabelecimento de metas em relação às funções almejadas e em relação às funções adquiridas após a reabilitação que são: (1) a família, que pode ter uma grande influência sobre a percepção de dor e suas incapacitações, logo, a observação do grau de suporte familiar, a situação estrutural familiar atual (conflitos ou estresses relacionados a um ou vários membros da família), a qualidade de vida da família e a relação das incapacidades com as necessidades financeiras da família (estado socioeconômico) e (2) as características psiquiátricas secundárias que visa observar as possíveis alterações emocionais relacionadas ao trabalho, tais como: ansiedade, depressão, abuso de substâncias, distúrbios de personalidade, crises psiquiátricas, características de somatoforma e perfil de personalidade (FEUERSTEI; ZASTOWNY, 1996; BLOCK, 1999; ROBINSON; RILEY III, 1999).

10. OBJETIVOS GERAIS DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA REABILITAÇÃO OCUPACIONAL

Segundo Feuerstein e Zastowny (1996) os objetivos gerais da intervenção psicológica na reabilitação ocupacional são: (1) o controle da dor e do foco do sintoma, que tem como objetivo distinguir a localização exata da dor e onde ela está se manifestando através de abordagens físicas e psicológicas que visam observar a presença de sintomas físicos aliados a sintomas emocionais e psiquiátricos que possam alterar a percepção da dor e a localização dos sintomas; (2) a avaliação de como o estado emocional e os distúrbios de comportamento (personalidade) podem alterar a percepção da dor; (3) a avaliação do medo da dor, da falha no tratamento e da recidiva da lesão que verifica como sintomas de

medo podem alterar o estado emocional do indivíduo e, com isso alterar, a percepção da dor; (4) o controle do estresse que, segundo Unruh (1996) pode limitar ou bloquear a utilização de técnicas psicológicas para o controle da dor, aumentando o risco de depressão; (5) o estresse entre casais, indivíduos portadores de dores crônicas que estão tendo insatisfação e conflitos ocorridos no casamento, apresentam fraca adaptação a dor e, portanto, manifestando o limiar de dor mais baixo, quando comparados com indivíduos com baixos níveis de estresse (ROBINSON; RILEY III, 1999).

Além destes objetivos, encontram-se também: (6) o estresse familiar, posto que, há influências extensas da família na etiologia, nos cuidados e no tratamento de doenças crônicas e, conseqüentemente, problemas decorridos de estresses familiares podem levar a perpetuação da doença; (7) o estresse gerado no serviço, seja por medo de perder o emprego devido às incapacidades residuais ou por medo de se lesar novamente ou, também, por conflitos com os colegas de trabalho e/ou supervisores, que pode acarretar uma série de danos como a própria percepção da dor e com uma probabilidade maior de recidivas e novas lesões; (8) a comunicação dos problemas é muito importante pois, através dessa comunicação, o psicólogo pode ensinar ao indivíduo novas formas de adaptação, sugerir mudanças quanto ao serviço realizado e ainda intervir com os colegas do indivíduo por meio do suporte social e (9) o controle de emoções, como as mais comumente observadas que são ansiedade, depressão e raiva que podem elevar o nível de estresse de um indivíduo, assim, necessitando desse controle (TAIT, 1999; JACOB, 1995; ROY, 1992; BENDIX et al., 1997; BECKER JÚNIOR, 2000).

11. RETORNO AO SERVIÇO

Para o retorno ao serviço são necessários: (1) a comunicação direta que visa à informação do indivíduo sobre seu estado atual, queixas, planos e metas de serviço que se tornam aliados importantes para evitar situações conflitantes entre os colegas e supervisores, o que auxilia o conhecimento mútuo da equipe sobre o estado físico e emocional do indivíduo que está retornando, como forma de suporte social; (2) a modificação do estilo de serviço como demanda de trabalho por via da análise ergonômica e de situações estressantes, que se faz necessária para evitar que, novamente, o serviço seja causa de dor ou lesões; (3) o apoio social, que é uma forma de recondicionamento e adaptação do estado físico e emocional do indivíduo, que deve ser feito entre os colegas de serviço, supervisores, familiares e amigos e (4) o uso das Estratégias de Coping, que se utiliza de variáveis psicológicas como personalidade, estado social e parâmetros biológicos para facilitar a interação entre o indivíduo e o agente estressor. Logo, essas variáveis podem influenciar como o indivíduo vai se adaptar com a dor e sua percepção, por isso, a utilização dessas estratégias pode interferir sobre parâmetros estressores e, com isso, também interferir sobre o estímulo nociceptor (FEUERSTEIN; ZASTOWNY 1996; GOULD III, 1993; UDRY, 1996; BOOTHY *et al.*, 1999).

12. PREVENÇÃO DE REINCIDÊNCIA

Os programas de prevenção variam bastante, mas, de modo geral, eles enfatizam o recondicionamento, a prevenção de sentimentos de medo e a fuga da realização de determinados movimentos (LINTON; BRADLEY, 1999).

13. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS

A gravidade de uma lesão, nem sempre, se reflete na intensidade da dor percebida. Segundo Guyton (1997) há uma série de fatores que podem moderar a relação entre nocicepção (ativação das fibras sensoriais periféricas) e a percepção da dor. Ao longo dos anos, a habilidade em controlar a dor tem crescido muito e se tornado uma sofisticada divisão do tratamento médico. Um dos aspectos do tratamento envolve o uso de métodos comportamentais e psicológicos para o controle da dor. Além disso, esses métodos são eficazes para a diminuição do uso de medicamentos, do número de visitas médicas dos pacientes que apresentam dor crônica e a melhora da performance física (BRENA; CHAPMAN,1983; GAURON; BOWERS, 1986).

Segundo Heil (1993) a capacidade que o atleta tem de resistir às lesões e de recuperar-se melhor quando elas aparecem, é um fator fundamental para a sua longa permanência e durabilidade no esporte e, também, para sua ótima execução e realização de gestos esportivos com um melhor potencial possível. Ainda, o autor afirma que a maioria dos atletas lesionados apresentam altos níveis de ansiedade, depressão, raiva, tensão, redução da autoestima e esses transtornos psicológicos podem levar a atrasos na recuperação física. Becker Junior (2000), citando os estudos de Ievleva e Orlick (1991), ao comparar atletas com lesões de grau II no joelho e tornozelo, verificou que uma parcela dos atletas apresentava uma cura mais rápida (menos de 5 dias) e outros manifestaram uma recuperação mais lenta (até 16 semanas). Desta forma, os autores discorrem que os atletas que apresentavam uma cura mais rápida utilizavam mais estratégias e habilidades psicológicas do aqueles que apresentavam uma recuperação mais lenta.

Há evidências na literatura médica que sugerem que um processo terapêutico que integra mente e corpo facilita o processo de cura. Pesquisas recentes demonstraram que uma extensa variedade das estratégias de adaptação, também denominadas de “Estratégias de Coping” atuando sobre dores crônicas são associadas com relatos de diferentes níveis de percepção de dores e estresse psicológico. Um grande número de resultados de pesquisas tem avaliado a eficácia dos tratamentos psicológicos para dores crônicas e resultados positivos foram mostrados através de comportamentos cognitivos, relaxamento e terapias por biofeedback. Devido ao forte e indiscutível componente mental da dor, estratégias cognitivas de Coping têm sido frequentemente citadas na literatura como técnicas eficazes na redução e controle da dor (BECKER JUNIOR, 1998; KEEFFE et al., 1990; FLOR, FRYIDRYCH; TURK, 1992; BRENA; CHAPMAN, 1983).

Spinhoven e Linssen (1991), após aplicar em um programa de técnicas psicológicas (relaxamento e imaginação) para controle de dores crônicas em cinquenta e três indivíduos durante dez semanas, observaram uma redução significativa da intensidade da dor, maior capacidade de controle de dor e, no período de 6 meses após um follow up, observaram redução dos níveis de depressão e dor. Técnicas de automotivação, também chamadas de motivação intrínseca, estão correlacionadas com uma maior percepção de controle de dor e técnicas de distração com menores intensidades de dor (KEEFE et al., 1997). Segundo Jensen e Karol (1991) as técnicas de ignorar a dor, a automotivação e o aumento de atividades correlacionam-se positivamente com a função psicológica; já técnicas relacionadas à distração, ignorar a dor e automotivação relacionam-se com o nível de atividade, porém, somente, em pacientes com intensidades menores de dor.

Fernandez e Turk (1989) realizaram uma meta-análise envolvendo a utilização de estratégias de “Coping”, onde foram analisados 61 estudos sobre a utilização destas técnicas que teve como conclusão que, em 85% dos estudos, houve redução da percepção da dor e/ou aumento da tolerância sobre ela. Sobre a eficácia das técnicas analisadas pelo estudo citado anteriormente, a categoria das técnicas que apresentaram melhores resultados foram a utilização de imagens neutras, seguida de imagens agradáveis, o foco externo de atenção, as atividades cognitivas rítmicas e o conhecimento da dor. Assim, constituindo-se a utilização destas técnicas, como um importante fator de influência sobre as variáveis (percepção e tolerância à dor), sua maior utilização pode ajudar no processo de reabilitação física e psicológica do atleta, bem como, em seu desempenho esportivo (MORREY, 1997; WIESE-BJORNSTAL et al., 1998).

Todavia, Haythornthwaite et al., (1998) não observaram qualquer correlação entre a intensidade da dor e a utilização de técnicas psicológicas para controle de dor e, segundo os autores, o mais importante em relação às técnicas psicológicas para o controle de dor, não seria a sua maior utilização, mas sim, a utilização de técnicas específicas em quantidade suficiente para permitir ao indivíduo controlar ou reduzir a dor além de minimizar as consequências negativas provocadas por ela. Outros estudos que falharam ao demonstrar um efeito preditivo de uma maior utilização de técnicas psicológicas sobre uma melhora clínica significativa foram os dos autores Connally e Sanders (1991) e de Altmaier et al.(1992) ao comparar indivíduos portadores de lombalgia crônica que foram submetidos a um tratamento convencional e um tratamento convencional aliado a técnicas psicológicas e o estudo de Keefe et al., (1989) que mostrou efeitos preditivos de uma maior utilização de técnicas mal adaptativas (catastrofização) em relação a níveis maiores de dor.

14. CLASSIFICAÇÕES DOS VARIADOS TIPOS DE TÉCNICAS

Na análise de trabalhos científicos desta área, há uma grande dificuldade na compreensão dos resultados quanto à eficácia de técnicas psicológicas para controle da dor, devido a enorme variedade de classificações dessas técnicas por parte dos diversos autores.

a) Técnicas cognitivas e comportamentais: Haythornthwaite et al., (1998) classificaram as técnicas para controle da dor em cognitivas e comportamentais. A cognitiva se utiliza do redirecionamento da atenção para longe do foco de dor, ou ainda, a focalização da dor com a finalidade de reinterpretá-la. Em casos de níveis altos de estresse, ansiedade e tensão, se faz o uso de técnicas de relaxamento para diminuir o estresse provocado pela sensação dolorosa e comportamental pela mudança de comportamentos através do aumento ou diminuição de determinadas atividades com a finalidade de controlar a dor. Já para Becker Junior e Samulski (1998) esses dois tipos de técnicas são inter-relacionadas, pois, segundo tais autores, o conceito de técnicas cognitivas se baseia em: técnicas utilizadas que norteiam sua ação na modificação ou no ajuste dos principais determinantes de comportamento que são: pensamento, percepção, memória, afeto e linguagem.

Assim como todos os padrões de comportamento podem ser aprendidos, desaprendidos e mudados, os fatores cognitivos também podem ser mudados. Cratty (1989), afirma que os modelos cognitivos ressaltam que, para ocorrer uma melhora na conduta e nos estados emocionais, o sujeito deve ser auxiliado a promover mudanças nos pensamentos subjacentes a estes comportamentos.

- a) Técnicas associativas e dissociativas: Pen et al., (1995) dividiram técnicas em duas classificações, sendo essas: associativas, onde se busca a localização exata da dor, sua intensidade, seu significado e a reavaliação dentro de parâmetros positivos que encorajam o indivíduo a controlar e monitorar seu estado interno e, como consequência, ter um maior controle sobre aspectos relacionados à intensidade, localização e significado da dor e as técnicas dissociativas, quando se busca o isolamento de sentimentos desagradáveis associados a dor através da focalização em uma outra tarefa específica.
- b) Técnicas acomodativas e assimilativas: Schmitz et al., (1996) classificaram as técnicas em assimilativas, onde o indivíduo utiliza de comportamentos que visam alterar circunstâncias e situações insatisfatórias geradas pela dor, procurando se manter ativo no processo e focalizar nos objetivos anteriormente traçados, como, por exemplo a incapacidade de se realizar uma determinada atividade na posição sentada leva o indivíduo a realizá-la em pé. E as técnicas acomodativas se caracterizam por um ajuste flexível de objetivos de acordo com suas limitações.

Tais técnicas podem ser complementares, como, por exemplo, na evolução da dor crônica, onde na fase aguda existe o predomínio das técnicas assimilativas pelo fato do o indivíduo se sentir mais capaz de lidar com a situação e durante a evolução do processo, a necessidade de se adaptar psicologicamente a uma nova realidade, fazendo com que o indivíduo utilize mais técnicas acomodativas. Embora não fosse observado nenhuma relação direta da utilização dessas técnicas com a intensidade da dor, num estudo contendo 71 indivíduos, tais autores notaram uma maior utilização de técnicas acomodativas sobre os sintomas de depressão.

c) Técnicas passivas ou ativas: segundo Snow-Tureket al., (1996), já classificam as técnicas em ativa e passiva. As técnicas ativas são aquelas praticadas pelo próprio indivíduo e as passivas são aquelas utilizadas por terceiros para lidar com o problema. Após esses autores estudarem 76 indivíduos com dores crônicas sobre a eficiência dessas técnicas, os resultados mostraram que as técnicas passivas estavam diretamente relacionadas com a menor função física, psicológica e depressão, enquanto, a utilização das técnicas ativas estava relacionada com maior função física e psicológica.

15. AS PRINCIPAIS TÉCNICAS PSICOLÓGICAS PARA O CONTROLE DA DOR

Autores como Boothy et al., (1999) citaram alguns exemplos de técnicas psicológicas de Coping para controle de dor que são: catastrofização, reinterpretação da dor, ignorância da dor, depoimentos positivos, diversão e distração, e também prece e esperança.

- a) Catastrofização: definida como o uso de excessivos e exagerados depoimentos negativos do próprio indivíduo, como por exemplo: “eu estou péssimo e sinto que estou indefeso”, “eu prevejo o pior”. A catastrofização é considerada uma Estratégia de Coping, porque é uma forte e consistente técnica de adaptação a dor.
- b) Reinterpretação da dor: “eu não sinto que isto seja uma dor, ou melhor, eu sinto que está sensível ou quente e minha dor está cedendo”. “Eu pretendo que seja só um formigamento”.
- c) Ignorância da dor: “eu digo para eu mesmo, que não estou ferido”.
- d) Depoimentos positivos: “eu vejo a dor como uma mudança e esta mudança não vai me irritar”. “eu me concentrei e convenci que

vou fazer um acordo com a dor, e com isto me sentirei melhor num futuro bem próximo”.

- e) Diversão e distração da atenção: Segundo Penet al.,(1995) é a busca do isolamento de sentimentos desagradáveis associados a dor através da focalização da atenção em uma tarefa específica “Se possível, eu irei tentar ler um livro ou uma revista para levar para fora da minha mente esta dor”.
- f) Prece e esperança: “eu tenho fé que um dia meu médico poderá curar a minha dor”.

Outras técnicas psicológicas para controle de dor foram citadas pelos autores abaixo:

- g) Visualização: segundo Sarno (1984) é a eliminação de imagens que possam causar vasoconstrição, permitindo um melhor fluxo do sangue e, com isso, o relaxamento dos músculos na região lesada, portanto, facilitando a cura. Alguns investigadores Achetergerg (1991) e Post-White (1991) verificaram uma facilitação da reação do sistema imunológico, quando ativado através de uma técnica psicológica denominada de visualização.
- h) Relaxamento: segundo Becker Junior e Samulski (1998), é um método que oportuniza, através de grupos musculares isolados, o aperfeiçoamento da percepção sensorial dos mesmos e, conseqüentemente, o controle sobre eles mesmos. Existem várias técnicas de relaxamento como, por exemplo:
 - Relaxamento por biofeedback (DELUCA, 1984): consiste de eletrodos de superfície colocados sobre a pele que envia sinais dos níveis de tensão muscular que são apresentados aos indivíduos por via auditiva ou visual. Estes sinais refletem a quantidade de atividade neuromuscular associadas com as contrações musculares.

- Relaxamento progressivo de Jacobson (1939): permite ao indivíduo avaliar suas regiões musculares específicas de tensões para depois relaxá-las.
 - Relaxamento de respiração profunda de Linderman (1984): são técnicas utilizadas através da respiração e aplicadas dentro de um programa de psico-higiene.
- i) Monólogo interno (verbalização): são técnicas compostas de uma conversa interna consigo mesmo, com o objetivo de bloquear ou modificar pensamentos e conseqüentemente estados emocionais (BECKER; JUNIOR; SAMULSKI, 1998).
- j) Motivação intrínseca para o tratamento: compreendem-se todas as medidas que uma pessoa aplica assumindo controle sobre o seu próprio comportamento para influenciar seu estado de motivação, como o exemplo de Rosentiel e Keefe (1983) citando que o indivíduo pode lidar com a dor, não importando o quanto ela seja intensa (SAMULSKI, 1995).
- k) Determinação de metas: motiva-se através de processos cognitivos com estabelecimento de metas concretas, porém exigentes e desafiantes (SAMULSKI, 1995). Este mesmo autor propôs diretrizes para determinação de metas:
- i) Desvio da atenção para outras partes do corpo, onde o indivíduo utiliza-se de elementos próprios do corpo, como, por exemplo: se concentrar na própria respiração (PEN et al., 1995).

As técnicas psicológicas de controle da dor podem ser organizadas em três domínios, onde, no primeiro domínio, o indivíduo procura entender e encontrar um significado para essa situação, avaliando os riscos e perdas associadas a essa condição e quais recursos ele possui para lidar com esse problema. No segundo domínio, ele confronta a situação com a realidade e começa a lidar

com a situação instalada, tentando obter uma situação mais agradável e, no terceiro domínio, ele lida com os problemas gerados pela dor e tenta se manter equilibrado psicologicamente (TUNKS & BELLISSIMO, 1998).

16. FATORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS COM A DOR NOS ATLETAS

Segundo Becker Júnior (2000), alguns estudiosos como Crossman (1985), Eldrige (1983), e também Wiese e Weiss (1987) referem que, após a ocorrência de uma lesão física num atleta, podem aparecer sintomas de ansiedade, depressão e prejuízos em sua autoestima em grandes proporções. Weiss e Troxel (1986), ao estudar as reações emocionais numa entrevista qualitativa de 10 atletas de elite após sofrimento de traumatismos, notou que eles se queixavam de medo, tensão, fadiga, incredulidade, depressão, queixas somáticas (enjoo, perda do apetite, insônia, etc), incapacidade de conviver com um longo período de reabilitação, restrição à atividade e a sensação de ser dominado pela lesão.

Chan e Grossman (1988), ao verificar corredores com lesões nos pés ou pernas, notou que eles apresentavam mais ansiedade, depressão, confusão e baixa autoestima quando comparados com outros corredores. Pearson e Jones (1992) verificaram o impacto das lesões sobre a área emocional ao comparar 61 atletas lesados com 61 atletas sem lesões e observaram que os atletas lesados apresentavam maiores níveis de depressão, raiva, tensão, confusão e fadiga. Smith et al., (1990) ao observar 72 praticantes de esporte de recreação, desde o momento em que se lesaram até a reabilitação e retorno a competição, notaram que, na fase aguda das lesões, tais atletas apresentavam níveis altos de frustração, depressão e raiva

e estes mesmos sentimentos permaneceram com os mesmos níveis durante um mês para o indivíduo que sofreu mais severamente.

Smith (1993) ao comparar indivíduos lesados com outros indivíduos sobre o impacto dessas lesões no humor e autoestima notou que os lesados apresentavam um aumento da raiva e depressão com redução do vigor e da autoestima.

De acordo com os artigos apresentados, observou-se que muitos atletas após a ocorrência de uma lesão musculoesquelética apresentaram problemas emocionais que variam desde sintomas de depressão até ansiedade e raiva, sendo assim, se faz necessário abordagens terapêuticas para melhorar os sintomas psicológicos e auxiliar na reabilitação física deles.

17. ESTÁGIOS DE REAÇÕES EMOCIONAIS DO ATLETA APÓS UMA LESÃO

Segundo Becker Junior (2000:302) citando Kubler-Ross (1969), o atleta após uma lesão crônica, apresenta 5 estágios de reações emocionais no decorrer do processo da patologia:

- a) Primeiro estágio - Negação: ao se lesar, no estágio inicial, o atleta nega a lesão e procura outros médicos para ouvir um diagnóstico diferente. Esse tipo de atitude é compatível com o que é aprendido no esporte: nunca abandonar o jogo e suportar qualquer dor. Quanto mais cedo ele aceitar a nova realidade, mais fácil será para ele chegar aos estágios e à superação.
- b) Segundo estágio - Raiva: é a fase onde ocorrem os sentimentos de ressentimento, hostilidade, inveja, raiva e fúria. As pessoas mais atingidas são os amigos e familiares que estão tentando ajudá-lo. Sujeitos bem ajustados passam rápidos pelas duas primeiras fases, enquanto aqueles que já tinham problemas, podem ficar na fase

de negação durante muito tempo, apresentando fúria contra os outros e autoagressão.

- c) Terceiro estágio - Pena: nessa fase, o atleta sente pesar pela perda de aptidão física que possuía e de todos os benefícios que conseguia com sua atividade. Também, há a utilização de mecanismos de defesa, como rememorar as conquistas passadas e fantasiar sobre o futuro. Segundo Rando (1984), esta fase será superada de acordo com sua maturidade e inteligência, bem como, do apoio social que lhe for dado. Quando o sujeito aceitar que milagres não acontecerão e que será necessário enfrentar novos desafios, estará pronto para atingir as duas próximas fases (HENSCHEN; SHELLEY, 1993).
- d) Quarto estágio - Depressão: Ao aceitar a sua lesão permanente, o ex-atleta experimenta a sensação de perda definitiva, o que gerará sentimentos de depressão. Nesse momento, é comum o isolamento do sujeito de seus colegas, amigos e familiares, pessoas que poderiam oferecer um apoio significativo para a superação de seu problema. A superação dessa fase ocorre quando o sujeito consegue encontrar uma alternativa futura para sua vida.
- e) Quinto estágio - Reintegração: essa é a fase de superação do problema, mas pode apresentar alguns transtornos, como dificuldades que, segundo May e Sieb (1987) estão associadas a: (1) ao funcionamento psicológico do sujeito antes da lesão, (2) ao significado da invalidez para o indivíduo, (3) a natureza, localização, severidade e duração da lesão e (4) as mudanças ocasionadas no seu estilo de vida.

18. FATORES PSICOLÓGICOS

Aliado a essas reações que indivíduos apresentam frente a uma determinada lesão e baseado na “Teoria Neuromatriz da Dor” proposta por Melzack (1999) vários fatores psicológicos e sociais podem alterar a percepção da dor, entre eles:

18.1 Alto de estresse

O alto nível de estresse: Cannon (1914) conceituou estresse como reação de emergência a qual se destinava a mobilização de energia para a restauração da homeostase. Seyle (1946) conceituou estresse como uma reação inespecífica do corpo e os estímulos perturbadores foram caracterizados como estressores. Ainda, o autor adicionou a esse conceito, “distresse” como perturbação da homeostase por estímulos desagradáveis e “eustresse” por estímulos agradáveis. Ademais, Melzack (1999) conceituou estresse como o rompimento da homeostase por um agente estressor, podendo ser este, um agente físico, psicológico ou social, que vão ativar os programas neural, hormonal e comportamental, através de atividades que têm como objetivo a restauração dessa homeostase onde, no momento do estresse, o hormônio cortisol é liberado.

A liberação de maneira acumulativa desse hormônio leva a alterações neuroendócrinas que estão relacionadas a uma série de síndromes dolorosas. Esses estressores produzem substâncias que têm efeitos destrutivos sobre os tecidos musculares, ósseos e nervosos. Esses efeitos estariam relacionados a dores desproporcionais à esperada pela extensão da lesão. Cada tipo de estímulo estressor pode produzir efeitos fisiológicos que, somados a outros estímulos, podem produzir um aumento de respostas fisiológicas frente aos agentes estressores. Becker Junior (2000) conceituou estresse so-

cial como uma interação direta ou indireta com outras pessoas no ambiente, podendo exercer influências positivas ou negativas nas pessoas. Como exemplo, traz-se: a morte de um parente próximo, a perda de um emprego e a separação de casal é considerada, pelos atletas, como fatores dos mais altos níveis de estresse, enquanto a discussão entre um atleta e seu colega ou treinador são considerados eventos de baixos níveis de estresse.

Segundo Rio (1998) a percepção psíquica de uma pressão, ou seja, de um estímulo como fonte de estresse psíquico é um fenômeno complexo, pois, depende de avaliação subjetiva e da importância pessoal desse estímulo estressor.

18.2 Alto nível de ansiedade

A ansiedade é uma emoção que inclui perturbações subjetivas e corporais que estão fora de proporções subjetivas com a ameaça real, dirigida para o futuro e que produz desconfortos. Vários fatores podem elevar o nível de ansiedade, dentre eles, na reabilitação de dores crônicas, estão: o sentimento de falta de técnicas para reabilitação e a falta de confiança no tratamento. Altos níveis de ansiedade podem liberar as catecolaminas que sensibilizam as fibras periféricamente ou até mesmo, estimulam os nociceptores. A ansiedade foi ainda dividida em: ansiedade de traço, no qual, o estado emocional é perturbado por um determinado momento e ansiedade de traço, como um componente estável e permanente que faz parte da personalidade do indivíduo. As características de ansiedade podem ser elencadas, tais como: inquietações, preocupações, dúvidas após a lesão, medo e fuga de atividades que possam aumentar o desconforto físico (alongamentos, reforço muscular e aptidão cardiovascular). Essa fuga ou desistência de atividades pode levar a um ciclo que leva como consequência o descondicionamento

e a perda de autoeficácia, que levam novamente aos sentimentos citados acima (CHAPMAN; TURNER, 1996; BECKER JUNIOR, 2000).

18.3 Alto nível de depressão:

A depressão geralmente acompanha sentimento de perda ou incapacidade, como, por exemplo, os sentimentos de falta de técnicas para a reabilitação e confiança no tratamento a ser realizado, podem diminuir o nível de motivação do indivíduo para com o tratamento e até o abandono à reabilitação. Segundo Krishnan et al., (1988), a dor (consequência) pode ser um sintoma da depressão (causa). A depressão (consequência) pode ser uma complicação da dor crônica (causa). Dor e depressão podendo ocorrer indiferentemente dessa relação de um sendo a causa, e outro a consequência, ou seja, os dois se interagem e são as causas. Dor e depressão podem existir no indivíduo, porém, de forma mascarada, não se manifestam e, com isso, dificultam o diagnóstico físico e psicológico. Três modelos foram expostos para conceituar essa relação dor crônica com depressão. A depressão pode ser devido à mecanismos neuroquímicos do próprio indivíduo (desequilíbrios entre a produção de serotonina e de catecolaminas), devido a presença de sintomas depressivos e, com isso, causando a dor, mesmo em ausência de patologias orgânicas e também por causa da reação secundária manifestada pela cronicidade e pelas incapacitações geradas pela dor (GRZEIACK et al., 1996; RUDY et al., 1988).

Segundo Cailliet (1993), existem várias características de sintomas depressivos: humor deprimido ou irritável, redução acentuada do interesse ou do prazer (desmotivação), perda ou ganho significativo de peso, insônia ou sonolência diária, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e perda de energia diária, redução da capacidade de pensar, de se concentrar, ou indecisão, pensamentos negativos,

como, por exemplo: pensamento de morte, sentimento de falta de técnicas para reabilitação.

Logo, classificações de ansiedade e quadros elevados deste sintoma devem ser rapidamente diagnosticados, pois, de acordo com estas classificações, outros profissionais como, médicos devem agir no tratamento para prescrição de medicamentos. O diagnóstico precoce é de fundamental importância para melhorar adesão e credibilidade do paciente ao tratamento de reabilitação.

18.4 Alto nível de raiva

Kernset al., (1995) notaram que sentimentos internos de raiva apresentam interferências nas medidas dos limiares de dor e na frequência dos relatos de comportamentos (expressões faciais, gemidos e queixas) de dor. Comportamentos como impaciência, negação da atual situação e agressividade consigo mesmo e com os outros, podem ser características de sintomas de raiva (BECKER JUNIOR, 2000).

18.5 Personalidade

Segundo Wesiberg e Keefe (1999) geralmente, pacientes com tendências neuróticas continuam a se preocupar com um mínimo de dor e, também, a reclamar, mesmo após a lesão tecidual ter sido resolvida. Além disso, indivíduos com personalidades com características depressivas manifestam-se de forma mais desesperada sobre o futuro do curso da dor e, ainda, com claras características de desordens mentais que demandam uma imediata atenção, requerendo mais medicamentos não necessários e respondendo ao tratamento de forma raivosa quando suas demandas não são atendidas. Os autores ainda afirmam que ansiedade, depressão, raiva, paranoias, desordens obsessivas e compulsivas, hipomaníacos e

pessoas introspectivas socialmente tendem a apresentar maiores frequências de queixas e níveis de dores, quando comparados com outros indivíduos.

REFERÊNCIAS

ALTMAYER, E. M.; LEHMANN, T. R., RUSSELL, D. W.; WEINSTEIN, J. N.; KAO, C. F. (1992). The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: a randomized controlled trial evaluation. **Pain**, 49: 329-335.

ACHETERGERG, J. (1991). Enhancing the immune function through imagery. IV World Conference on Imagery - Proceedings, Minneapolis.

ALARANTA H. RYTÖKOSKI U, RISSANEN A, **et al.**(1994). Intensive physical and psychosocial training program for patients with low back pain. **Spine**, 1339-49.

ATKINSON J.H., SLATER MA, GRANT I, PATTERSON TL, GARFIN SR. (1991). Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain. **Pain**, 45:111-21.

BENDIX, A. F., BENDIX T., LUND C., KIRKBAK S., OSTENFELD S. (1997). Comparison of Three Intensive Programs for Chronic Low Back Pain Patients: A Prospective, Randomized, Observer-Blinded Study With ONE-YEAR Follow-up. **Scan J RehabMed**. 29: 81-89, 1997.

BENDIX, A. F., BENDIX, T., VAEGTER, K., LUND, C., FROULUND, L.; HOLM, L. (1996). Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: A randomized prospective study. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, 63:62-69.

BENDIX,T.,; BENDIX, A. (1994). Different training programs for chronic low back pain - A randomized blinded one-year follow-up study. Paper present at meeting of the International Society for the Study of Lumbar **Spine**, Seattle, WA.

BLOCK A. R. (1999). Presurgical Psychological Screening in Chronic Pain Syndromes: Psychosocial Risk Factors for Poor Surgical Results In GATCHEL R. J.; TURK D. C., **Psychosocial factors pain: critical perspectives**. New York e London: The Guilford Press, 390- 411.

BECKER JUNIOR, B.; SAMULSKI, D. (1998). Manual do Treinamento Psicológico para o Esporte. 1ª ed. Feevale. Brasil.

BECKER JUNIOR, B. (2000). Manual de Psicologia do Esporte & Exercício. 1ª ed., Porto Alegre: Novaaprova.

BLOCK A. R. (1999). Presurgical Psychological Screening in Chronic Pain Syndromes: Psychosocial Risk Factors for Poor Surgical Results In GATCHEL R. J.; TURK D. C., **Psychosocial factors pain: critical perspectives**. New York e London: The Guilford Press, 390- 411.

BOOTHBY, J. L., THORN B. E., STROUD, M. W.; JENSEN, M. P. (1999). Coping with pain,. In: GATCHEL, R. J., TURK, D. C. (eds.). Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook New York and London: The Guilford Press, 343- 359.

BRENA, S.F.;; CHAPMAN, S. L.(1983). Management of patients with chronic pain. New York: Medical & Scientific Books.

CAILLIET, R. Dor: mecanismos e tratamento. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

COREY, D. T.; KOEPFLER, L. E.; ETLIN, D.; DAY, H. I. (1996). A limited functional restoration program for injured workers: A randomized trial. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 6, 239-249.

CRATTY, B. J. (1989). Anxiety: causes and adjustment strategies. In: B. J. Cratty: **Psychology in Contemporary Sport**. Englewood Cliffs, Prentice Hall. p. 121-145.

CROSSMAN, J.(1985). Psychosocial factors and athletic injury. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, 25: 151-154.

CANNON, W. B. (1914) The emergency function of adrenal medulla in pair and the major emotions. Amer. J. Physiol., 33; 336-372.

CHAPMAN, C. R.; TURNER, J. A. (1986). Psychological control of acute pain, **J. Pain Symp. Manage.**, 1: 9 -20.

CHAN, C.; GROSSMAN, H. (1988). Psychological effects of running loss on consistent runners. **Perceptual and Motor Skills**, 66: 875-883.

ALARANTA H. RYTÖKOSKI U, RISSANEN A, **et al.**(1994). Intensive physical and psychosocial training program for patients with low back pain. **Spine**, 1339-49.

DELUCA, C. J.,(1984). Myoelectric manifestations of localized muscular fatigue in humans. **Crit Ver. Biomed. Engng**, 11, 251-279.

ESTLANDER A.M.; MELLIN, G.; VANHARANTA, H.; HUPLI, M. (1991). Effects and follow-up of multimodal treatment program including intensive physical training for low back pain patients. **ScanRehabilMed**; 23: 97-102.

ELDRIGE, W. D. (1983). The importance of psychotherapy for athletic related orthopedic injuries among adults. **Comprehensive Psychiatry**, 24: 271-277.

FLOR H, FRYDRICH T, TURK DC. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. **Pain**; 49: 221-30.

GATCHEL, R. J. (1999). Perspectives on pain: a historical overview. In GATCHEL R. J.; TURK D. C., *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. The Guilford Press, pp. 3-17.

GOULD III, J. A. (1993). *Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte*. São Paulo: Manole.

GRZEIACK, R. C.; URY, G. M.; DWORKIN R. H.(1996). Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York and London: The Guilford Press.

GUYTON, A. C., HALL, J. E. (1997). **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: (9ª edição) Editora Guanabara.

HÄRKÄPÄÄ, K.; JÄRVIKOSKI, A.; MELLIN, G.; HURRI, H.; LUOMA, J. (1991). Health locus of control beliefs and psychological distress predictors for treatment outcome in low back pain patients: Results of 3-months follow-up of controlled intervention study. *Pain*, 46:35-41.

HAZARD, R. G.; FENWWICK, J.W.; KALISCH, S. M.; REDMOND, J.; REEVES, V.; REID, S.; FRYMOYER, J. W. (1989). Functional restoration with behavioral support: A one year prospective study of patients with chronic low back pain. **Spine**, 14, 157-167.

HILDEBRANT, J.; PFINGSTEN, M.; SAUR, P.; JANSEN, J.(1997). Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. **Spine**, 22, 990-1001.

HENSCHEN, K. P.; SHELLEY, G. A. (1993). Counseling athletes with permanent disabilities. In SERPA, S., ALVES, J., FERREIRA, V. & BRITO A. A. 8th World Congress of Sport Psychology – Proceedings. Lisboa: ISSP. pp. 577- 581.

HEIL, J. (1993). Psychology of sport injury. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

HAYTHORNTHWAITE, J. A.; MENEFEER, L. J.; CLARK, M. R. (1998). Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain*, 77: 33-39.

FEUERSTEIN. M.; CARTER. R. L. ; PAPCIAK. A. S.; (1987). A prospective analysis of stress and fatigue in recurrent low back pain. *Pain*. 31: 333-344.

IEVLEVA, L.; ORLICK, T. (1991). Mental links to enhance healing: an exploratory study. **Journal of Sports Psychology**. 5: 25-40.

CONNALLY, G. H.; SANDERS, S. H. (1991). Predicting low back pain patients' response to lumbar sympathetic nerve blocks and interdisciplinary rehabilitation: the role of pretreatment overt pain behavior and cognitive coping strategies. *Pain*, 44: 139-146.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 59 (3): 431-438.

JENSEN, M. P.; McFARLAND, C. A. (1993). Increasing the readability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. **Pain**, 55: 195-203

JACOBSON, E. (1939). Muscular phenomena during imagining. **American Journal of Sport Psychology**, 49.

KEEFE, F. J.; CALDWELL, D. S.; WILLIAMS, D. A.; GILL, K. M.; MITCHELL, D.; ROBERTSON, C.; MARTINEZ, S.; NUNLEY, J.; BECKMAN, J. C.; CRISSON, J. E.; HELMS, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritis knee pain: A comparative study. **Behavior Therapy**, 21, 49-62.

GAURON, E. F.; BOWERS, W. A., (1986). Pain control techniques in college-age athletes. **Psychological Reports**, 59, 1163-1169.

LINTON, S. J.; BRADLEY, L. A. (1996). Strategies for the prevention of chronic pain. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. (eds.). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York and London: The Guilford Press.

_____. (1992). A 18 months follow-up of secondary prevention program for back pain: Help and hindrance factors related to outcome maintenance. **Clin J pain**, 8:227-36.

LINDERMAN, H. (1984). *Psychohygiene -Training*. München: Mosaik-Verlag.

MAYER, T. G.; GATCHEL, R. J.; KISHINO, N; KEELEY, J.; CAPRA, P.;
MAYER, H.; BARNETT, J. (1985). Objective assessment of spine function following industrial injury: A prospective study with comparison group and one-year follow-up. **Spine**, 10, 482-92.

MAYER, T. G., GATCHEL, R. J., KISHINO, N.D., KEELEY, J.; MOONEY, V.(1987). A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury utilizing objective assessment. **Journal of the American Medical Association**, 258, 1763-67.

MELZACK, R.; WALL, P. D. (1982). *The challenge of pain*. Harmondsworth, England: Penguin.

MAYER, T. G.; GATCHEL, R. J. (1988). Functional restoration for spinal disorders: The sports medicine approach. Philadelphia: Lea &Ferbiger.

MORREY, M. A. A longitudinal examination of emotional response, cognitive coping and physical recovery among athletes undergoing anterior cruciate ligament reconstructive surgery. **Unpublished doctoral dissertation**, University of Minnesota, Minneapolis, 1997.

MELZACK, R. (1999). Pain and Stress: a new perspective. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. Psychosocial factors in pain: Clinical perspectives. New York, London: Guilford Publications Inc, 89-106.

MAY, J. R.; SIEB, G. E. (1987). Athletic injuries: Psychosocial factors in the onset, sequela, rehabilitation and prevention. In: MAY, J. R. & ASHEN M. J. Sport psychology. Philadelphia: P.M.A Publ. Co. pp. 157-185.

PINKERTON, S.; HUGHES, H.; WEINRICH, W. W. (1982). Behavioral medicine: clinical applications. New York: Wiley.

KERNS, R. D., & JACOB, M. C. (1995). Toward an integrative diathesis-stress model of chronic pain. In: GORECZNY, A. J. (eds.). Handbook of Health and rehabilitation psychology. New York: Plenum Press.

PEN, L. J.; FISHER, C.; SFORZO, G. A.; McMANIS, B. G. (1995). Cognitive strategies and pain tolerance in subjects with muscle soreness. **Journal of Sport Rehabilitation**, 4: 181-194.

FERNANDEZ. E.; TURK, D. C. (1989). The utility of cognitive strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain*. 38:123-135.

POST-WHITE, J.(1991). **The effects of mental imagery on emotions, immune functioning and cancer outcome**. I V World Conference on Imagery, Minneapolis.

PEARSON, L.; JONES, G. (1992). Emotional effects of sports injuries: implications for physiotherapists. **Physiotherapy**. (78), 762-770.

KUBLER- ROSS, E. (1969). On death and dying. New York: McMillan.

KRISHNAN, K. R. R., FRANCE, R. D.; DAVIDSON, J. (1988). Depression as a psychopathological disorder in chronic pain. In R. D. F. France; K. R. R. Krishnan (Eds.), **Chronic pain** (p. 195-218). Washington, DC: American Psychiatric Press.

KERNS, R. D., RPSENBERG, R.; JACOB, M. C. (1994). Anger expression and chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine**, 17, 57 – 68.

RIO, R. P., (1998). LER (Lesões por esforços repetitivos) Ciência e Lei – 1ª edição -Belo Horizonte : Livraria e Editora HEALTH.

ROBINSON M. E.; RILEY III J. L. (1999) : The role of emotion in pain. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. (eds.). Psychological approaches to pain management: A Practitioner's Handbook, New York and London: The Guilford Press.

ROY, R. (1992). The social context of chronic pain sufferer. Toronto: University of Toronto Press.

ROSENSTIEL, A. K.; KEEFE, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patients characteristics and current adjustment. **Pain**, 17: 33-44.

LINTON, S. J.; BRADLEY, L. A. (1996). Strategies for the prevention of chronic pain. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. (eds.). Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. New York and London: The Guilford Press.

RANDO, T. A. (1984). Grief, dying, and death. Champaign: Research Press Company.

RIO, R. P., (1998). LER (Lesões por esforços repetitivos) Ciência e Lei – 1ª edição -Belo Horizonte: Livraria e Editora HEALTH.

RUDY E. T.; KUBINSKI J. A. (1996). Program evaluation methods for documenting pain management effectiveness. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. (eds.). Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook, New York and London: The Guilford Press.

SAMULSKI, D. (1995). Psicologia do esporte: teoria e aplicação prática. Belo Horizonte: 2ª ed., Imprensa Universitária/UFMG.

SARNO, J.(1984). Mind over back pain .New York, NY: Morrow & Co., 33 - 42.

SCHMITZ, U.; SAILE, H.; NILGES, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. **Pain**, 67: 41-51,

SNOW-TUREK, A. L.; NORRIS, M. P.; TAN, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. **Pain**, 64: 455-462.

SPINHOVEN, P.; LINSSEN, C. G. Behavioral treatment of chronic low back pain. I. Relation of coping strategy use to outcome. **Pain**, 45: 29-34, 1991.

SEYLE, H. (1946). The general adaptation syndrome and diseases of adaptations. **Journal clinic endocrinology**, 6, 117-230.

SMITH, R. E., SMOLL, F. L.; SCHUTZ, R. W. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. **Anxiety Research**, 2: 263-280.

SMITH, R. E. (1993). A positive approach to enhancing sport performance: Principles of positive reinforcement and performance feedback. In: J. Williams, **Applied sport psychology: Personal growth to peack performance** Palo Alto, CA: Mayfield, pp. 25-35.

WIESE-BJORNSTAL, D. M., SMITH, A. M. SHAFFER, S. M, MORREY, M. A (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and Sociological dynamics. **Journal of Applied Sport Psychology**, 10 (1): 46-69.

WEISBERG J. N.; KEEFE F. J. (1999) Personality, individual differences and psychopathology in chronic pain. In: GATCHEL, R. J. & TURK, D. C. (eds.). Psychological approaches to pain management: A practitioner's guide. New York and London The Guilford Press.

WEISS M. R.; TROXEL R. K. (1986). Psychology of injured athlete. J. Natl Athlete Train Assoc.: 21: 104- 10.

WIESE, D. M.; WEISS, M. R. (1987). Psychological reahabilitation and physical injury: implications for the sportmedicine team. **The Sport Psychologist**. (1), 318-330.

TUNKS, E.; BELLISSIMO, A.(1988). Coping with the coping concept: a brief comment. **Pain**, 34: 171-174.

TAIT R. C. (1999). Evaluation of treatment effectiveness in patients with intractable pain: measures and methods. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. (eds.) Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook New York and London: The Guilford Press

UNRUH, A. M. (1996).Gender variations in clinical pain experience. **Pain**, 65: 123-167.

SPINHOVEN P, TERKUILE MM, LINSSEN ACCG, GAZENDAM B. (1989) Pain coping strategies in Dutch population of chronic low back pain patients. **Pain**; 37:77-83.

STEINER, R. P. (1983) Acupuncture: cultural perspectives. V. 1. The Western view: Postgrad Med 74: 60.

WINFREE, A. T. (1987). The timing of biological clocks. Scientific American Library/Scientific American Books, New York.

UDRY, E. (1996). Social support: exploring its role in the context of athletic injuries. **Journal of Sport Rehabilitation**, 5,151-163. Human Kinetics Publishers.

SHUMAKER, S. A.; BROWNELL'S, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. **J. Soc. Issues** 40: 11- 36.

TURK, C. D.; GATCHEL, R. J. (1999). Psychosocial factors and pain: revolution and evolution. In GATCHEL R. J.; TURK D. C., Psychosocial factors in pain: critical perspectives. The Guilford Press, pp 481-493.

SEXUALIDADE, EROTISMO E VIOLÊNCIA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE BATAILLE, FOUCAULT E BUTLER

Alexandre Marques Cabral

INTRODUÇÃO

O atual debate acerca da relação entre violência e sexualidade parece centrar-se naquilo que poder-se-ia claramente caracterizar como acento desconstrucionista dos pressupostos metafísico-identitários ou substancialistas que desde há muito sustentam as formas de compreensão seja da sexualidade humana, seja da noção de gênero ou mesmo da ideia de desejo sexual. A título de exemplo, que se destaque, aqui, em um primeiro momento, a tarefa de um certo pensamento feminista de desconstruir o fundamento essencialista do gênero feminino por meio da crítica existencial da condição humana, crítica esta realizada paradigmaticamente por Simone de Beauvoir. Para a filósofa francesa, a exemplo de Sartre e de outros pensadores de “linha” existencial, não é possível compreender o ser humano através de um conjunto de propriedades dadas, propriedades estas entendidas como substratos ontológicos. Antes, existir é ter de tornar-se a cada vez quem se é. Por outro lado, a indeterminação ontológica que atravessa e condiciona radicalmente o ser humano encontra-se situada visceralmente num determinado mundo histórico.

O ser humano exerce sua liberdade existencial ora segundo a transcendência de sua liberdade – cujo projeto de sentido o faz ser para além da facticidade dos objetos mundanos que se lhe manifestam –, ora segundo sentidos existenciais articulados inautenticamente. Daí a ideia beauvoiriana, segundo a qual não há uma identidade substancialmente dada chamada “mulher”, mas somente um vir a ser (tornar-se) que fez com que a mulher se tornasse hegemonicamente esta ou aquela mulher historicamente configurada. Em um texto paradigmático de *O segundo sexo*, Beauvoir afirma:

É pois necessário estudar com cuidado o destino tradicional da mulher. Como a mulher faz o aprendizado de sua condição, como a sente, em que universo se acha encerrada, que evasões lhe são permitidas, eis o que procurarei descrever. (...) Quando emprego a palavra ‘mulher’ ou ‘feminino’, não me refiro evidentemente a nenhum arquétipo, a nenhuma essência imutável (...) Não se trata aqui de enunciar verdades eternas, mas de descrever o fundo comum sobre o qual se desenvolve toda a existência feminina particular (...) Ninguém nasce mulher; torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam como feminino. (BEAUVOIR, 1967, p. 7 e 9)

A passagem acima assinala, primeiramente, os elementos histórico-culturais que fizeram com que as mulheres aprendessem a ser de uma determinada forma “mulher”. O acento, portanto, é o da constituição histórica da mulher. Em um segundo momento, Beauvoir se preocupa em desidentificar a “mulher” de qualquer substrato ontológico-identitário, que pudesse conferir à mulher uma essência previamente dada. Toda forma de a mulher ser é marcada historicamente com estratégias específicas de significação de seu ser. Justamente essa significação não se identifica com nenhuma natureza metafísica. Por isso, é possível – talvez seja necessário – que

a mulher venha a ser outra, torne-se diferente de quem atualmente é. Essa possibilidade parece exigir práticas e conceitos que desconstruam as sedimentações e naturalizações históricas do ser-mulher. Em outros termos: a análise existencial beauvoiriana do ser-mulher exige, de um lado, a crítica da reificação identitária da mulher; de outro, a desconstrução dos mecanismos, dispositivos e estratégias sociais que promovem a subalternização da mulher em seu ser-no-mundo. Somente assim a produção histórica violenta do ser-mulher poderia sofrer algum abalo. Há, portanto, ainda que tacitamente, uma pré-compreensão que orienta esta abordagem, segundo a qual há condições histórico-sociais que violentam a mulher, por meio de estratégias de substancialização identitária de seu ser.⁵ Daí o caráter imperativo da desconstrução da relação entre essencialismo, violência e subalternização de gênero. Justamente isso tornou-se explícito, quando a noção foucaultiana de poder entrou na cena contemporânea dos debates feministas e pós-feministas.

Exemplo notório do que fora dito acerca da apropriação da noção foucaultiana de poder no atual debate feminista encontra-se, claramente, na obra de Judith Butler. Já no início de *Problemas de gênero*, Butler problematiza Sartre e Beauvoir através da seguinte questão: “que configuração de poder constrói o sujeito e o Outro, essa relação binária entre ‘homens’ e ‘mulheres’, e a estabilidade interna desses termos?” (BUTLER, 2014, p. 8). A mulher como Outro do homem – questão beauvoiriana por excelência –, ou seja, a mulher

5 Uma passagem do segundo tomo de *O segundo sexo* parece deixar claro que Beauvoir entende que a submissão existencial da mulher, para ser retamente inteligida, deve ser remetida a um processo de reificação (naturalização) de matriz social. Nas suas palavras: “A mulher é um existente a quem se pede que se faça objeto; enquanto sujeito, ela tem uma sensualidade agressiva que não se satisfaz com o corpo masculino: daí nascem os conflitos que seu erotismo deve superar. Consideram normal o sistema que, entregando-se como presa a um homem, lhe restitui a soberania colocando em seus braços um filho; mas esse ‘naturalismo’ é comandado por um interesse social mais ou menos bem compreendido”. (BEAUVOIR, 1967, p. 146).

como ente de significação derivada e dependente do ser-homem e a ele ontologicamente inferior, justamente essa mulher só pode ser pensada por meio da dinâmica de poder, que condiciona, atravessa e se reedita no binarismo heteronormativo homem/mulher e nos conceitos e regimes epistemológicos que discursivamente determinam a heteronormatividade. Por isso, o feminismo de Beauvoir não pode ser lido sem se considerar os exercícios de poder que condicionam toda sua abordagem existencial sobre a mulher. Daí o caráter plural e detalhista do seu projeto genealógico de influência claramente foucaultiana⁶: “ela [a genealogia] investiga as apostas políticas [isto é, o poder e suas estratégias], designando como origem e causa categorias de identidade que, na verdade, são efeitos de instituições, práticas e discursos cujos pontos de origem são múltiplos e difusos”. (Ibidem, p. 9). Exatamente essa tarefa genealógica passa a acentuar o aspecto desconstrucionista da questão de gênero. Toda reconstrução dos processos mediante os quais historicamente foram produzidas “naturalizações” de gênero (assim como de sexo e de orientação sexual) acaba tornando-se refém da tarefa sempiterna de se desconstruir suas pretensões essencialistas, que sempre acobertam relações de poder violentas e assimétricas.

A simples desconstrução do caráter metafísico-identitário dos gêneros historicamente constituídos e as sucessivas tentativas de liberação de sua força normatizadora não parecem resistir efetivamente à violência implícita na fabricação sócio-cultural das identidades de gênero. Lembrando uma formulação tardia de Foucault, a liberação de relações de poder promotoras de dominação

⁶ Esse caráter plural da genealogia foucaultiana, a exemplo de Nietzsche, foi assinalada pelo filósofo francês, na seguinte passagem: “É isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história”. (FOUCAULT, 1984, p. 7)

é condição necessária para a liberdade, porém, a liberdade não se identifica com a noção de liberação. (Cf. FOUCAULT, 2006, p. 265-267). Isso implica em relativizar as práticas desconstrucionistas. Elas são necessárias somente quando processos de dominação são socialmente instituídos como condição de possibilidade de constituição dos sujeitos e de organização da cultura. Contudo, elas não se identificam com a experiência de liberdade. Por isso, é preciso levar em conta práticas de si que sejam irreduzíveis aos processos históricos de fabricação de subjetividades sujeitadas. No caso da questão de gênero anteriormente assinalada, é preciso pensar tanto a desconstrução-liberação dos processos de dominação de gênero, quanto práticas de liberdade que são irreduzíveis às relações de dominação em questão. Até que ponto isso é possível?

Uma possível linha de fuga dos processos de dominação e de sujeição da subjetividade pode ser encontrado no exercício criativo do erotismo. Isso porque, no sentido aqui atribuído, o erotismo diz respeito a formas de cultivo de prazeres e desejos não submetidos ao caráter violento da normatividade da sexualidade. Por um lado, como mostrou Foucault, a sexualidade é um dispositivo moderno, que veicula formas de normatização dos sujeitos, mediante a pretensão de verdade de determinados saberes. (Cf. FOUCAULT, 1988, cap. IV). Por outro, como assinalou Butler, a noção biologicista de sexo, que regula os conceitos também modernos de sexualidade e de orientação sexual, é o efeito de determinadas estratégias de poder, que acabam posicionando um elemento pré-discursivo como fonte de regulação e de inteligibilidade dos gêneros e dos desejos dos sujeitos. (Cf. BUTLER, 2014, cap. I). Sexo e sexualidade são, portanto, conceitos que nascem da atuação de poderes que, por sua vez, fabricam e preservam subjetividades sujeitadas e violentadas por quadros de inteligibilidade cultural que legitimam, hierarquizam,

submetem, silenciam, reconhecem, descartam formas de ser ou modos de existência. Levando em conta os conceitos batailliano e foucaultiano de erotismo, é possível aventar a hipótese segundo a qual o âmbito da criação de prazer e de afirmação do desejo funciona como índice de resistência às formas culturais de fabricação de sujeição, sobretudo aos discursos em torno do sexo e da sexualidade. Para que se possa minimamente desenvolver os contornos centrais dessa hipótese, é preciso mostrar até que ponto violência, sexualidade e sexo se interpenetram. Para tanto, Foucault e Butler são vozes imprescindíveis para uma reta compreensão do que aí está em jogo, assim como Bataille aparece como importante auxiliar na tarefa de pensar o caráter criativo do erotismo. Dois momentos funcionam como fios condutores do presente estudo, a saber: A) Sexualidade, sujeição e violência e B) Erotismo, liberdade e transgressão.

1. SEXUALIDADE, SUJEIÇÃO E VIOLÊNCIA

A investigação genealógica acerca da sexualidade acaba por suspender a ideia hegemônica segundo a qual todo ser humano, de toda e qualquer cultura e tempo, possui um conjunto de faculdades que compõem algo assim como a sexualidade. Isso equivale a dizer que a genealogia da sexualidade coloca em xeque noções como desejo, pulsão, instinto, natureza sexual etc. como instâncias “naturais” responsáveis pela sexualidade. Não temos uma natureza sexual, pois a própria sexualidade já é um conceito operativo em meio a alguns saberes historicamente datados. Não só isso. Como deve ser exposto em seus contornos gerais, segundo Foucault, a sexualidade resulta de uma rede discursiva por meio da qual atuam poderes específicos que subjetivam o indivíduo. O fato de muitas pessoas se relacionarem sexualmente ao longo da história não nos possibilita dizer que há nelas uma natureza de ordem metafísica

chamada sexualidade, que define formas de conduta e o destino de nossos desejos. Para que se entenda minimamente o que está em jogo com a afirmação foucaultiana segundo a qual a sexualidade é um dispositivo moderno, não podendo ter existido antes de um certo acontecimento discursivo historicamente datado, deve-se levar em conta alguns aspectos essenciais da compreensão foucaultiana de poder e de sua relação com os saberes. Tal noção de poder condiciona a compreensão butleriana de sexo e todo seu pensamento genealógico em torno dos conceitos de gênero, sexo e desejo. Pergunta-se, então: quais são os aspectos centrais do conceito foucaultiano de poder? Como o poder se relaciona como os saberes? Destas questões, nascerá uma possível resposta para outra questão: como a relação poder-saber institui o sujeito? Uma passagem de História da sexualidade I: a vontade de saber abre as portas para a questão da compreensão foucaultiana de poder e da sua relação com o saber:

Dentro dessa linha, poder-se-ia introduzir certo número de proposições [acerca de poder]:

- que o poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis;
- que as relações de poder não se encontram em posições de exterioridade com respeito a outros tipos de relações (processos econômicos, relações de conhecimentos, relações sexuais), mas lhe são imanentes; são efeitos imediatos das partilhas, desigualdade e desequilíbrios que se produzem nas mesmas e, reciprocamente, são as condições internas destas diferenciações (...);
- que o poder vem de baixo; isto é, não há, no princípio das relações de poder, e como matriz geral, uma oposição binária e global entre os dominadores e os dominados, dualidade que repercute de alto a baixo e sobre grupos cada vez mais restritos até as profundezas do corpo social (...). As grandes dominações são efeitos hegemônicos continuamente sustentados pela intensidade de todos estes afrontamentos;

- que as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas. (...) Não há poder que não se exerça sem uma série de miras e objetivos. (...)

- que lá onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder. (FOUCAULT, 1985, p. 89-91).

O texto acima reproduzido assinala uma ressignificação na compreensão tradicional de poder. Como se sabe pela força discursiva do senso-comum, o poder é compreendido como posse de “lugares” institucionais – como cargos, funções institucionais etc. –, ou ainda como atributo de certas pessoas e/ou profissões – o juiz tem poder, o comandante tem poder, o homem tem poder, a mulher não tem poder. Não só isso. O poder é compreendido verticalmente. Ele vem de cima para baixo, em uma dinâmica emanacionista, que funcionaria sob o modo tentacular, controlando, anulando, silenciando estruturas e pessoas subalternas. Daí a ênfase moderna no poder estatal e na justificativa jurídica deste poder. A lei exerce poder e o Estado moderno é o princípio de legitimação desse poder. Isso implica em dizer que os cidadãos são tábulas rasas, focos de atuação dos poderes política e juridicamente legitimados. Mais ainda. Compreende-se o poder como princípio de repressão do estado de natureza do ser humano. A imagem psicanalítica do pai, como índice de imposição e funcionamento da lei, talvez seja uma caricatura do caráter repressivo do poder, que ainda é visto segundo esse modo de atuação nas forças policiais que atuam na regulação da cultura. Sem contar a ideia comum a muitos marxismos de que o poder está nas mãos daqueles que detêm os meios de produção econômicos que sustentam uma sociedade. A revolução, como fonte de mobilização da história, seria a solução para a destituição do poder inerente aos “comandantes” do regime econômico, uma vez que, na revolução, as classes despossuídas, que vendem sua força de

trabalho e são espoliadas pelas classes dominantes, “assumiriam” ou “tomariam” o poder, verbos que ratificam a ideia de que o poder é localizado, regionalizado e possuído por alguns. (Cf. FOUCAULT, 1984, p. 174-177). Diante dessas formas usuais de compreensão do poder, a compreensão foucaultiana aparece certamente como uma linha de fuga.

Como assinala a passagem anteriormente reproduzida, Foucault não pensa o poder como atributo, nem como algo a ser possuído, tampouco o pensa de modo verticalizado. Primeiramente, o poder é relacional e móvel, isto é, o poder é um exercício de relações em devir. Por isso, o poder só existe em ato, isto é, “só existe em ação” (Ibidem, p. 175). As relações de poder nada mais são que “relações de força” (Ibidem, p. 176), compreensão que reedita alguns elementos centrais da noção nietzschiana de vontade de poder, o que levou Foucault a chamar sua compreensão de poder de “hipótese de Nietzsche” (Idem). Enquanto relação de forças, o poder é uma rede de elementos heterogêneos, que condiciona a existência de instituições sociais as mais diversas e uma diversidade de saberes que atuam em determinada cultura. Isso equivale a dizer que o poder não é exterior às instituições e saberes, mas os atravessa e os condiciona. As relações de poder são imanentes a outras relações que condicionam a sociedade e os indivíduos. Em outros termos, saberes e instituições culturais não somente são condicionados por redes de poder, como também são veículos de poder. Por isso, Foucault deixa claro, em diversos momentos de sua obra, que poderes e instituições exercem poder ou produzem efeitos de poder. Daí a hifenização “poder-saber” (FOUCAULT, 1985, p. 94), que caracteriza sua copertinência e ratifica sua diferenciação. Ora, o que está em jogo com a relação de forças não é simplesmente anular ou aniquilar o ser humano, ainda que por vezes isso possa acontecer. O sentido

produtivo de poder analisado por Foucault pode ser esclarecido pela ideia de conduta. Por um lado, conduta significa o modo de se comportar em um campo determinado de possibilidades. Por outro, conduta é a arte de conduzir a atuação dos outros. Nas palavras de Foucault: “O exercício de poder consiste em ‘conduzir condutas’ e em ordenar probabilidades.” (FOUCAULT, 2013, p. 288). Dito de outro modo, os exercícios de poder fabricam modos de atuação, isto é, instituem e conduzem modos de ser. Se as instituições sociais e os saberes históricos exercem poder, isso significa que eles formam e regulam modos de ser, formas de existência.⁷

Se levarmos em consideração a obra *História da sexualidade I: a vontade de saber*, fica evidente que a sexualidade é um conceito que só faz sentido no interior de uma rede de poder-saber moderna. Ela não constata uma propriedade ontológica do ser humano. A sexualidade já nasce de relações de poder que condicionam e atuam em saberes que não silenciam o sexo, mas o posicionam e o inscrevem em um complexo discursivo que pretende dizer sua verdade. A “colocação do sexo em discurso” (FOUCAULT, 1985, p. 16) é uma estratégia que aparece, segundo a análise foucaultiana,

- 7 Em uma passagem paradigmática, Foucault mostra que o indivíduo é um efeito do poder e seu centro de transmissão, o que equivale a dizer que o poder subjetiva, institui modos de ser. Nas suas palavras: “O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. Não se trata de conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constitui.” (FOUCAULT, 1984, p. 182-183).

de modo disfarçado, uma vez que tornou-se lugar-comum entender a história da sexualidade no Ocidente, tanto na Idade Média quanto na modernidade burguesa, como índice de silenciamento da sexualidade e do sexo. Daí o conhecido sucesso da hipótese repressiva, que assinala sobretudo o emudecimento e a repressão da sexualidade e do sexo na cultura ocidental. Essa hipótese, contudo, parece padecer de evidência histórica. O Ocidente não se caracteriza por silenciar a sexualidade, mas por incitar ininterruptamente a colocação do sexo em discurso, sobretudo na modernidade, eixo histórico abordado por Foucault no primeiro volume de sua História da sexualidade. Isso não significa negar que a história do Ocidente recusou e silenciou práticas sexuais e desejos correlatos. O problema está em colocar a interdição do sexo como pivô em torno do qual gira a sexualidade na modernidade. Para Foucault, todos os elementos negativos (“todo dizer não”) promovidos pelo Ocidente em relação à sexualidade não aparecem autonomizados. Antes, todos os elementos negativos que atravessam a hipótese repressiva “são somente peças que têm uma função local e tática numa colocação discursiva, numa técnica de poder, numa vontade de saber” (Ibidem, p. 17). A questão da sexualidade recai, conseqüentemente, sobre a ideia de vontade de saber ou de vontade de verdade, conceitos de matriz nietzschiana ressignificados por Foucault, que assinalam o suporte ocidental da história da sexualidade. Dito de modo propositalmente sintético, a vontade de saber, no que tange à história da sexualidade, diz respeito à produção discursiva da “ciência da sexualidade” (Ibidem, p. 18), que institui de algum modo a verdade do sexo e o índice de cognoscibilidade do sujeito.

Por sexualidade, Foucault compreende “o correlato dessa prática discursiva desenvolvida lentamente, que é a *scientia sexualis*”. (Ibidem, p. 67). Toda questão recai, então, sobre a ciência sexual, que

funciona como local de instituição da sexualidade. Ora, é preciso perguntar: que é a ciência sexual? Uma resposta imediata diz: a ciência sexual é a compreensão discursivo-racional ou discursivo-científica do sexo, ou melhor, a forma discursiva mediante a qual o sexo revela, diz ou fala sua verdade. (Cf. FOUCAULT, 2006, p. 60-62). Na *scientia sexualis*, o sexo se constitui como “objeto de verdade” (FOUCAULT, 1985, p. 56). Daí a suposição de que o ser humano tem uma natureza ou uma propriedade chamada sexo. Ora, o caráter natural do sexo não aparece como um detalhe. A sexualidade enquanto correlato da ciência sexual marca radicalmente a subjetividade humana. A nossa verdade passa a ser evidenciada pela verdade do sexo. Por isso, saber as quantas anda a nossa sexualidade é condição de possibilidade para sabermos quem ou como nós somos. Trata-se, em verdade, de uma petição de saber: “pois somos forçados a saber a quantas anda o sexo, enquanto que ele é suspeito de saber a quantas andamos nós”. (Ibidem, p. 76). Deixando de lado alguns conceitos necessários para uma compreensão mais ampla da ciência sexual⁸, deve-se levar em conta o caráter eminentemente salvífico (soteriológico) da sexualidade, segundo Foucault. A ciência sexual não visa a salvar a alma, mas a salvar o corpo e a vida. Vida e corporeidade passam a ser instâncias reguladoras da salvação empreendida pela ciência sexual. Não é à toa que os saberes biomédicos passam a exercer tanto poder na constituição do sujeito moderno. Por isso, diferentemente do dispositivo de aliança, que se orienta, dentre outros aspectos, pela noção jurídica de lei, a sexualidade requer a norma,

8 Um conceito central para se compreender como mais rigor a questão da ciência sexual é a confissão, conceito de matriz cristã, que fora secularizado na modernidade, atravessando uma multiplicidade de saberes, como a psiquiatria, psicanálise, direito, pedagogia etc. Por causa das práticas confessionais modernas, diretamente derivadas da regulamentação da penitência pelo Concílio de Latrão (1215), investigamos nossa interioridade e produzimos práticas hermenêuticas de decifração de quem somos. Ora, se a sexualidade é o índice de revelação de quem somos, então, é preciso falar do sexo, é preciso deixar o sexo falar de si, para que nos apropriemos de quem somos. Cf. FOUCAULT, 1985, 58-64).

fabrica a normalidade, instaura a patologização e produz práticas de medicalização. Dessa forma, a sexualidade é um dispositivo, que articula poderes, instituições, decisões regulamentares, proposições teóricas e saberes heterogêneos, codifica comportamentos e almeja instituir controle pela via da normalização.⁹ Como diz Foucault: “a tecnologia do sexo, basicamente, vai-se ordenar a partir desse momento, em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença. A ‘carne’ [cristã] é transferida para o organismo”. (Ibidem, p. 111).

Enquanto dispositivo, a sexualidade faz funcionar uma estratégia de formação e controle da subjetividade. A verdade do sexo instituída por esse dispositivo não somente nasce de uma rede de poderes, como exerce poder. Isso porque, diz Foucault, a verdade produz “efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 1984, p. 13). Por esse motivo, a verdade nunca é desinteressada, não é um mero “retrato” objetivo do real, um veículo de descrição do mundo, mas condiciona a subjetividade na qual atua. Como a verdade do sexo subjetiva o sujeito? É preciso dizer: sob o modo da violência. O dispositivo de sexualidade subjetiva violentamente. Exemplo notório disso é o caso de *Herculine Barbin*, analisado por Foucault no texto-prefácio “O verdadeiro sexo”, onde está em jogo, dentre outras questões, a relação entre verdade do sexo, moralidade e violência. Sem diferenciar sexo e gênero, Foucault impõe a questão-guia: “Precisamos verdadeiramente de um verdadeiro sexo?” (FOUCAULT, 2006, p. 82). As culturas ocidentais modernas responderam afirmativamente a essa questão. Por isso, quase nunca experimentaram os corpos e os prazeres livres da verdade do sexo. Isso, contudo, é

⁹ Uma exposição esquemática do que é um dispositivo encontra-se em FOUCAULT, 1984, p. 244-245.

histórico demasiadamente histórico. Isso fica claro, se lavarmos em conta o estatuto civilizacional da pessoa hermafrodita. “Um longo tempo se passou até que se postulasse que um hermafrodita deveria ter um único, um verdadeiro sexo”. (Idem). Houve tempos em que se acreditava que hermafroditas tinham dois sexos. Não só isso. Apesar de em alguns momentos condenarem hermafroditas à morte, seja na Antiguidade ou mesmo na Idade Média, há uma rica jurisprudência que assinala o inverso. Foucault exemplifica isso com a medida medieval, segundo a qual havia a recomendação de se classificar o sexo de alguém mediante alguma regra de proporcionalidade, que mostraria se o indivíduo é mais ou menos homem, mais ou menos mulher. A definição do sexo da pessoa estaria sob a responsabilidade daquele/a que a nomearia, geralmente o pai ou o padrinho. Contudo, quando o indivíduo atingisse a vida adulta, ele ou ela poderia trocar de sexo, com a única exigência de não poder mais retornar para o sexo rejeitado. (Cf. *Ibidem*, p. 83).

A modernidade instaura uma nova compreensão do hermafroditismo. A partir do século XVIII, período que norteia a pesquisa de Foucault no primeiro volume da *História da sexualidade*, os regimes discursivos biologicistas, o aparelho jurídico, a administração estatal, inviabilizaram a manutenção da ideia de ambiguidade sexual da pessoa hermafrodita. A partir da modernidade, o/a hermafrodita possui tão-somente um sexo. Em outros termos, a monossexualidade é um dos “dogmas” da modernidade. O que fora entendido como ambiguidade corporal passa a ser considerado ilusão, máscara de uma verdade a ser arrancada, visibilizada. Nas palavras de Foucault: “A partir de então, a cada um, um sexo, e apenas um. A cada um sua identidade sexual primeira, profunda, determinada e determinante; quanto aos elementos do outro sexo que eventualmente aparecessem, eles apenas podiam ser acidentais, superficiais ou mesmo

simplesmente ilusórios.” (Idem). Toda uma arte da decifração passa a atravessar a prática médica, para que a visualização do verdadeiro sexo se tornasse possível: “o médico terá que, de alguma maneira, despir as anatomias enganadoras e reencontrar, por trás dos órgãos que podiam ter encoberto as formas do sexo oposto, o único sexo verdadeiro”. (Ibidem, p. 83-84). Não há mais espaço, conseqüentemente, para o hermafroditismo, pois toda pessoa hermafrodita é, em verdade, pseudo-hermafrodita. Isso implica na supressão da possibilidade de o indivíduo dizer qual o seu sexo, escolher entre possibilidades restritas, porém existentes. A própria natureza já se encarregou da tarefa de escolher o sexo do indivíduo. O perito seria o intérprete daquilo que a natureza já escolheu para o indivíduo desde o início. Mas, qual a necessidade de se decifrar o verdadeiro sexo de alguém? Qual o perigo da ambigüidade sexual? Foucault responde:

Quando é preciso recorrer à justiça (por exemplo, quando se suspeita que alguém não esteja vivendo conforme seu verdadeiro sexo, e tenha se casado de modo abusivo), ela terá que estabelecer ou restabelecer a legitimidade de uma natureza que não tenha sido suficientemente reconhecida. Mas se a natureza, por suas fantasias ou acidentes, pode “enganar” o observador e esconder durante um certo tempo o verdadeiro sexo, pode-se desconfiar que os indivíduos dissimulam a consciência profunda de seu verdadeiro sexo, e se aproveitam de algumas bizarras anatômicas para servir-se de seu próprio corpo como se ele fora de um outro sexo. Em suma, as fantasmagorias da natureza podem servir aos abusos da libertinagem. Daí o interesse *moral* do diagnóstico *médico* do verdadeiro sexo. (Ibidem, p. 84)

A ambigüidade sexual nada mais é que ocasião para imoralidade. Se alguém é “verdadeiramente” mulher, mas vive como se fosse homem, isso é um perigo, por ser uma prática socialmente inaceitável. Viver como se fosse do sexo oposto – eis o passaporte para a libertinagem, vício inaceitável para o convívio social. Identi-

ficar o sexo verdadeiro de alguém passa a ser, portanto, instrumento de moralização do indivíduo. Medicina e moralidade passam a se unir, com o intuito evidente de estabelecer controle social. No caso de Herculine Barbin, isso fica patente por causa do desdobramento de sua história. Primeiramente, foi considerada mulher. Contudo, foi capturada em um internato para meninas em que estudava e vivia por um padre e um médico. Se os traços fisionômicos eram ambíguos, a hermenêutica médica conseguiu, por fim, mostrar que ela era ele. No texto de 21 de junho de 1831, Adolphe Duval, médico agregado da Faculdade de Paris, que “decifrou” o caso Herculine, “constatou”: “Acrescentando que durante o exame tenha havido ejaculatio seminalis involuntária, provocada por uma excitação psíquica momentânea e que o microscópio tenha revelado claramente a existência de espermatozoides normais, em movimento, pode-se dizer que Alexina [ou seja, Herculine] é um hermafrodita masculino. É portanto um homem e, mais ainda, um homem capaz de reproduzir”. (BARBIN, 1982, p. 175). A redesignação do sexo de Herculine a levou a cometer suicídio. Para Foucault, a questão de Herculine não consiste no fato de ela se achar mulher e ter de viver como homem. Herculine vivia uma “não-identidade” (FOUCAULT, 2006, p. 88) sexual e, por isso, sua felicidade era proporcional ao fato de não precisar se identificar sexualmente entre as meninas com as quais vivia. O fato de desejar meninas e ser por elas desejada não fazia de Herculine alguém homossexual ou bissexual. Ela não possuía identidade sexual. Por isso, ela era “outra”, sem ter sido do “outro sexo” (Idem). Justamente a indefinição sexual é o absurdo a ser anulado pela ordem médica moderna. Ora, se esse saber exerce poder e se o poder atravessa e constitui o sujeito, então, o caso Herculine Barbin é um exemplo claro de que verdade do sexo e violência se entrelaçam no dispositivo da sexualidade.

Se, para Foucault, o dispositivo da sexualidade atua violentamente na constituição da subjetividade, para Butler, essa relação se explicita inicialmente mediante a desconstrução do suposto caráter substancialista da noção de sexo. Orientada por um arcabouço conceitual de matriz foucaultiana, Butler promove sua genealogia política das identidades de gênero com o intuito de desconstruir as sedimentações históricas da ordem social falocêntrica e heterocentrada e pensar possibilidades de resistência. Exatamente essa ordem político-social, por um lado, promove a estabilização de binarismos e legitima a subordinação de gêneros inferiorizados e a anulação de identidades indesejáveis. Por outro lado, a heteronormatividade falocêntrica – que acaba se identificando com aquilo que Butler chama de heterossexualidade compulsória – funciona como índice de subjetivação dos indivíduos sob o modo da sujeição. Como, então, entender os contornos centrais da relação entre violência, gênero e sujeição? Alguns elementos das obras *Problemas de gênero*, *Corpos que importam*¹⁰ e *A vida psíquica do poder* nos auxiliarão a responder essas questões. O fio condutor a ser seguido para uma reta compreensão do problema mencionado é o da suposição do caráter pré-discursivo do sexo, suposição esta que funciona como estratégia promovida pelo poder para manutenção do status quo de certa normatividade de gênero e da ordem social dela correlata. Partamos da relação metafísico-tradicional entre sexo e gênero. Como ambos tradicionalmente se articulam? Vejamos.

O binômio sexo/gênero, operacionalizado por muitos discursos feministas assim como machistas, nasce de uma compreensão metafísica da noção de sexo e de uma compreensão histórico-culturalista do conceito de gênero. Nesse caso, o sexo é um dado pré-discursivo,

10 Como utilizaremos algumas informações do primeiro capítulo dessa obra, faremos uso da tradução brasileira desse capítulo que fora intitulado *Corpos que pesam*.

pré-cultural e ahistórico, marcadamente biológico e pretensamente inquestionável. Como questionar um dado biológico? Pessoas portadoras de vagina não são mulheres? Conseqüentemente, o sexo parece ser o destino biológico do indivíduo, uma noção-limite, uma vez que ela delimita o campo de consideração de tudo que é histórico-cultural no ser humano. Já o gênero aparece como interpretação histórico-cultural de um corpo biologicamente dado. Para Butler, essa diferenciação já assinala um paradoxo: o gênero parece poder divorciar-se do sexo, uma vez que nada garante que o gênero masculino possa e deva ser exercido tão-somente por homens. Daí a descontinuidade entre sexo e gênero e não a pretensa linearidade e continuidade entre ambos. Nas suas palavras: “Levada a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de ‘homens’ aplique-se exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo ‘mulheres’ interprete somente corpos femininos”. (BUTLER, 2014, p. 24). Isso implica na desconstrução do binarismo de gênero, pois, se não há necessariamente continuidade entre sexo e gênero, então o binarismo de sexo não precisa ser duplicado ou mimetizado no âmbito do gênero. Por isso mesmo, o gênero pode ser múltiplo, ainda que se suponha a dualidade no campo do sexo. O gênero não é, portanto, a priori mimético; não é necessariamente a imitação cultural de um dado pré-cultural (sexo). Apesar de Butler assinalar esse paradoxo, não é no seu interior que seu pensamento se move. Ela questiona justamente a possibilidade de se considerar o sexo como uma instância pré-cultural e pré-discursiva. Em uma passagem paradigmática, Butler diz:

Teria o sexo uma história? Possuiria cada sexo uma história ou histórias diferentes? Haveria uma história de como se estabele-

ceu a dualidade do sexo, uma genealogia capaz de expor as opções binárias como uma construção variável? Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma. (Ibidem, p. 25)

O que parece ser um conjunto de dúvidas e/ou hipóteses investigativas, em verdade, traduz o posicionamento de Butler: o sexo, em última instância, é gênero. Ele é gênero sob uma roupagem diferenciada, uma vez que não se visualiza inicialmente o fato de ser ele mesmo efeito de um processo histórico-cultural de construção-fabricação. Por esse motivo, é preciso mostrar por quais meios histórico-culturais-discursivos o sexo é formado e por que ele não é reconhecido desde sempre como gênero. Uma coisa parece ficar clara: se o sexo é o gênero não visualizado, não reconhecido como tal, então, ele obscurece o “fundo” político no qual todo gênero é fabricado. A sexo se mostra, por conseguinte, como zona neutra, campo apolítico, que condiciona as interpretações culturais de gênero. Ora, esse pressuposto de neutralidade acaba funcionando como estratégia política de manutenção de um certo status quo sócio-cultural. Há, portanto, um objetivo do poder em produzir discursivamente o sexo como índice de neutralidade. Sem ser visto como um efeito da relação histórico-cultural poder/discurso, o sexo torna-se causa legitimadora do regime binário norteador de grande parte das relações humanas. Nas palavras de Butler: “Na conjuntura atual, já está claro que colocar a dualidade do sexo num domínio pré-discursivo é uma das maneiras pelas quais a estabilidade interna e a estrutura binária do sexo são eficazmente asseguradas. Essa produção do sexo como pré-discursivo deve ser compreendida

como efeito do aparato de construção cultural que designamos por gênero”. (Ibidem, p. 25-26).

Sem entrar nos detalhes dessa discussão, é preciso entender minimamente o que Butler compreende por fabricação discursiva do gênero e, conseqüentemente, do sexo. Não se trata de uma redução do sexo a uma narrativa inventada por um indivíduo. O discurso é sempre “maior” que os indivíduos, maior até que o conjunto de proposições verbalizadas pelos seres humanos. Ele abarca enunciados que se dão no interior de um campo de visibilidade dentro do qual questões, objetos, conceitos e os signos mais diversos são possíveis, ao mesmo tempo que produz invisibilidades. Não se trata de um conjunto de signos linguísticos que descreveriam estados de fato objetivos, mas de um campo de luta, atravessado por elementos políticos. (Cf. DELEUZE, 2005). Ora, para Butler, o discurso, como percebera Foucault, é atravessado por poderes e ele mesmo exerce poder. Por isso, o discurso é constituidor, é índice de produção de subjetividade. Seu modo de atuar é, segundo Butler, performático, uma vez que a rede discursiva deve atuar e reatualizar sua atuação, para continuar a instituir e condicionar certas subjetividades. Por esse motivo, o discurso atua fabricando o corpo sexuado, pois não há corporeidade pré-discursiva. Desde sempre o poder atua discursivamente na formação corporal. Por isso, a corporeidade aparece como materialização ou concretização das performances discursivas. “Sexo” já é, nesse sentido, uma categoria, um recurso discursivo que atua na formação corporal dos indivíduos. Butler o caracteriza foucaultianamente como ideal regulatório, no sentido de que o sexo não somente fabrica, como também controla e governa o corpo produzido. Daí a reiteração performática do discurso. O discurso deve a cada vez reiterar seu caráter produtor e controlador,

para continuar a fazer funcionar a corporeidade que ele mesmo fabricou. Nas palavras de Butler:

Consideremos, primeiramente, que a diferença sexual é frequentemente evocada como uma questão referente a diferenças materiais. A diferença sexual, entretanto, não é, nunca, simplesmente, uma função de diferenças materiais que não sejam, de alguma forma, simultaneamente marcadas e formadas por práticas discursivas. Além disso, afirmar que as diferenças sexuais são indissociáveis de uma demarcação discursiva não é a mesma coisa que afirmar que o discurso causa a diferença sexual. A categoria do “sexo” é, desde o início, normativa: ela é aquilo que Foucault chamou de “ideal regulatório”. Nesse sentido, pois, o “sexo” não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla. Assim, o “sexo” é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas. Em outras palavras, o “sexo” é um constructo ideal que é forçosamente materializado através do tempo. Ele não é um simples fato ou a condição estática de um corpo, mas um processo pelo qual as normas regulatórias materializam o “sexo” e produzem essa materialização através de uma reiteração forçada destas normas. (BUTLER, 1999, p. 151-152)¹¹

A interpenetração de poder e discurso é, para Butler, a instância explicativa do modo de fabricação histórico do corpo sexuado, ou seja, o sexo é um produto, um efeito cristalizado e autonomizado

- 11** Deixaremos de lado toda a querela butleriana em torno da questão do monismo linguístico-constructivista, que assinalaria a anulação do sexo em nome do gênero e consideraria o gênero algo contingente, por se reduzir à volatilidade linguístico-discursiva. Contudo, deve-se observar que, ao menos em *Corpos que importam*, a noção de matéria é analisada para dar conta da crítica ao monismo discursivo. Nesse sentido, a matéria seria o resultado de um processo de materialização das ações reguladoras do poder, com a finalidade de estabilizar e sedimentar um modo de constituição histórico-cultural do corpo. A matéria seria, nesse caso, a naturalização de um processo performativo no qual o poder atuaria, por meio de discursos, para consolidar certa corporeidade.

do gênero. Ora, isso permite compreender por que a metafísica da substância se tornou o regime filosófico hegemônico, no que concerne à categorialização tanto do sexo quanto do gênero. O sexo passou a ser considerado uma propriedade, um elemento pertencente à constituição ontológica do ser humano e o gênero, por vezes, apareceu como atributo da pessoa humana. Isso é uma estratégia para a preservação da relação assimétrica dos termos interrelacionados no binarismo sexual. Em outros termos, a metafísica da substância tornou-se voz da subordinação e submissão da mulher pelo homem, tornou-se um de seus veículos de disseminação. (Cf. BUTLER, 2014, p. 31). Para que tal subordinação fosse conceitualmente legitimada foi necessário à metafísica da substância instituir a noção de identidade, com o intuito de assegurar ao ser humano uma dinâmica de autoidentificação, que estabelece a coerência interna do sujeito e garante que esta seja perpetuada ao longo do tempo. Eis, portanto, os atributos butlerianos da noção de identidade: autoidentidade (ou autoidentificação), coerência e continuidade ao longo do tempo. (Cf. *Ibidem*, p. 38). Ora, para ela, a identidade não é uma propriedade ontológica, mas um “ideal normativo” (*Idem*) socialmente fabricado. Por meio da produção de identidade, certo horizonte de inteligibilidade cultural, que assegura aos seres humanos reconhecimento e legitimidade, é consolidado e fortalecido. Os conceitos de sexo e gênero são operativos em meio a fabricação social das identidades. Eles respondem sobremaneira pela produção de existência previsíveis e controláveis.

Para dar conta da fabricação social da identidade, as categorias de sexo, gênero, desejo e prática sexual passam a se relacionar de um modo específico. Tais conceitos acabam formando uma cadeia (causal ou expressiva) onde cada termo assegura o significado do outro. Por isso, sexo, gênero, desejo e prática sexual são conceitos

que só podem ser concebidos por meio de uma relação de coerência e continuidade. Exatamente essa cadeia conceitual é compreendida por Butler através do conceito de gênero inteligível. Nas suas palavras: “Gêneros ‘inteligíveis’ são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo”. (Idem). Gêneros inteligíveis são veículos de estabilização identitária e de produção de subjetividades continuamente coerentes. Isso já assinala uma violência constitutiva. Toda produção identitária só é possível, se formas de existência incoerentes forem banidas. A identidade de gênero, que contribui para a fabricação e estabilização de identidades socialmente aceitas, não admite modos de ser mediante os quais “o gênero não decorre do sexo e aquelas [identidades] em que as práticas do desejo não ‘decorrem’ nem do ‘sexo’ nem do ‘gênero’”. (Ibidem, p. 39). Em *Corpos que importam*, Butler deixa claro que a fabricação discursiva do sexo se dá concomitantemente à fabricação de vidas abjetas, ou seja, vidas que não são consideradas sujeitos, pois habitam “zonas ‘inóspitas’ e ‘inabitáveis’ da vida social.” (BUTLER, 1999, p. 155). A condição da abjeção é própria daquela vida cujos modos de ser não são reconhecidos pelos quadros de inteligibilidade cultural. Ora, a noção de identidade de gênero produz identidades abjetas, aquelas que são nulas, pois não são visíveis dentro da amplitude de seu quadro de reconhecimento e visibilidade.

A estabilização de uma identidade de gênero depende da ontologização das categorias metafísicas que possuem pretensão de descrever estados de fato da natureza humana. Com a crítica genealógica de Butler, aparece, contudo, o caráter derivativo da ontologia. A noção ontológica por excelência, a saber, a noção de “ser” não assinala algo estrutural no condicionamento dos sexos e dos gêneros, mas o efeito de uma rede discursiva e de exercícios

reiterativos de poder, que respondem a interesses sócio-políticos bem definidos. Como disse Butler: “A presunção aqui é que o ‘ser’ de um gênero é um efeito, objeto de uma investigação genealógica que mapeia os parâmetros políticos de sua construção no modo da ontologia.” (BUTLER, 2014, 58). Daí sua caracterização final do conceito de gênero: “O gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser.” (Ibidem, p. 59). Ora, se o gênero funciona como elemento subjetivador, então, ele responde por uma dinâmica violenta, que assegura a legitimidade da produção de vidas abjetas. Não só isso. A manutenção de uma identidade que deve a cada vez responder coerentemente por quem ela é e, assim, perpetuar-se ao longo do tempo, exatamente essa formação subjetiva assinala um tipo específico de violência. Butler caracterizou essa formação violenta da subjetividade socialmente aceita por meio da operacionalização do conceito foucaultiano de assujettissement, conceito que conjuga paradoxalmente subjetivação e sujeição. Trata-se, em verdade, do modo hegemônico da fabricação social das subjetividades. Por um lado, o poder, não sendo a priori aniquilador, funciona como condição de produção da subjetividade. Nesse sentido, o poder é constituidor da subjetividade, isto é, o poder subjetiva o ser humano, garantindo-lhe modos de ser. Por outro, o poder produz a sujeição do sujeito à sua dinâmica constitutiva e aos seus respectivos objetivos. Para ser, é preciso ser segundo o poder, segundo seus objetivos, segundo a ordem social que ele fabrica e a qual defende. Quem somos depende visceralmente do que o poder fez de nós. Nas palavras de Butler:

Como forma de poder, a sujeição é paradoxal. Uma das formas familiares e angustiantes como se manifesta o poder está no fato

de sermos dominados por um poder externo a nós. Descobrir, no entanto, que o que “nós” somos, que nossa própria formação como sujeitos, de algum modo depende desse mesmo poder é outro fato bem diferente. Estamos acostumados a pensar no poder como algo que pressiona o sujeito de fora, que subordina, submete e relega a uma ordem inferior. Essa é certamente uma descrição justa de parte do que faz o poder. Mas, consoante Foucault, se entendemos o poder também como algo que forma o sujeito, que determina a própria condição de sua existência e a trajetória de seu desejo, o poder não é apenas aquilo a que nos opomos, mas também, e de modo bem marcado, aquilo que dependemos para existir e que abrigamos e preservamos nos seres que somos. O modelo habitual para entender esse processo é este: o poder se impõe sobre nós; enfraquecidos pela sua força, nós interiorizamos ou aceitamos seus termos. O que essa descrição não diz, no entanto, é que “nós” que aceitamos tais termos somos fundamentalmente dependentes deles para “nossa” existência. Não existem condições discursivas para a articulação de um “nós” qualquer? A sujeição consiste precisamente nessa dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que, paradoxalmente, inicia e sustenta nossa ação (BUTLER, 2017, p. 9-10).

Em outros termos: “‘Sujeição’ significa tanto o processo de se tornar subordinado pelo poder quanto o processo de se tornar um sujeito”. (Ibidem, p. 10). Se o sujeito é formado pelo modo da sujeição, então, é preciso perguntar pela forma psíquica assumida pelo poder no processo de subjetivação. Para Butler, essa vida psíquica do poder se determina pela dinâmica do retorno ou da volta: o poder retorna sobre si e, em assim procedendo, instaura a consciência. Dessa forma, a formação psíquica do sujeito já é marcada pelo apego à sujeição que a instaurou. Isso implica em dizer que o sujeito é formado por forças (poderes) sócio-culturais de tal modo que o sucesso de sua formação é diretamente proporcional aos modos como o próprio sujeito acaba desejando a manutenção dos objetivos intrínsecos às forças que o criaram. Daí a relação entre subjetivação e sujeição. Dito de outro modo, o sujeito é fabricado segundo modos

de ser que preservam o status quo dos poderes que o fabricaram. Por isso, o sujeito se subordina às matrizes de inteligibilidade cultural do lugar em que foi formado, passando a medir-se, a visualizar-se, a compreender-se mediante as categorias sociais hegemônicas. Para Butler, isso significa que o poder produz formas de atuação do desejo, que funcionam como agentes de legitimação das normas de funcionamento da sociedade em cujo contexto o sujeito é produzido. Dessa forma, o desejo acaba almejando existir segundo os quadros de identificação reguladores da sociedade. (Cf. *Ibidem*, p. 36). Trata-se, enfim, de uma dinâmica violenta de produção e manutenção do sujeito, que se atualiza na nos discursos de gênero e na violência explícita no caso da heterossexualidade compulsória, que determina estruturalmente nossa matriz de inteligibilidade de gênero ocidental. Para sermos heterossexuais coerentes, é preciso que nos subordinemos a poderes que nos sujeitam. Para que sejamos aceitos como heterossexuais coerentes, é necessário, por outro lado, que atuemos segundo um quadro sócio-cultural que produz vidas, gêneros, sexos abjetos.

2 EROTISMO, LIBERDADE E TRANSGRESSÃO

Tanto o dispositivo da sexualidade quanto a formação discursiva de gênero parecem descrever um fatalismo insuperável. Como escapar da força coercitiva das redes de poder e dos regimes de saber que promovem subjetividades sujeitadas aos objetivos reguladores dos poderes hegemônicos? Em *A vida psíquica do poder*, Butler deixa claro que a sujeição produtora do sujeito não totaliza a subjetividade, isto é, não determina de modo cabal e absoluto a subjetividade. Antes disso, há uma dupla relação entre poder e subjetividade. Em um primeiro momento, o poder é ocasião de formação do sujeito. Em um segundo momento, o

poder é atuado pela ação do sujeito que ele mesmo formou. Daí a ambiguidade da expressão: “sujeito ao poder” e “sujeito de poder”: “Como sujeito ao poder (que pertence a ele) e sujeito de poder (que o exerce), o sujeito ofusca as condições de seu próprio surgimento; ele ofusca o poder com o poder” (BUTLER, 2017, p. 22). Isso não significa que o sujeito oculte o poder que o forma, para poder calcificá-lo, legitimá-lo, perpetuá-lo. Pode ser que, na ação, o sujeito exerça poder de um modo diferente do que aquele modo que o produziu. O poder condiciona a ação do sujeito, porém não a determina. Por isso mesmo, a ação é o campo onde o sujeito excede o poder que condiciona o sujeito. Em outros termos: “A ação excede o poder que a possibilita. Pode-se dizer que os propósitos do poder nem sempre são os propósitos da ação. Na medida em que estes diferem daqueles, a ação supõe a assunção de um propósito não projetado pelo poder (...)” (Ibidem, p. 24). Isso implica em dizer que a ação é o âmbito da resistência. Ora, mas como se dá essa ação no campo da resistência de gênero? Se seguirmos, por exemplo, a obra *Problemas de gênero*, tudo parece assinalar que a resistência se dá na parodização de gênero, exemplificado paradigmaticamente na figura da/do drag (queen/king). A paródia de gênero é uma repetição que anula a pretensão identitária do modelo a ser copiado. Uma/um drag, quando afirma, sua manifestação de gênero, acaba produzindo um colapso na pretensão substancialista do gênero que acreditamos que está sendo imitado. “Consequentemente, há um riso subversivo no efeito de pastiche das práticas parodísticas em que o original, o autêntico e o real são eles próprios constituídos como efeitos. A perda das normas do gênero teria o efeito de fazer proliferarem as configurações de gênero, desestabilizar as identidades substantivas e despojar as narrativas naturalizantes da heterossexualidade compulsória de seus protagonistas centrais:

‘homens’ e ‘mulheres’” (BUTLER, 2014, 210-211). Ora, se nossa hipótese de leitura estiver correta, deve-se então, questionar: será que a paródia é, de fato, uma forma de resistência que produz alguma alternativa à violência na constituição de gênero? Se não for – como também é a nossa hipótese –, como poderíamos pensar uma resistência à altura para o problema da relação entre sexualidade (entendida como dispositivo), gênero e violência?

Como dito na introdução, é preciso reconhecer a insuficiência da simples desconstrução genealógica da (pretensa) matriz substancial do sexo (e do gênero). Importa pensar práticas de liberdade, que constituam campos positivos de autoconstituição do sujeito. A simples desconstrução genealógica de gênero acaba por reduzir a noção de liberdade a tão-somente uma prática de liberação. Se a liberação é necessária, como mostramos anteriormente ao citar Foucault, ela deve ser relativa à liberdade à qual ela pode servir. Talvez, o excesso pensado por Butler em relação à ação pode ser conjugado com a experiência de liberdade proporcionada pelo erotismo. Até que ponto o erotismo é produtor de liberdade? Eis a questão que deve nos orientar agora. Devemos assinalar somente alguns elementos importantes acerca do erotismo para se pensar a possibilidade de produção de liberdade em meio a regimes de subjetivação promotores de sujeição. Nada, portanto, é aqui definitivo, mas tão-somente ensaístico. Perguntamos, então: como o erotismo resiste à verdade do sexo resultante da ciência sexual e à produção heteronormativa do gênero?

Segundo Foucault, a ciência sexual relaciona-se com a verdade de um modo distinto da arte erótica (*ars erotica*), cuja dinâmica só pode ser entendida na obra foucaultiana contrastivamente, ou seja, em contraste com a ciência sexual. Se a ciência sexual faz o sexo dizer sua verdade e, por meio de tal verdade, “revela” a verdade do

sujeito, na arte erótica, o indivíduo se relaciona criativamente (ou artisticamente) com a verdade do seu prazer e do prazer do outro. Trata-se de um saber que nasce do prazer e incide sobre a reprodução do saber. O prazer passa a ter uma verdade de caráter experiencial, que se acumula e produz uma tradição. “Na arte erótica, a verdade é extraída do próprio prazer, encarado como prática e recolhido como experiência” (FOUCAULT, 1985, p. 57). Há, portanto, uma verdade na arte erótica. Ela não se manifesta em proposições com pretensão de universalidade. Sua verdade se refere à intensidade de prazer que ele permite ser cultivado e produzido. Como afirma Foucault: “este saber deve recair, proporcionalmente, na própria prática sexual, para trabalhá-la como se fora de dentro e ampliar seus efeitos”. (Idem). A verdade da arte erótica é praxiológica. Ela não fornece medidas universais para os comportamentos, mas atua na performatização das experiências eróticas, ao potencializar a intensidade dos prazeres. Essa verdade não deve ser confessada, não deve ser exposta, não deve fomentar uma rede de poder-saber que se assegurem da verdade teórica do sexo e da verdade essencialista do sujeito. O saber proporcionado pela arte erótica é silenciosa, pois “perderia sua virtude ao ser divulgado [o saber erótico]” (Idem). A oposição mais importante se dá entre verdade da intensidade do prazer e verdade do sexo. Eis o contraste mais evidente entre arte erótica e ciência sexual. Em síntese:

Essa oposição entre as sociedades que tentam sustentar um discurso científico sobre a sexualidade, como fazemos no Ocidente, e as sociedades em que o discurso é igualmente um discurso muito difundido, mas que não visa a instituir uma ciência, e busca, pelo contrário, definir uma arte – uma arte que visaria a produzir, através da relação sexual ou com os órgãos sexuais, um tipo de prazer que se procura tornar o mais intenso, o mais forte ou o mais duradouro possível. Encontra-se, em muitas sociedades orientais, assim como em Roma ou na Grécia antiga, toda uma série de dis-

curso muito numerosos sobre essa possibilidade, ou em todo caso sobre a busca dos métodos por meio dos quais se poderá intensificar o prazer sexual. (FOUCAULT, 2006, p. 61).

A arte erótica funda, para Foucault, um horizonte de resistência à ciência sexual e à verdade do sexo por ela fundada. Nesse sentido, desejar o sexo não é uma saída efetiva para a ditadura da ciência sexual. Isso porque “desejo do sexo” (FOUCAULT, 1985, p. 146) não é um simples impulso subjetivo em direção à relação sexual. Desejo do sexo é a expressão foucaultiana que responde pela afirmação do sexo, entendido como o efeito histórico do dispositivo de sexualidade. Desejar o sexo é um elemento operativo do dispositivo de sexualidade. Por isso, a resistência ao dispositivo de sexualidade não pode ser pensado por meio da noção um tanto conhecida de liberação do desejo, pois o desejo já se formou pelo e no interior do dispositivo de sexualidade, uma vez que este faz o desejo atuar de um determinado modo. Não sexo-desejo, mas intensidade do prazer – eis a resistência ao dispositivo de sexualidade. Em outros termos: “Contra o dispositivo de sexualidade, o ponto de apoio do contra-ataque não deve ser o sexo-desejo, mas os corpos e os prazeres”. (Ibidem, p. 147).

Deve-se observar que a noção foucaultiana de desejo operacionalizada no final de História da sexualidade I: a vontade de saber não esgota as possibilidades semânticas do desta noção. Deleuze, por exemplo, entende o desejo como índice de desterritorialização, uma vez que o desejo não é refém da ideia usual de falta; não é a falta o princípio mobilizador do desejo. O desejo, segundo ele, é criador, produtor de diferença, não capturável pelo regime da representação. Trata-se de um afeto, que agencia criativamente elementos heterogêneos. Melhor: “desejo não comporta falta alguma; tampouco se trata de um dado natural; ele é o mesmo que um agenciamento de

heterogêneos que funciona; ele é processo, contrariamente a estrutura ou gênese; ele é um afeto, contrariamente a sentimento; ele é ‘heccidade’ (individualidade de um dia, de uma estação, de uma vida), contrariamente a subjetividade; ele é acontecimento, contrariamente a coisa ou pessoa”. (DELEUZE, 2016, p. 134) Sem entrar nos pormenores do conceito deleuziano de desejo, deve-se observar que o próprio Foucault indiretamente vislumbrou o caráter excessivo, criativo, transgressor do desejo, quando escreveu sobre a noção de transgressão em Bataille. (Cf. FOUCAULT, 2015). Isso porque a transgressão aparece, na obra de Bataille, sobretudo na experiência erótica, determinada essencialmente pelo desejo (ou vontade). Daí a plausibilidade da nossa hipótese, segundo a qual a experiência erótica em Bataille e sua relação com o desejo auxilia no esclarecimento do poder de resistência do erotismo, tal qual vislumbrado por Foucault, mas não explicitado por ele. Como, então, Bataille entende o erotismo? Vejamos alguns de seus elementos centrais.

Eis a conhecida formulação batailliana do erotismo, de aparente ressonância nietzschiana: “Do erotismo, é possível dizer que é a aprovação da vida até na morte”. (BATAILLE, 2014, p. 35). Essa caracterização do erotismo não é uma fórmula vazia. Por isso, ela exige ulteriores esclarecimentos. Primeiramente, o que significa aprovar a vida? Em segundo lugar, o que significa morte, na formulação de Bataille? Inicialmente, deve-se levar em conta que o erotismo não se identifica simplesmente com a reprodução sexual. Aliás, o erotismo não é o mesmo que coito sexual. Isso porque é possível que a atividade erótica se desenvolva sem almejar a reprodução. Bataille não trabalha com a compreensão teleológica do erotismo, que o reduziria à reprodução. O erotismo excede a reprodução, assim como excede o sexo. Por isso, Bataille chega a distinguir três tipos de erotismo: erotismo dos corpos, erotismo do coração e ero-

tismo sagrado – este último acaba se identificando com a noção de mística. Os três tipos de erotismo assinalam, de modos distintos, um mesmo sentido, um mesmo lógos. Neles, a vida se afirma até na morte. Contudo, ainda que o erotismo não se reduza ao ato sexual e à reprodução, esta última acaba sendo um veículo para compreensão da dinâmica do erotismo. Nesse sentido, tanto em seres que se reproduzem assexuadamente quanto em seres de reprodução sexuada, a reprodução assinala uma ruptura com a descontinuidade inerente aos seres individualizados. A afirmação do indivíduo só é possível porque ele afirma o que o distingue dos demais. Por oposição, a morte é a supressão da descontinuidade, da individualização dos seres. Por exemplo, quando seres de reprodução assexuada se reproduzem, há um instante onde a formação de dois núcleos autônomos ainda não se estabeleceu completamente e o indivíduo inicial do qual nascem dois novos indivíduos já perdeu sua individualidade. Ali, nesse instante, “O primeiro [indivíduo] morre, mas aparece, em sua morte, um instante fundamental de continuidade de dois seres”. (Ibidem, p. 38) Morte, reprodução e continuidade se interpenetram e revelam, dessa forma, a dinâmica constitutiva de todas as formas de erotismo. O erotismo acaba, portanto, deixando vir a lume certa nostalgia dos seres descontínuos: a saudade de uma experiência de unidade, continuidade ou supressão dos limites da individualização. Como afirma Bataille:

Somos seres descontínuos, indivíduos que morrem isoladamente numa aventura ininteligível, mas temos a nostalgia da continuidade perdida. Suportamos mal a situação que nos prende à individualidade fortuita, à individualidade perecível que somos. Ao mesmo tempo que o desejo angustiado da duração desse perecível, temos a obsessão de uma continuidade primeira, que nos religa geralmente ao ser. A nostalgia de que falo não tem nada a ver com o *conhecimento* dos dados fundamentais que introduzi. Alguém pode sofrer por não estar no mundo à maneira de uma onda perdida na

multiplicidade das ondas, mesmo ignorando os desdobramentos e as fusões dos seres mais simples. Mas essa nostalgia determina em todos os homens as três formas do erotismo [dos corpos, do coração e erotismo sagrado]. (Ibidem, p. 39)

A experiência do erotismo não exige aniquilação objetiva do indivíduo. Em outros termos, a morte que atravessa o erotismo não é necessariamente falecimento do indivíduo. É a “destruição da estrutura do ser fechado” (Ibidem, p. 41), isto é, do ser autossuficiente, enclausurado em si próprio, que com tudo e com todos se relaciona por causa dos limites de sua individualidade. Por isso, Bataille afirma que, no erotismo, a vida descontínua não desaparece, mas “é apenas colocada em questão” (Ibidem, p. 42). O erotismo é fusão de seres distintos, uma ruptura com a realidade imediata da autossubsistência dos seres. Para tanto, é preciso dissolver formas constituídas. A constituição dos limites da descontinuidade, todavia, resulta da ação de forças sociais as mais diversas. As formas da individualidade são “formas de vida social, regular, que fundam a ordem descontínua das individualidades definidas que somos”. (Idem) Desse modo, o erotismo é uma ruptura, uma transgressão da fabricação social dos limites da descontinuidade, limites estes que nos definem socialmente e nos controlam no mais das vezes. Exceder os limites da individualidade é o sentido do movimento erótico. Justamente o excesso experimentado pelo erotismo é fruto da ação do desejo. Isso implica em afirmar que o desejo rompe os limites das identidades socialmente constituídas. Como o desejo possui essa força transgressora e dissolutora?

O caráter transgressor do desejo aparece quando levamos em conta que ele anima o que Bataille chama de experiência interior. Experiência interior, conceito que se identifica com a noção de “experiência mística” (BATAILLE, 2016, p. 33), não diz respeito à união/

fusão da alma com um ente chamado Deus. A transcendência metafísica de Deus, desconstruída por exemplo em Teoria da religião, não pode fundamentar o sentido último da experiência interior. A experiência interior não revela nenhum conteúdo positivo, “não pode fundar a crença nem partir dela” (Ibidem, p. 34). Para entender a riqueza da experiência interior e do desejo que a anima, deve-se considerar minimamente a compreensão batailliana de experiência (talvez possuidora de rastros hegelianos). Em A experiência interior, ele exemplarmente afirma: “Chamo experiência uma viagem ao extremo do possível do homem. Cada qual pode não fazer essa viagem, mas, se a faz, isso supõe que foram negadas as autoridades, os valores existentes, que limitam o possível. Pelo fato de ser a negação de outros valores, de outras autoridades, a experiência que tem a existência positiva torna-se ela própria, valor e autoridade” (Ibidem, p. 37). A autoridade da experiência leva o ser humano a entrar no extremo do possível. O possível não é algo determinado, não é uma identidade ou uma natureza. A possibilidade – noção que parece possuir, em Bataille, influência do pensamento existencial contemporâneo – assinala a ruptura dos limites da descontinuidade e a entrada no reino da imanência, reino onde a vida transgredir os limites de suas formas socialmente constituídas. Ora, se a experiência é interior, a interioridade não possui traços subjetivistas, mas imanentes. Trata-se do interior do possível, isto é, o possível é o índice de interioridade da experiência. O desejo mobiliza e possibilita o indivíduo justamente a transgredir os limites da individuação e entrar na imanência do possível.

Ao realizar sua genealogia da descontinuidade, Bataille mostrou que esta surge para o ser humano através do trabalho. Para promover sua subsistência, os seres humanos necessitaram fabricar ferramentas e produzir bens de consumo. Justamente isso

instituiu a oposição sujeito-objeto, matriz de toda descontinuidade: “É na medida em que as ferramentas são elaboradas com vistas à sua finalidade que a consciência as coloca como objetos, como interrupções na continuidade indistinta” (BATAILLE, 2015, p. 29). Essa interrupção inaugura o não-eu, a subordinação do objeto ao sujeito e o hiato entre os termos interrelacionados. Há, então, no binômio sujeito-objeto, a construção da transcendência do objeto por parte do sujeito. Justamente essa transcendência suspende a relação imediata ou imanente com o mundo. Sem o mundo do trabalho, a exterioridade e a separação não existiriam, privando, assim, o ser humano da possibilidade de instituir conhecimentos claros e distintos. Por outro lado, a ruptura da imanência (ou do campo da possibilidade) inaugura também a força dos interditos. Ora, se no erotismo a experiência interior é instaurada e a dicotomia sujeito-objeto é suspensa, então, é preciso dizer que, nela, também o interdito é suspenso. A suspensão dos interditos identifica-se com a experiência da transgressão. Transgressão é a experiência que “suspende o interdito sem suprimi-lo”. (BATAILLE, 2014, p. 59). Não só isso. Para Bataille, a condição humana só forma consciência por meio da instauração do interdito. Por isso, a experiência interior só é possível, caso haja interdito. (Cf. *Ibidem*, p.59-63). Ao mesmo tempo, só se sabe plenamente o sentido do interdito, se o transgredimos ou, em linguagem teológica, se pecamos. Dessa forma, consciência, interdito e transgressão são conceitos que se esclarecem mutuamente.

O agente da transgressão é o desejo. Nele, o ser extasia-se, sai de si, direciona-se ao outro e coloca-se, assim, “fora da descontinuidade individual” (*Ibidem*, p. 127). O outro é aquele/a que me permite negar-me no estado de individuação e descontinuidade em que me encontro. Ele me permite violentar o estado de individualidade e exceder seus limites intrínsecos. Ora, isso assinala que a experiência

da violência, para Bataille, não significa simplesmente aniquilação do vivente, mas transgressão dos interditos e produção de experiências interiores. Exatamente aí está o sentido da plena afirmatividade da vida até na morte. O sentido do erotismo está a afirmação de uma experiência que excede os limites da descontinuidade e produz, na dissolução de si, na morte das formas socialmente delimitadas, a possibilidade do possível, o excesso da imanência, a plenitude da continuidade. Tal experiência só é possível, se for irreduzível ao campo das identidades socialmente produzidas. Como ela não nega os interditos, mas os suspende, a experiência erótica não se estabelece saindo das formas socialmente engendradas, mas resistindo às suas prescrições e às suas injunções, ou seja, produzindo sua suspensão. Trata-se de uma experiência vital que suspende o poder ditatorial das identidades socialmente fabricadas, sem que simplesmente recuse o âmbito de tais identidades. Eis como erotismo e resistência se interconectam, em Bataille. Eis como a afirmação do desejo produz linhas de fuga dos regimes identitários fabricados pela sociedade. Talvez seja o erotismo o índice de produção de liberdade nos contextos sociais onde as identidades de gênero e a ciência sexual orquestram sua dominação. Desejar é preciso; viver não é preciso.

REFERÊNCIAS

BARBIN, Herculine. **Diário de um hermafrodita**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

BATAILLE, Georges. **O erotismo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

_____. **Teoria da religião**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

_____. **A experiência interior**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Vol. II. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

BUTLER, Judith. “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’”. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

_____. **Relatar a si mesmo: crítica da violência ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2013.

_____. **Dois regimes de loucos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. V: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **“Prefácio à transgressão”**. In: Ditos e escritos III: Estética: Literatura e pintura, música e cinema. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. “O sujeito e o poder”. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. Michel **Foucault: uma trajetória filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

_____. “Como se exerce o poder?” In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 2013b.

O NOME DA DOR: atuação do psicólogo frente aos cuidados na Síndrome da Fibromialgia

Flor Bella Matos de Oliveira
Simony de Sousa Faria

1 INTRODUÇÃO

O estudo pretende analisar consequências psíquicas, físicas e comportamentais na qualidade de vida da pessoa que tem fibromialgia. É notório o modo como a dor interfere na vivência humana, sendo esse um sintoma sempre relatado em toda a história. Quando a dor se instala como crônica, ela passa a afetar também a vida da pessoa em vários níveis, pois passa a trazer reinterpretações para como o indivíduo entende o mundo que o cerca. Mudando, assim, sua percepção, sua personalidade, ou seja, muda também o sentido da sua existência.

Considerando o exposto e entendendo que não somente a dor, mas também outros sintomas trazem prejuízos ao modo de viver da pessoa, afetando as relações familiares, sociais, de trabalho e até questões mais subjetivas de vida, como entendimento de si e do mundo, da cultura e de si mesmo, observa-se como não só doenças, a priori, de caráter biológico afetam ou até mesmo servem como “gatilho” para incongruências de vida, problemas emocionais e congelamentos do modo de viver. Portanto, as dores do paciente com fibromialgia podem ser constantes e paralisantes e somados

aos outros sintomas interferem de forma intensa no cotidiano da pessoa que a sente.

As tentativas de entender e aliviar a dor é vista em toda a história humana, desde os primeiros registros de ideias. Pouquíssimos são os campos de conhecimento que abordam a temática, principalmente pelo fato da dificuldade de amarrar cada aspecto que integram a vida humana, como cultura, sociedade e individualidade. O entendimento da dor perpassa aspectos além sintomas biológicos, pois sua compreensão histórica mostra como o ser humano a sente e de que maneira isso afeta sua vida em contextos mais amplos.

Ainda não existem estudos que expliquem a origem e as relações causais da fibromialgia, todavia, alguns autores apresentam situações que são comuns em pessoas que sofrem dessa síndrome como membros da família desorganizados, ansiosos e com histórico de dores e buscas constantes por serviços de saúde. A pessoa adoecida geralmente apresenta comportamentos de fuga e esquivas como recurso de enfrentamentos.

Observa-se que o paciente busca outros meios pelos quais pode viver, e geralmente assume posturas passivas, também ocasionadas por possíveis ganhos secundários e arranjos incongruentes ao seu modo de vida.

O psicólogo se propõe a buscar, junto ao paciente, pontuar as consequências da doença para a vida do mesmo, e que geram situações as quais contribuem para atrapalhar seu modo de vida, e, a partir disto, encontrar novas possibilidades de sentido para a vida, corroborando para a melhora da saúde do paciente.

A pesquisa traz consigo a importância de se discutir sobre o sofrimento de pacientes com fibromialgia, posto que é um tema pouco estudado, principalmente através do olhar da ciência psicológica.

Tenta-se aqui trazer o tema para discussão, uma vez que, a vida de pessoas que têm esta doença vem sendo negligenciada, até mesmo pela forma como os sintomas se apresentam, as complicações diretas e indiretas causadas por esse acometimento e as possibilidades de contribuição para a qualidade de vida.

Com isso, o estudo se mostra relevante no sentido de contribuir com o enriquecimento sobre a temática, tanto para a teoria, pois o mesmo busca trazer um compilado de informações, como para a prática do psicólogo que precisará se respaldar teoricamente para lidar com esses casos, e também problematizar uma patologia que não tem diagnóstico fechado e envolve prioritariamente aspectos subjetivos, pois a dor, em sua dimensão, é pessoal de quem sente.

2 O FENÔMENO DA DOR

Ao falar sobre dor depara-se com um campo abstrato, que pode ser entendido por diversas perspectivas. Geralmente, para o saber médico, ela é vista como sintoma e o objetivo é amenizar a dor ao máximo pela via medicamentosa, todavia, trata-se de uma prática que reduz outros aspectos importantes da vida do paciente para compreensão do que pode realmente vir a ser. Ela (a dor), causada pela natureza ou pelo homem, sempre foi uma parte comum da vida.

Compreender o fenômeno da dor abre a possibilidade de se discutir o imaginário de grupos sociais, ideias que permearam a sociedade por toda a sua história, e à medida que se compreende como essas crenças e percepções acontecem, pode-se pensar como as pessoas podem crer e sentir, ou seja, a maneira como vivenciam esse fenômeno e o modo como o interpreta.

Na Idade Média (século V a XV), o homem era compreendido como um instrumento da vontade divina, porque seu destino já era previamente traçado de acordo com o estilo de vida de seus progenitores, logo, este teria o mesmo destino. Assim sendo, coisas boas eram entendidas como bênçãos, mas as situações dolorosas significavam a ação de uma divindade sobre suas vidas. De certa forma, esta situação cria uma ambiguidade na interpretação da dor, que poderia ser vista como castigo ou provação a serem enfrentados (PORTNOI, 1999).

Em 1847, depois de longos estudos em busca das melhores soluções para a dor, finalmente se descobre a anestesia por vapor de éter. Essa descoberta foi entendida como um novo momento para os procedimentos médicos no tratamento da dor e uso em procedimentos cirúrgicos. Nesse momento, o homem se vê como dominante de toda dor, memórias horrorosas e olhares temerosos em relação aos contextos de cuidado com a saúde e seu envolvimento da dor. (CAPA, 2009). Alguns autores explicaram esse momento como também um ponto de mudança na perspectiva da cultura. Afinal, se agora tem-se capacidade de controlar a dor física, o controle das dores emocionais está mais próximo de ser “descoberto”.

A dor é uma experiência desagradável, que envolve aspectos físicos e emocionais os quais podem deturpar a perspectiva real do dado ou do que pode estar ameaçando e, por isso, é vista como um mecanismo que faz parte do indivíduo e tem por função servir de alerta para a proteção da inteireza da pessoa. Contudo, mesmo possuindo uma função positiva, a dor pode se tornar incontrolável, causando grande sofrimento e comprometendo a qualidade de vida (ANGELOTTI, 1999).

Em uma perspectiva fisiológica, entende-se o mecanismo da dor como uma função de alerta e proteção, que, quando os noci-

ceptores registram estímulos (sejam eles mecânicos, químicos e/ou térmicos) que são interpretados pelo corpo como potenciais ameaças às células. Então, esses sinais são enviados para o sistema nervoso central, para que haja o reconhecimento do perigo (JANEIRO, 2017).

Para a pessoa que a sente, pode ser uma experiência que envolve múltiplas sensações, podendo remeter-lhe a tentativas frustradas de descrição de como a dor a afeta. Eventualmente, sentimento de vazio e solidão podem emergir quando o indivíduo busca ajuda, tenta se fazer entendido, mas, o que sente é tão complexo e incompreensível que acaba por não se sentir acolhido pelo outro. Quando uma pessoa relata sentir dor e de maneira descontrolada, e proporcionalmente sem controle, surgem emoções que podem acarretar comportamentos disfuncionais e até mesmo patologias (SIMURRO, 2014).

Em algum momento da vida todos vão passar pela dor, entretanto, cada um entenderá e ressignificará sua experiência de forma singular baseado em sua compreensão sobre o mundo e sobre si. Com o passar do tempo, pode surgir a compreensão e elaboração do paciente de seus sentimentos e sensações, é quando passa a ter uma experiência mais intensa no sentido de que percebe melhor o que acontece em seu corpo e na sua mente, permitindo-se, desse modo, a sair de um lugar passivo e voltando a ter o controle de sua vida de forma mais efetiva (LIMA, CARVALHO, 2008).

Para os romanos, a dor “dolor dictat” significa aquilo que domina, que comanda, é uma sensação na qual muitas vezes se deixam ser dominados, ou que lutam vorazmente para retomar o poder sobre suas vidas. A dor não é algo fácil de lutar contra e vencer, mas reescrevê-la para o reestabelecimento do equilíbrio de vida é um bom caminho a ser seguido (THERNSTROM, 2011).

Trabalhar com um assunto que tem como principal característica a dor, pode parecer difícil a priori associá-la com estudos em Psicologia. Entretanto, as consequências da dor na vida da pessoa, como significa isso em sua vida é o ponto que interessa para o desenvolvimento do presente estudo. Na carência de estudos sobre fibromialgia dentro do campo da Psicologia, foi necessário recorrer-se a estudos multidisciplinares, também para compreensão em um sentido mais amplo.

2.1 A Síndrome da Fibromialgia (SF)

A fibromialgia se caracteriza por ser uma doença crônica, de etiologia desconhecida, diagnóstico incerto, mas que se apresenta de diversas formas com variabilidades e com tratamento que pode contemplar múltiplas especialidades. Sua origem pode ser multifatorial, sendo a hipersensibilização de áreas do cérebro vista como a mais influente, sem que se desconsidere os fatores genéticos, psicológicos e ambientais. O seu diagnóstico é prioritariamente clínico e a seus sintomas incluem não apenas a dor generalizada, mas também múltiplos outros, dentre os quais os mais caracterizantes são a fadiga, os distúrbios do sono e a depressão (FERREIRA, 2015).

Reconhecida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1992, sob a identificação M 79.7 na Classificação Internacional das Doenças (CID), essa síndrome é definida como composta de dores musculoesqueléticas e outros que não possuem ligação direta entre si, entretanto, devido a suas múltiplas formas de apresentação sintomática, há um impasse entre profissionais a respeito de sua definição como doença, e, mesmo sendo uma síndrome, a dor crônica é um estado de saúde pertinente, mas a fibromialgia, em si, não se afirma como imobilizador para a vida (BESSET, 2010).

Nota-se que a síndrome da fibromialgia pode provocar as mais variadas mudanças em um sentido holístico, ou seja, mudanças emocionais, comportamentais e também orgânicas. Consequentemente, muda-se também o modo como a pessoa pode perceber sua vida, suas relações com a família, amigos e/ou no de trabalho, dentre outros. Pensando nisso, os profissionais da saúde precisam ir para além da visão biologicista, ou seja, precisam também intervir em todos os aspectos que são de grande relevância. Entender como essa pessoa se relaciona, como percebe o mundo, como percebe sua dor e o modo como isto a afeta e como esta é enfrentada (ARAÚJO ET AL., 2017).

Alguns estudos mostram que pessoas com fibromialgia e outras doenças que tem como principal sintoma a dor crônica, mostram alterações no córtex em níveis estruturais e funcionais importantes como atrofia e hiperatividade. Também expressam alterações em áreas do movimento, sensações, memória e emoções, que podem ser observadas com percepções alteradas de dor. Essas alterações afetam diretamente o estado de alerta e a sensibilização de regiões corporais (GOSLING, 2013).

A autora supracitada também sublinha que cada pessoa tem seus modos de se expressar, e isso acontece de modo singular, mas ela também ocupa um espaço na sociedade, relaciona-se e ainda padece devido a uma condição de sofrimento físico e psíquico. Diante disso, faz-se necessário compreender o fenômeno da dor em seus múltiplos aspectos, bem como o modo como essas pessoas se sentem e enfrentam sua condição.

Esses múltiplos fatores acabam gerando incertezas a respeito da definição da SF no que diz respeito a semelhança de seus sinais e sintomas com a depressão maior, e a síndrome da fadiga crônica, as quais também podem ser explicados por alguns autores como uma

patologia de origem somática. Não existe uma unanimidade sobre a influência dos sintomas psicológicos no processo da dor, todavia, algumas desordens e vulnerabilidades na vida emocional da pessoa são percebidas, bem como traços de tensão, nervosismo, irritabilidade, estresse e catastrofização, sendo estes comuns à depressão (SOUZA et al., 2014).

Um viés da literatura pondera que alguns aspectos podem incitar o surgimento da Síndrome da Fibromialgia como, por exemplo, sofrimento emocional ocasionado por níveis de estresse elevado, situações de graves conflitos a longo prazo, histórico de ansiedade, abandonos, traumas, ou tipos de personalidade. Cada uma dessas possibilidades citadas, e outras tantas, geram alteração no processamento de dor pelo organismo que cria uma relação indissociável com as características da SF (SANTOS; KAZIYAMA, 2012). De acordo com os mesmos autores, a associação que se faz com a depressão ainda é de origem inconclusiva, sendo que ambos possuem muitas aproximações na sintomatologia como a fadiga, sono inquieto, variação de humor e dificuldade de resolução de problemas e habilidades sociais empobrecidas.

Há a possibilidade da multidisciplinaridade ao trabalhar com o paciente fibromiálgico tanto para avaliação e diagnóstico como compreensão da qualidade de vida. Nos aspectos psicológicos, observa-se muitos sintomas a serem confundidos com psicopatologias, ou até mesmo a fibromialgia vir com comorbidades como a depressão e a ansiedade, dentre outros que possuem características semelhantes em uma classificação nosológica (BRITES, 2014).

Existe o consenso de que a intervenção deve ocorrer de maneira holística, mas em relação aos sintomas associados ao psiquismo do paciente, ao que interessa inicialmente para o psicólogo é a posição subjetiva daquele que sofre, o modo como expressa o que sente, por

isso, é comum o uso de metáforas, tendo em vista que, a alexitimia pode se tornar característica prevalente no paciente fibromiálgico.

Um aspecto importante a ser observado é a personalidade da pessoa com SF, considerando que este grupo seletivo pode apresentar algumas características em comum, que tornam esses fatores pontos importantes na qualidade de vida, mas também podem contar como aspectos que facilitam o diagnóstico pela identificação de um padrão de atributos. Alguns autores clarificam por grupos heterogêneos onde podem expressar variações dessas possibilidades sintomáticas ou até de comorbidades.

2.2 Possibilidades de intervenção do psicólogo

A psicologia, precisa lidar com o paciente acometido de fibromialgia a partir de uma compreensão empática, considerando a singularidade da pessoa que sente e sofre, para poder compreender a dor e os outros sintomas apresentados por ele. Compreendendo isto, o trabalho do psicólogo fica voltado para caminhar junto ao paciente, buscando descobrir de que modo o adoecimento interfere nos aspectos psicológicos, biológicos e sociais de quem sofre e, a partir disto, encontrar novos caminhos e possibilidades, proporcionando a mudança da percepção, de comportamentos para que estes possam trazer mais conforto e qualidade de vida (GOULART, 2016).

A intervenção com a pessoa que sofre de fibromialgia pode, prioritariamente, ser dirigida para a adaptação. A pessoa deverá adaptar seu modo de vida para lidar com as dores, as limitações, pois, esse processo de adaptação servirá para melhorar sua qualidade de vida. Quanto à intervenção adaptativa, esta pode ser facilitada por duas vias: direcionada para as mudanças no ambiente como também situações que podem ser geradoras de estresse e as adaptações direcionadas para as emoções e a ampliação das percepções

da pessoa. Esta segunda opção é provável de ocorrer, à medida que se percebe a impossibilidade da primeira (PORTNOI, 2014).

Ao falar de adaptação, não significa tratar de comodismo ou simples aceitação do problema, mas, na verdade, trata-se de proporcionar mudanças de perspectivas, movimento, tomada de consciência, ações que podem trazer dinâmica à vida e, assim, tornar a pessoa autora da sua própria história, mesmo que escreva de maneira dolorida mas, autônoma, a fim de compreender que o que lhe acomete não vai passar, mas nem por isso deve se sentir obrigado a parar sua vida e simplesmente sofrer. Adaptar-se a uma dor pode ser deixar de vê-la só como carrasco, mas também como energia que gera incômodo, e que pode ser mobilizadora, dinâmica.

Técnicas de relaxamento podem ser eficientes no tratamento da SF, pois estas buscam, por meio de seus métodos como a meditação, exercícios do controle da respiração, acupuntura, hipnose, dentre outros proporcionar descontração e um estado de tranquilidade para o paciente. Tais técnicas não implicam a ausência de tensão, todavia, pode-se ponderar que os estados de equilíbrio psíquico e físico desencadeiam melhorias para a vida, proporcionando, assim, o encontro do paciente com suas percepções, demandas, desejos que otimizam os níveis de uso das atividades motoras e mentais, etc (SOUZA, 2014). É crucial ressaltar que algumas dessas técnicas não são exclusivas do psicólogo e nem todo profissional está apto para utilizá-las, trata-se aqui de sugestões no processo de intervenção holística.

Algumas intervenções de profissionais da psicologia podem acabar se voltando para alguma sintomatologia comum as outras comorbidades como a depressão e ansiedade, por serem mais conhecidas e já possuírem um manejo de intervenção com esses casos. Algo semelhante pode acontecer quando se trata do uso de

medicações, considerando que a Síndrome da Fibromialgia ainda é um tema pouco pesquisado, conseqüentemente existem poucos referenciais para os profissionais no sentido de norteá-los para o tratamentos e intervenções mais adequados e encontram nas vias medicamentosas uma solução mais imediata para o sofrimento da pessoa. (SANTOS; KAZIYAMA, 2012):

Supondo que a FM estivesse afetando 3% da população, conforme dados estatísticos, e usando os dados apresentados por estudos demográficos, essas estimativas podem ser traduzidas para os custos anuais incrementais de cerca de 12 bilhões de euros para uma população de 80 milhões, por exemplo, dos quais 960 milhões de euros (8%) representam os custos do tratamento farmacológico (HELFFENSTEIN JUNIOR ET AL., pág. 360, 2012).

Nesta afirmativa, o autor relata um estudo sobre custos de um tratamento farmacêutico de pacientes com síndrome da fibromialgia e explicita os gastos expansivos que essa intervenção pode ter. O grande investimento que é feito neste processo demanda da pessoa quantias exorbitantes para atendimentos privados e também para o serviço público de saúde. Uma cultura alimentada pelo saber biomédico e incentivada pelo mercado farmacêutico podem ter grande impacto financeiro na vida da pessoa e de toda a família que precisa dos cuidados e das intervenções.

Ainda pensando sobre o uso de medicações, o cuidado para com o paciente com SF acaba por se dobrar. Trata-se de substâncias que podem intervir diretamente na dor, todavia, não agem sobre a real origem do problema nem levarão a pessoa a se perceber com o cessamento da dor enquanto o efeito da medicação durar. O que se pode notar é uma busca desenfreada por medicações, geralmente a base de opioides, que agem de maneira imediata sumindo com os sintomas e dando uma falsa impressão de cura. O problema desta

situação é o imediatismo que se cria sobre os tratamentos, não dando a oportunidade de o paciente entre em um processo de fazer uma autorreflexão sobre seu adoecimento e de que modo ele pode trazer prejuízos e acomodações para sua vida, bem como ser uma porta para novas possibilidades de sentido de vida (MARIUZZO, 2017).

Não se pretende, aqui, abordar a medicação como um vilão, mas como um dos instrumentos no tratamento. Entretanto, se usado de maneira exclusiva, de forma errônea, focando cessar apenas um sintoma ou comorbidade ou até mesmo com o uso abusivo da substância, que comprovadamente causa dependência e pode levar à morte, este recurso positivo passa a ser mais um elemento prejudicial e limitante das possibilidades de melhora do paciente e este somará ao seu quadro mais um agravante. O que se orienta é o uso consciente, conciliado com os outros meios de tratamento, juntamente com o profissional da psicologia, no suporte ao sofrimento emocional decorrente da doença e do adoecer.

O sistema de gestão das políticas públicas incentiva a predominância do saber médico, o que gera influência sobre as questões sociais e morais na conduta dos profissionais da saúde e dificulta o trabalho da equipe multiprofissional nos atendimentos (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018). Às vezes, o paciente passa por vários médicos, acumula as mais diversas prescrições de medicamentos, faz um uso abusivo e negligente pelo fato de o profissional da medicina não estar preparado para fazer esse diagnóstico e trabalhar com os diversos saberes, tendo a sensibilidade de perceber a importância de cada um trabalhar com seus conhecimentos específicos, mas que também possa trabalhar em conjunto, para somar forças na melhora da qualidade de vida.

Alguns indícios apontam que a famosa artista mexicana Frida Kahlo sofria com os sintomas da fibromialgia. Ela, por sua vez, mes-

mo em grande sofrimento buscou expressar suas dores e sensações através da sua arte. Uma de suas obras intitulada “coluna quebrada” retrata de maneira fidedigna seu sofrimento em meio às dores, onde a imagem se refere a uma mulher (que se pode julgar como a própria autora da obra) aos prantos, sua coluna vertebral representada por uma coluna grega, porém em pedaços dando a sensação de que irá desmoronar a qualquer momento e sua pele cravejada por pregos em vários pontos.

No exemplo de Frida Kahlo, isso é representado em suas diversas obras, mesmo vivendo em um contexto de dor física e emocional, ela conseguiu encontrar um modo de expressar seu sofrimento através da arte, tornando aquela condição como algo que compunha sua existência e que lhe servia como motivador para buscar sentido, já que é uma característica comum às pessoas que sofrem de fibromialgia não conseguirem verbalizar como sentem sua dor.

Ela dizia que a dor não faz parte da vida, mas pode se tornar a própria vida. Com isso, Frida Kahlo demonstrava que depende do que você faz com aquilo que lhe acomete, o modo como você lida, como vive, ou apenas sobrevive com as sensações dolorosas podem ser as melhores saídas para viver com esta condição. Assumir a frente da sua própria vida, compreender que mesmo com dor a vida continua e que nenhum ser humano deve ser cobrado além da sua capacidade. A dor pode ser explicada por alguns mecanismos biológicos, mas o modo como é percebida, significada e expressa pelo indivíduo é única, deste modo, ela deve ser vista pelo profissional como uma jornada muitas vezes solitária, mas necessária para o encontro do sentido da dor na vida.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se sabe ainda como a síndrome da fibromialgia acontece, nem de que modo funciona exatamente, sabe-se que é uma condição dolorosa que, por muitos anos, foi emergindo nos estudos médicos com nomes diferentes e com uma sintomatologia semelhante ao longo da história. É perceptível a influência que a compreensão da dor causa no indivíduo, por isso, passear pelo passado até os dias atuais entendendo como a dor é vista facilita ter um quadro de como a dor é pintada culturalmente, de que modo ela interfere na subjetividade e como esta mesma subjetividade é tocada por esta dor.

Tentar entender a dor em seu íntimo, através de um plano geral é o caminho que o psicólogo deve percorrer para ajudar o paciente com fibromialgia. A relação de como afeta e como se deixa afetar deve ser o meio pelo qual o profissional busca sua intervenção, e o paciente por sua vez encontre em si mesmo as possibilidades de enfrentar e adaptar-se à condição dolorosa, mas que visualize todas as ramificações de sua vida e poder seguir, para que ele possa moldar a dor dentro de sua vida, mas que isso não aconteça de maneira contrária.

REFERÊNCIAS

ANGELOTTI, G; Fibromialgia: análise dos componentes emocionais, cognitivos e comportamentais. 1999. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/34770050_Fibromialgia_analise_dos_componentes_emocionais_cognitivos_e_comportamentais> Acesso em: 15 set. 2018.

ARAUJO ET AL. Fenômeno subjetivo da dor e a síndrome da fibromialgia, II Congresso Brasileiro de Ciências da saúde, Universidade integrada Tiradentes, 2017. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/53663892-Fenomeno-subjetivo-da-dor-e-a-sindrome-da-fibromialgia.html>> Acesso em: 13 out. 2018.

BESSET, V. L. et al. Um nome para a dor: fibromialgia. Revista Mal Estar e Subjetividade, v. 10, n. 4, p. 1245-1270, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400009> Acesso em: 20 de abril de 2018.

BRITES, N. M. Fibromialgia e a multidisciplinaridade. Revista uninga, v. 41, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1178>> Acesso em: 16 de abril de 2018.

CAPA, N. Thomas Green Morton, o inventor da anestesia. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 45, n. 4, 2009. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442009000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out 2018.

DA COSTA, M. A. F.; DA COSTA, M. F. B. Projeto de pesquisa: entenda e faça. Editora Vozes Limitada, 2017.

FRAZAO, P; MINAKAWA, M. M; Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 407-430, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000200407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 out 2018.

FERREIRA, A. J. O. Fibromialgia: conceito e abordagem clínica. Dissertação de Mestrado, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30455/1/Fibromialgia%20conceito%20e%20abordagem%20clínica.pdf> Acesso em: 16 abr. 2018.

GOSLING, A. P; Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. Rev Dor, v. 13, n. 1, p. 65-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n1/a12v13n1>. Acesso em: 01 set. 2018.

GOULART, R; PESSOA, C; JUNIOR, I, L. Aspectos psicológicos da síndrome da fibromialgia juvenil: revisão de literatura. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 56, n. 1, p. 69-74, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500415001230>> Acesso em: 14 out 2018.

HELFENSTEIN JUNIOR, M; GOLDENFUM, Marco. A.; SIENA, C. A. F; Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. Revista Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 58, n. 3, p. 358-365 June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 out. 2018.

JANEIRO, I. M. I; et al. Fisiologia da dor. Dissertação de Mestrado, 2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/8904/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Versão%20Final%20-%202017.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 set. 2018.

LIMA, C. P; CARVALHO, C. V. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. Aletheia, n. 28, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1150/115012542012/>> Acesso em: 16 de abril de 2018.

MARIUZZO, P. Medicalização, tolerância e o silenciamento da dor. Cienc. Cult., São Paulo, v. 69, n. 2, p. 63-65, abr. 2017. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252017000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2018.

PORTNOI, A. G; Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1999. Disponível em:< http://psicologos3.dominiotemporario.com/doc/A__Dor.pdf > Acesso em: 16 set. 2018.

_____ ; Grupos operativos no enfrentamento da Síndrome da Fibromialgia, cap. 16. In: _____ ; A psicologia da dor – São Paulo, Guanabara Koogan, 2014.

SANTOS, D. M; KAZIYAMA, H. H. S; Depressão e Fibromialgia, cap 3. in: SANTOS, D. M; FIGUEIRÓ, J. A. B; JÚNIOR, R. F; Depressão e Dor – São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

SIMURRO, S. A. B; Dor: Visão psicofisiológica, cap. 3. In: PORTNOI, A. G; A psicologia da dor – São Paulo, Guanabara Koogan, 2014.

SOUZA, A. O. et al. Fibromialgia e Depressão: uma relação indefnida. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://bdtd.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/4889/3319>> Acesso em 15 set. 2018.

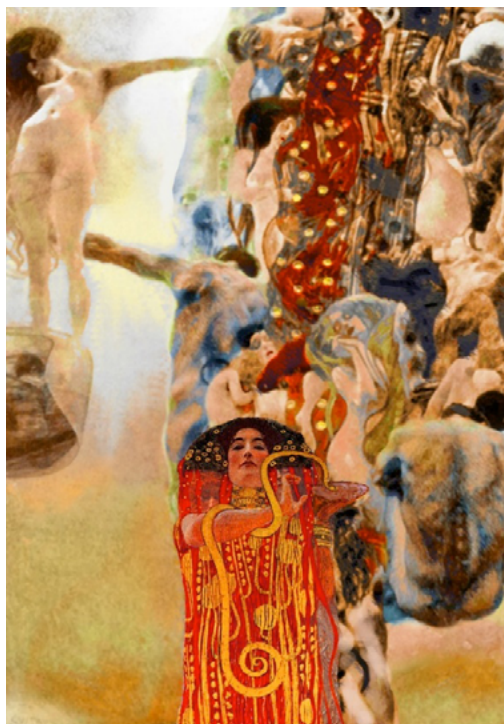
SOUZA, L, P, M; Técnicas de relaxamento no tratamento da Síndrome da Fibromialgia, cap. 18. In: PORTNOI, A. G; A psicologia da dor – São Paulo, Guanabara Koogan, 2014.

THERNSTROM, M. As crônicas da dor: tratamentos, mitos, mistérios, testemunhos e a ciência do sofrimento; Tradução: Maria Beatriz de Medina – Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

Medicinas demoníacas: nós, os cyber-bruxos

Nelson Job

*E minh'Alma partiu, com o único fim
De interrogar o Além e desvendar, assim,
Os signos do Mistério. Ao retornar, falou:
– “Tanto o Céu como o Inferno estão dentro de Mim”.*
Omar Khayyám, *Rubáiyát*



Medicina (1901), Gustav Klimt. Disponível em: <http://www.alamy.com/stock-photo-university-paintingmedicine-for-the-university-of-viennagustav-klimtleopold-134310887.html>

Este estudo analisa os desdobramentos da passagem da alquimia para a química, de como esse evento histórico influenciou a concepção de saúde e de “qualidade de vida”, e propõe como, cientes desse processo, podemos desenvolver uma abordagem mais ética acerca da medicalização da vida

A MEDICINA DE KLIMT

O pintor Gustav Klimt recebeu, em 1894, um convite do Ministério da Cultura para criar três pinturas com o objetivo de adornar o salão nobre da nova Universidade de Viena. Klimt realizou a encomenda entre os anos de 1898 e 1904, e os resultados foram as pinturas: Filosofia, Medicina e Jurisprudência. Enquanto a universidade esperava uma apologia aos supostos bons resultados do Iluminismo, Klimt acrescentava, como era de seu hábito, influências pré-clássicas, com doses de erotismo. Os quadros geraram polêmica entre os acadêmicos e a população, foram retirados até serem supostamente destruídos pelos nazistas (SCHORKE, 1990), e posteriormente foram reconstruídos, através de fotografias, pelo Leopold Museum em Viena.

O segundo quadro, Medicina, de 1901, destacava a deusa grega da saúde, Hígia – filha de Asclépio, deus da Medicina –, com uma cobra nas mãos, remetendo muito mais a uma figura de sacerdotisa do que de médica. Ao fundo, uma mistura de corpos nus, com a Morte entre eles. Como Klimt é um pintor icônico, suas obras são largamente reproduzidas até hoje, em revistas, roupas, ímãs de geladeiras etc. A reprodução de Medicina, geralmente, é feita apenas com a figura de Hígia, excluindo o restante. Toda essa polêmica – a retirada do quadro, sua destruição e sua reprodução muitas vezes “editada” – nos parece muito sintomática: espera-se uma apologia à medicina pela razão e aparece uma sacerdotisa, evocando a con-

fluência brutal entre vida e morte, e isso é rejeitado. É da rejeição a essa medicina que este artigo trata.

DA ALQUIMIA PARA A QUÍMICA

Em estudo anterior (JOB, 2013), mostramos que há uma profunda ressonância entre magia, filosofia, ciência e arte, ressaltando sobretudo as confluências entre o Hermetismo, a filosofia da diferença e a física moderna. O Hermetismo é um saber mágico que se inspira no Egito Antigo e migra, via Alexandria, na Idade Média, para toda a Europa. A partir disso, fica evidenciado o quanto o saber esotérico é importante para o conhecimento ocidental. Existem influências comprovadas do Hermetismo sobre a ciência de Kepler (CONNOR, 2005), que foi astrólogo do imperador romano-germânico Rodolfo II, e Newton (DOBBS, 1994). No caso do segundo, a própria teoria da gravidade foi inspirada na alquimia. Newton chegou a traduzir para o inglês o texto considerado o mais importante da alquimia: “A tábua das esmeraldas” (DOBBS, 2002). Em linhas gerais, diferente do que supõe uma História da Ciência racionalista, a ciência clássica não nasce “em oposição” à magia, mas justo o contrário: a ciência clássica nasce da magia. Em seu brilhante livro *Esoterism and the Academy: Rejected Knowledge in Western Culture*, o historiador Wouter Hanegraaff (2012) diz em sua conclusão que, dados os atuais estudos, seria um absurdo excluir, por exemplo, Marsilio Ficino e Pico della Mirandola – dois dos grandes filósofos místicos – da História da Filosofia, assim como excluir a astrologia (que influenciou a astronomia) e a alquimia da História da Ciência.

No tocante ao tema deste artigo, vamos focar na alquimia. A alquimia tem seu início nas técnicas arcaicas mágico-ritualísticas dos curandeiros, mineiros e ferreiros, constituindo-se como saber

na China, na Índia e na Mesopotâmia por volta dos anos 600 a.C. (VARGAS, 2009). No Egito, a sabedoria alquímica chegou um pouco mais tarde, com a filosofia de Plotino. O primeiro alquimista egípcio conhecido é Zóximo, do ano 300 d.C., autor dos primeiros textos notadamente alquímicos. Zóximo provavelmente foi aprendiz de Maria, a Judia, que cunhou o famoso método banho-maria, evidenciando que a alquimia tem importância para o Judaísmo, existindo vários alquimistas judeus, possivelmente os primeiros a acreditarem na transmutação dos metais. Especula-se se Moisés foi também um alquimista (PATAI, 2009).

A alquimia foi utilizada pelo analista suíço Carl Jung (1991) como símbolo do funcionamento do inconsciente. Em seu livro *Psicologia e alquimia*, é célebre a sua utilização na interpretação dos sonhos – considerados alquímicos por Jung – do físico Wolfgang Pauli, prêmio Nobel da Mecânica Quântica. Eles se tornaram amigos, e dessa amizade nasceu um dos conceitos mais importantes de Jung, a sincronicidade (PAULI & JUNG, 2001). No entanto, Hane-graaff (2012) ressalta que a interpretação de Jung relega a alquimia a um mero simbolismo psicológico. É importante enfatizar que a alquimia era uma prática laboratorial, inspiradora do laboratório científico de hoje em dia. A alquimia é também a principal fonte de informação do médico renascentista Paracelso (BALL, 2009), que foi professor universitário, pesquisador, autor de diversos tratados médicos relevantes, cuja obra influenciou séculos depois o advento da homeopatia.

Citar Paracelso como autor digno de nota da medicina pode parecer esdrúxulo para o leitor mais cético. Porém, o estudo mais apurado de sua obra mostra que Paracelso possuía uma mente científica, tanto quanto mágica (BALL, 2009). São estudos posteriores, como a *História da Ciência* de George Sarton, que criam uma ilusão

de que, entre outras afirmações tendenciosas e preconceituosas, a ciência é cumulativa, progressiva e marcada pelo ceticismo, ao passo que a magia seria irracional (HANEGRAFF, 2012). Essa invenção de uma certa magia “folclórica”, ou seja, imutável, ignora a contínua sofisticação que se observa no decorrer de vários séculos, em autores místicos como Plotino, os autores anônimos medievais que usaram o pseudônimo de Hermes Trismegistus – organizados no Corpus Hermeticus – e Isaac Newton, que acrescentaram conceitos, práticas e outros detalhes ao longo da história da magia. Na leitura desses e de vários outros autores místicos, percebe-se um avanço e um desdobramento dos conceitos da magia e que ainda continua nos dias de hoje, em obras como *Psicomagia*, do cineasta e escritor Alejandro Jodorowsky (2009), e *Liber Null e Psiconauta*, de Peter J. Carroll (2016), este último, um dos criadores da assim chamada Magia do Caos, um dos raros exemplos de articulação consistente de interpretações da Mecânica Quântica com a magia. É comum dizer que as considerações sobre o oxigênio feitas por Lavoisier – posteriores à morte de Paracelso – gerariam uma medicina “antiparacelsista”, ao mesmo tempo que fundaria a química. Nada na obra de Paracelso indica que ele renegaria o oxigênio, pelo contrário: ele se mostrava entusiasmado com novas descobertas (BALL, 2009).

Para apreendermos a importância e consistência da alquimia, convém citar a conclusão do estudo de Ana Maria Alfonso-goldfarb (2009), quando afirma que “o processo aí ocorrido foi dinâmico, a alquimia não caiu por si só – fruto de suas próprias contradições – mas pelas contradições que seu contexto causava no novo sistema de pensamento”. O que o trecho nos esclarece é que há uma mudança nas mentalidades com o Iluminismo e a Revolução Científica. O famoso episódio do sonho do químico alemão Friedrich Kekulé - em que sonhando com o Ourobourus, a figura alquímica da cobra

comendo a própria cauda, lhe fornece o insight para a disposição dos átomos na molécula do benzeno – é a imagem por excelência da passagem da alquimia para química. Kekulé seria um dos pioneiros da química orgânica, cujo separatismo entre inorgânico e orgânico marca também a perda de importância de uma animismo mágico no imaginário cada vez mais científico da Europa e do mundo. Esse episódio faz parte de um longo processo de dualismo e separatismo que ocorre no pensamento. Cabe, a seguir, um resumo desse processo.

BREVÍSSIMA HISTÓRIA DO SEPARATISMO

Existem celeumas internas à História debatendo se de fato houve um “matriarcalismo”. De todo modo, se partimos de um advento identificável historicamente do patriarcalismo, o uso de armas brancas, podemos situar um grande processo de separatismo inicial: a divisão social entre senhores e escravos. No Egito Antigo, no início das dinastias dos faraós (meados do Império Antigo [circa 2680 a.C. – 2190 a.C.]), toda a sociedade era moldada pelo conceito de Maat, uma deusa imanente da justiça e da verdade (NUNES CARREIRA, 1994). Acrescente a isso uma sociedade em que filosofia, religião e política eram imanentes, sobretudo referidos à figura do faraó. A deusa Maat estava no cosmos, era o cosmos. No Império Novo (circa 1550 a.C. – 1070 a.C.), há um processo de transcendentalização de Maat, que culmina com a decadência do Império e em um crescente individualismo no Egito. Nesse processo histórico, Maat deixa de ser uma deusa imanente para se submeter a um Deus único, tornando-se um mito de Estado, um “sentimento” de justiça. Esse individualismo vai se sofisticando em uma separação entre sujeito e objeto, onde há uma migração da ética imanente de Maat para o “amor ao próximo” da moral judaico-cristã.

A dimensão do “próximo” ou do “outro” só é suscitada em uma cosmovisão onde há a separação entre sujeito e objeto, ainda que “amai ao próximo como a ti mesmo” seja um convite a uma visão imanente: eu e o outro somos um só. No entanto, a passagem do Cristianismo inicial para um outro, depois de vários Concílios, para um Cristianismo cada vez mais transcendente, alterou a mensagem original: de um eu sou o outro, para um “se preocupar” com o outro, ou seja, uma informação ética degenera em regra moral. O “amar ao próximo como a ti mesmo”, em sua “versão imanente”, possui uma ressonância com a máxima dos Upanishads hindus “Tat twam asi”, que na interpretação do Advaita Vedanta seria algo como “Você é Isso”, um saber eminentemente não-dual, muito semelhante ao spinozismo, que vamos abordar adiante (OM & JOB, 2017).

Uma nova etapa do separatismo se dará na Grécia. Ásia e Egito trocavam comercialmente com a Grécia via Pérsia (MCEVILLEY, 2002). Disso resulta, por exemplo, todo o xamanismo presente em Pitágoras e seu famoso teorema, já existente antes de forma geométrica nas pirâmides do Egito. O racionalismo grego já herda a fase final do pensamento egípcio, outrora um indiferenciado de saberes que culmina em uma Grécia cuja filosofia nasce separando-se dos mitos e ritos. Há um ato político racionalista quando certa História inaugura o pensamento na Grécia. Dispensa-se, por exemplo, a existência de uma filosofia imanente à religião no Egito. Tal ato político é deveras relevante para compreendermos o que se dá na medicina e na concepção de saúde nos dias de hoje.

Parmênides inaugura essa Grécia dividida estimulando o que se tornou uma apologia à permanência, a que a filosofia ocidental vai, por assim dizer, se viciar. O platonismo exacerba o separatismo com sua exaltação do Mundo das Ideias em detrimento do mundo sensível do Simulacro, inferior. A Escolástica expande essa sepa-

ração construindo um mundo separado de Deus. Descartes coloca corpo e mente enquanto Naturezas diferentes (DELEUZE, 2006). Nesse mesmo século XVII cartesiano, há uma mudança radical na concepção ontológica da linguagem. Se, até então, no imaginário “ocidental”¹², a palavra era imanente à coisa, a partir de meados do século XVII, a palavra se dissocia da coisa, apenas representando-a, sendo esse aspecto importante para o descrédito da bruxaria (CLARK, 2006). Kant, por sua vez, torna a Coisa em Si inacessível para a mente, o que, finalmente, vai resvalar no Positivismo, ou seja: a ciência é incapaz de chegar à realidade, apenas lida com os fenômenos (PINGUELLI ROSA, 2005). O homem moderno se sente inexoravelmente isolado do cosmos. Inventa-se uma “humanidade” destituída de seu âmbito cósmico.

BREVÍSSIMA “HISTÓRIA” DA IMANÊNCIA

Agora podemos entender melhor os processos que ocorreram: tanto a passagem da astrologia para a astronomia, como da alquimia para a química culminam em um ato, a saber, a exclusão da imanência da filosofia naquele saber. A astrologia promovia uma imanência entre as nossas vidas (micro) e as órbitas celestes dos astros (macro). A alquimia promovia uma imanência entre a vida (coagulada em um determinado corpo, “micro”) e os elementos (que estão e são o mundo, “macro”). Retirando-se a filosofia, que desde os egípcios era imanente aos fazeres, a astronomia se torna uma mera descrição do movimento celeste, com nada a inscrever em nossas vidas, e a química se torna uma combinação de elementos, sem nenhum significado imanente à vida, a não ser a descrição desses processos químicos do mundo. A filosofia degenera em mera opinião, posto que Kant proíbe que ela trate de fato das coisas. Quando se inventa

12 Entendemos que a separação entre “Ocidente” e “Oriente” é uma criação “ocidental”.

essa humanidade destacada do cosmos, uma imensa solidão assola os ânimos da Europa. Inevitável que logo em seguida aparecesse um Freud para administrar essa solidão, reforçando-a com um aparelho psíquico individual.

Mas no próprio século XVII, já apareceria ali uma solução para todo esse separatismo. Estamos falando, claro, da filosofia de Baruch Spinoza (2008). O spinozismo é herdeiro de uma longa tradição de “perdedores”, tendo seu início em uma esquecida imanência egípcia, cujo herdeiro grego é Heráclito e seu devir impermanente, seus seguidores tardios, os Estoicos, os bruxos herméticos alquimistas, Giordano Bruno e o preceptor de Spinoza, Franciscus van den Enden (JOB, 2013).

Com Spinoza, teremos de fato uma imanência pura: uma univocidade entre Deus, Natureza e substância, uma mente imanente ao mundo e uma ontologia marcada por uma Ética: se dos maus encontros deriva-se uma baixa de potência, que gera a tristeza e a servidão, os bons encontros levam ao aumento de potência, alegria, liberdade e beatitude, ou seja, a apreensão da imanência pelo modo de expressão do homem.

Com isso, Spinoza resolve vários problemas: criador (Natureza Naturante) e criatura (Natureza Naturada) são imanentes: o homem deixa de ser separado do cosmos. A filosofia trata diretamente das coisas, emerge delas. Trata-se de toda uma busca filosófica do primeiro (imaginação) ao terceiro gênero do conhecimento (intuição), passando necessariamente pelo segundo (reflexão), problematizando ideias inadequadas rumo a ideias adequadas e, por sua vez, à beatitude, em que nos percebemos imanentes a Deus. A bruxaria talvez chegasse apenas a uma imanência pela via demoníaca, mas muitas vezes a negação da moral cristã apenas gerou um imaturo “pode-se tudo”. Essa postura seria mais intensamente midiaticizada com o bruxo

Aleister Crowley (2017, p. 33), cujo bordão a seguir foi mal entendido, por ser divulgado incompleto. A famosa Lei de Thelema, presente no Livro da lei, escrito em 1904 por Crowley¹³, é:

Faze o que tu queres, há de ser o todo da Lei.

Amor é a lei¹⁴, amor sob a vontade.

Não há outra lei além do Faze o que tu queres.

A Lei de Crowley pode ter semelhanças com a beatitude na Ética de Spinoza, escrita séculos antes. Porém, se o filósofo cultivava um rigor ontológico impecável, por sua vez, o texto de Crowley é confuso. Em Spinoza, as paixões devem ser governadas pelos bons encontros, colocando o homem como “senhor de suas paixões”, o que se diferencia de uma moral individual, desdobrando em uma Ética que nunca poderia ser apenas da ordem do “individual”.

O spinozismo, como o próprio Spinoza prefigurara, foi considerado uma heresia pela a Igreja, colocando o polidor de lentes em excelentes companhias históricas. A seguir, os pensadores da imanência seriam (de certa forma...) Leibniz, Hume, Nietzsche, Bergson, Deleuze, para citar os mais óbvios. Mas, para avançar em nosso argumento, é preciso tratar agora da melancolia.

Um melancólico entusiasmo

A mudança em torno do imaginário acerca da melancolia é relevante para a nossa questão. A melancolia, até antes da Era Moderna, era, em linhas gerais, uma espécie de preparo para o entusiasmo (do grego *enthousiasmos*), algo como “inspiração divina”, “ser tomado por Deus” etc. Era uma espécie de método para sacerdotes de várias linhagens que envolvia, durante um tempo preparatório,

13 Crowley (2017) relata que o mensageiro do deus Hórus, chamado Aiwass, ditou um capítulo do Livro da lei por dia para ele, através de sua primeira esposa, Rose Kelly, entre 8 e 10 de abril de 1904, sempre do meio-dia à uma da tarde, no Cairo.

14 As variações de maiúsculas e minúsculas na palavra “lei” estão no texto original de Crowley.

isolamento, reflexão, abstinência sexual e de comida, para chegar a uma revelação e afins. A partir do século cartesiano, a melancolia foi ganhando cada vez mais contornos patológicos¹⁵ (CHAUÍ, 2000).

Aliado à patologização da melancolia, há todo o contexto do “desencantamento do mundo”, gerado pela Inquisição, pelo Iluminismo, a Revolução Científica e todo o separatismo que mencionamos aqui. Se podemos, até certo ponto, fazer parte do coro weberiano e nomear esse processo de “desencantamento do mundo”, uma ressalva deve ser feita: o que se entende por “secularização”, como perda da influência religiosa no social, é relativo. Segundo Hanegraaff (1999), houve, com o movimento Nova Era, uma mudança da institucionalização das religiões para espiritualidades privadas, com seus simbolismos individuais. Os exemplos contemporâneos abundam: Paulo Coelho, A profecia celestina, O segredo, O poder do agora etc. Em outras palavras, muitas pessoas deixam de seguir uma religião institucionalizada, mas se sentem fazendo parte de um grupo difuso de espiritualistas ao redor do planeta.

Hanegraaff (2012) também afirma que os espiritualistas da Nova Era vivem em uma realidade científicizada, no entanto, seu sistema de crenças cria uma realidade à parte, onde o espiritual se manifesta. Entendemos que, dada uma história do “Ocidente” tão marcada por ideias transcendentais, muitos espiritualistas aloquem o espiritual em uma transcendência qualquer. A nossa operação aqui é spinozista, logo imanente, que envolve encontrar Deus – e os demônios das bruxas – neste mesmo mundo.

O desencantamento do mundo vai gerar uma cosmovisão por demais concreta. Os invisíveis tendem a ser abolidos da noção cons-

15 A crítica aqui é em relação à patologização da melancolia, entendendo que esta é diferente da depressão, caso mais grave, com riscos de vida etc. O problema seria a melancolia, um estado mais brando, alcançar o estatuto de depressão.

truída de realidade. A física newtoniana, por exemplo, racionaliza o invisível com o conceito de gravidade. É preciso aqui deixar claro que Newton não era newtoniano, no sentido que seu imaginário interagiu harmonicamente com ciência, teologia, filosofia e alquimia, e sequer era “mecanicista”. É apenas Descartes que pode, de fato, ser considerado mecanicista, posto que sua mecânica envolvia necessariamente a relação local de partes. Já Newton, com a força de gravidade, postulava uma ação à distância ou não-local. Newton apenas publicou em vida seus textos científicos, a menor parte do total de sua obra (DOBBS, 1994). O irônico disso tudo é que essa “edição” da obra de Newton, justo o “último dos magos” – para usar o famoso discurso de Keynes (2002) –, foi um vetor considerável para o processo de racionalização iluminista de desencantamento do mundo. A Mecânica Quântica iria ainda gerar uma nova versão da presença dos invisíveis – ainda mais sutil e transformadora – para o campo científico. Cerca de meio século depois de seu surgimento, ela será agregada ao movimento Nova Era como uma justificação científica para a espiritualidade, ainda que muitas vezes com pouca ou nenhuma consistência (HANEGRAAFF, 2013).

A segunda metade do século XX presenciou a chamada “revolução farmacológica”, pela qual a psiquiatria deixava de medicar apenas a “loucura”, prescrevendo drogas para qualquer tipo de desconforto psíquico: alcoolismo, neurose adulta e infantil etc. (GRANATO, 2018). A partir da década de 1990, um novo boom ocorreria devido ao surgimento dos antidepressivos como o Prozac.

É nesse ponto que almejamos promover nossas ressonâncias: a consequência da “abolição dos invisíveis” no Iluminismo e a constituição de um mundo cada vez mais concreto, fazem com que aqueles que percebem esses invisíveis sejam considerados loucos

(esquizofrênicos que escutam vozes, veem dragões etc.). E com a patologização da melancolia, o ânimo a qualquer preço – posto o imperativo da produtividade capitalista – faz com que se produza no imaginário a necessidade dos antidepressivos.

Mais um dado se faz necessário ao aliarmos o desencantamento à lógica capitalista: Silvia Federeci (2017) mostra como o processo de Inquisição, com seu feminicídio inerente, garantiu a ascensão do capitalismo nas relações de trabalho. O enfraquecimento do feminino, da intuição, dos invisíveis nos remete ao desencantamento do mundo. Claro que no processo científico há criatividade, intuição, e com isso, necessariamente, certo feminino passa por ali. No entanto, é inevitável que esse feminino esteja enfraquecido e domesticado. O “feminino domesticado” ganha sua evidência diagnóstica na virada do século XIX para o século XX, com o advento da TPM: a “bruxa” tem sua permissão social para emergir apenas nos dias que antecedem a menstruação...

É preciso apreender o contexto da segunda metade do século XX até os dias de hoje: a explosão do uso de drogas ilegais na mesma época do aumento de consumo de drogas psiquiátricas são ambos um mesmo movimento (GRANATO, 2018). Esse movimento seria o do uso de produtos químicos de várias procedências para alterar os “estados mentais”. Os “desencantados” tendem a usar drogas legais e os “encantados” da Nova Era, as ilegais, ainda que o trânsito entre ambas posições seja imenso, de acordo com a política exercida pelo usuário em seu campo social.

Essa é a nossa questão: a passagem da alquimia para a química, fractal à passagem da bruxaria para a ciência, com sua taxonomização dos saberes e da vida, desconectaram o homem do cosmos, relegando-o a uma vida infeliz. É preciso consumir de tudo, inclusive drogas de todo tipo, legais e ilegais, para suportar esse mundo

e indivíduo fragmentados. É justamente nesse momento histórico que se dá a “medicalização da vida”. Diante disso, o que fazer?

NÓS, OS CYBER-BRUXOS

Foucault (2002) afirma que a imanência entre as palavras e as coisas sobreviveu na literatura. Podemos expandir essa ideia e trazer a arte para a vida. Mas são Deleuze e Guattari (1997) que vão fornecer o grande passo ontológico e clamar por um devir-mulher. Os autores defendem que todo devir é minoritário e passa necessariamente por um devir-mulher, e acrescentam que não existe algo como um “devir-homem”, posto que “homem” é majoritário. No mesmo texto, Deleuze e Guattari vão sussurrar algumas vezes em nossos ouvidos: “nós, os bruxos”, propondo uma aliança demoníaca, imanente, em detrimento de uma aliança familiar e transcendente. Essa filosofia aditiva o conceito de Henri Bergson (2009) de virtual, o atemporal que abriga os tempos coexistentes e a consciência, individual e cósmica, todos imanentes. O filósofo chega a dizer que ele entende por fantasma ou espírito quando alguém percebe o virtual alheio.

Quando referimos que Deleuze e Guattari se filiam à bruxaria, nossas estratégias ficam mais claras: vamos recuperar os invisíveis sem negar a ciência e o mundo tecnológico. Se a indústria farmacêutica transformou a medicina em algo “diabólico”, cabe agora permitir que as prescrições se tornem demoníacas, no sentido de Deleuze e Guattari.

O que o processo do Iluminismo e desencantamento do mundo realizou foi um achatamento do espectro de realidade ou, em outras palavras, uma “diminuição ontológica”. A ideia ilusória de transcendência se instala como uma ontologia da obediência: Deus transcendente, o Estado, reis, pais, chefes etc. são avatares dessa transcendência que preparam o sujeito destacado do cosmos para

obedecer. Essa paixão triste tem como seus desdobramento a sedação química legal e ilegal da qual tratamos aqui.

O virtual, enquanto reinserção das forças ocultas na realidade, nos permite acessar novamente esse espectro ontológico mais amplo, construindo possíveis (JOB, 2013). Mas é preciso sofisticar nossa estratégia.

O anarquista sufi Hakim Bey (2001) propõe uma anarquia mística e ontológica. Com a sua Zona Autônoma Temporária (TAZ), ele diz que a revolução sequer deve ser desejada, e, em seu detrimento, propõe o levante. A TAZ seria qualquer espaço libertário provisório: uma festa, um piquenique, uma reunião de estudo, desde que seja livre de hierarquia, promovendo liberdade. Como vimos ao longo deste artigo, o corpo dócil que obedece às instituições – com suas aspirações transcendentais – é atravessado e governado por essas instituições, inclusive as médicas. Um espaço de liberdade convida o corpo a dançar, descoagula, para usar um termo hermético, o “indivíduo”, tornando-o consciente do fluxo a que ele pertence, de sua imanência. Para entender melhor como as instituições tendem a desfazer as interações de forças afetivas, cabe a citação do Comitê Invisível (2013, p. 96-7):

O Ocidente é esta civilização que sobreviveu a todas as profecias sobre o seu desmoronamento graças a uma estratégia singular. Da mesma forma que a burguesia teve de negar a si própria enquanto classe para permitir o emburguesamento da sociedade, do operário ao barão. Da mesma forma que o capital teve de se sacrificar enquanto relação salarial para se impor enquanto relação social, tornando-se assim capital cultural e capital saúde, tanto quanto capital financeiro. Da mesma forma que o cristianismo teve de se sacrificar enquanto religião para poder sobreviver como estrutura afetiva, como imposição difusa de humildade, compaixão e impotência, o Ocidente sacrificou-se enquanto civilização particular para se impor como cultura universal. A operação resume-se ao

seguinte: uma entidade em agonia sacrifica-se enquanto conteúdo para sobreviver como forma.

Notam-se na citação acima as estratégias transcendentais da obediência. A nossa resistência se dá através do modo imanente, inclusive entre ciência e bruxaria. Sejamos cyber-bruxos. Nossa medicina é a vida enquanto obra de arte, o cultivo da liberdade, a nomadismo festivo. Habitar o cosmos a partir da perspectiva da imanência, ao longo da Natureza e cultura, permite que nos consideremos um com o cosmos, sendo que neste cosmos estão o mar, as plantas, os animais, os automóveis, os arranha-céus, os comprimidos etc. Há muito já passou o momento dos luditas. Nossa questão é utilizar a tecnologia de modo ético, cientes da imanência entre nós e o cosmos, com tudo o que há nele. Também seria ingênuo negar qualquer medicação química, mas talvez possamos imprimir um estilo esquizoanalítico, por exemplo, na psiquiatria, em que a medicação deva ser negociada entre cliente e médico.

Portanto, sim, cyber-bruxos, cientes tanto dos invisíveis virtuais, conjuráveis no atual, como da possibilidade de transmitir essas informações ao vivo pelas redes sociais através de um smartphone. Em suma: mudar de mundo aqui mesmo, suscitando outra existência, tanto livre como poética.

REFERÊNCIAS

ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria. Da alquimia à química. São Paulo: Landy, 2009.

BALL, Philip. O médico do demônio: Paracelso e o mundo da magia e da ciência renascentista. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 2009.

BERGSON, Henri. A energia espiritual. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

- BEY, Hakim. TAZ: Zona Autônoma Temporária. São Paulo: Conrad Livros, 2001.
- CARROL, Peter J. Liber Null e Psiconauta. São Paulo: Penumbra Livros, 2016.
- CHAUÍ, Marilena, A nervura do real: imanência e liberdade em Espinosa. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- CLARK, Stuart. Pensando com demônios: a ideia de bruxaria no princípio da Europa moderna. São Paulo: Edusp, 2006.
- COMITÊ INVISÍVEL. A insurreição que vem. Brasil: Edições Baratas, 2013.
- CONNOR, James A. A bruxa de Kepler. 1 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.
- CROWLEY, Aleister. O livro da lei. 1 ed. São Paulo: Ed. Campos, 2017.
- DELEUZE, Gilles. Diferença e repetição. 2 ed. São Paulo: Graal, 2006.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. vol. 4. 1 ed. São Paulo: 34 Letras, 1997.
- DOBBS, Betty Jo Teeter. The Foundation of Newton's Alchemy or, The Hunting of the Greene Lyon. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- _____. The Janus Faces of Genius: The Role of Alchemy in Newton's Thought. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- FEDERECI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.
- FOULCALT, Michel. As palavras e as coisas. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- GRANATO, Luis. "O veneno de hoje é o remédio de amanhã: reflexões sobre drogas e psicotrópicos na sociedade da performance". Disponível em: <https://cosmosecontexto.org.br/o-veneno-de-hoje-e-o-remedio-de-amanha-e-vice-versa/>. Acesso em 06/04/2018.

HANEGRAAFF, Wouter J. *Western Esoterism: A Guide for the Perplexed*. Londres: Blumsbury, 2013.

_____. *Esoterism and the Academy: Rejected Knowledge in Western Culture*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

_____. “New Age Spiritualities as Secular Religion: a Historian’s Perspective”. in: *Social Compass*, 46(2), 1999.

JOB, Nelson. *Confluências entre magia, filosofia, ciência e arte: a Ontologia Onírica*. Rio de Janeiro: Cassará, 2013.

JODOROWSKY, Alejandro. *Psicomagia*. 1 ed. São Paulo: Devir, 2009.

JUNG, Carl Gustav. *Psicologia e alquimia*. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

KEYNES, John Maynard. “Newton, o homem”. in: COHEN, Bernard; WESTFALL, Richard S. (org.) *Newton: textos, antecedentes, comentários*. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ/Contraponto, 2002.

McEVILLEY, Thomas. *The Shape of Ancient Thought: Comparative Studies in Greek and Indian Philosophies*. Nova York: Allworth Press, 2002.

NUNES CARREIRA, José. *Filosofia antes dos gregos*. Portugal: Publicações Europa-América, 1994.

OM, Veetshish; JOB, Nelson. “Bento: Spinoza de iluminista a iluminado”. in: BECKER et al. (org.) *Spinoza e nós, vol. 1: Spinoza, a guerra, a paz*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2017.

PATAI, Raphael. *Os alquimistas judeus*. 1 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

PAULI, Wolfgang; JUNG, Carl Gustav. *Atom and Archetype: The Pauli/Jung Letters 1932-1958*. 1 ed. Princeton: Princeton University Press, 2001.

PINGUELLI ROSA, Luiz. *Tecnociências e humanidades: novos paradigmas, velhas questões – O determinismo newtoniano na visão de mundo moderna*. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

SCHORKE, Carl E. *Viena fin-de-siècle*. São Paulo: Ed. Schwarcz, 1990.

SPINOZA, Benedictus de. *Ética*. 1 ed. São Paulo: Autêntica, 2008.

VARGAS, Milton. “Prefácio – A origem da alquimia: uma conjectura”. in: ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria. *Da alquimia à química*. São Paulo: Landy, 2009.

A TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS: um recurso psicoterapêutico na psicologia do envelhecimento como modo de despatologização dessa fase da vida

Simony de Sousa Faria

Vinicius Leite Pacheco

1 INTRODUÇÃO

O estudo objetiva mostrar os resultados positivos que o contato com o animal pode trazer para a vida dos idosos na sua reabilitação, e a maneira que a Terapia Assistida por Animais (TAA) é capaz de ser útil como um recurso psicoterapêutico. Desse modo, destacou-se os benefícios desse recurso terapêutico na intervenção com idosos, ressaltando a capacidade que o animal tem em desenvolver um afeto com as pessoas em um intervalo de curto tempo. Assim, o psicólogo, como mediador da terapia, pode avançar no processo psicoterapêutico, a fim de evitar a somatização de doenças e patologização da vida.

A pesquisa enfatizou as ideias da Dra. Nise da Silveira, uma psiquiatra que revolucionou o tratamento da loucura nas instituições, utilizando diversas ferramentas que não eram usadas para o tratamento de pessoas com doenças mentais, e uma delas foi a implantação de gatos e cachorros no convívio dessas pessoas na entidade, e o resultado foi uma grande afetividade das pessoas com os animais, acarretando maior qualidade de vida para os internos, e então se tornou-se pioneira de tal recurso no Brasil.

A TAA é uma área da saúde que envolve os animais, e vem sendo cada vez mais utilizada como recurso psicoterapêutico, podendo ser um importante aliado do psicólogo no processo terapêutico com pessoas de diferentes faixas etárias. Porém, o foco deste estudo é a fase do envelhecimento e como essa terapia pode influenciar na qualidade de vida dos idosos, como um tipo de estratégia diferente para a inserção de pessoas, e não ficar preso apenas a recursos medicamentosos, e intervenções tradicionais.

A reabilitação de pessoas idosas é muito associada com o uso de medicações, mas nas pesquisas encontradas para embasamento teórico percebe-se o quão essa ciência que tem o animal como co-terapeuta pode ser útil nessa fase do envelhecimento, desde a estimulação de habilidades, até o estar bem consigo mesmo, melhorando a autoestima da pessoa e o seu estado emocional.

A TAA é um recurso de grande ajuda para a psicoterapia com idosos, pois a utilização desse método pode alcançar níveis em que só com recursos tradicionais, talvez demoraria bastante tempo para se alcançar, como por exemplo uma maior aproximação com o idoso, deixá-lo mais ativo no processo, dentre muitas outras.

Estudos nesse âmbito fazem-se necessários para a psicologia, visto que é um recurso criativo e eficaz, que pode ser utilizado pelo psicólogo ao seu favor na terapia, propiciando avanços nos atendimentos com as pessoas. É um campo de estudo que vem crescendo e precisa ser referenciado, para favorecer o avanço dessa temática, dada sua importância para novos campos dos saberes.

2 INTERAÇÃO HOMEM E ANIMAL: UM BREVE HISTÓRICO DA TAA

A terapia assistida por animais (TAA) é uma ciência que utiliza o animal como co-terapeuta no processo de reabilitação de pessoas. Segundo Queiroz (2014, p.31) “o animal mais utilizado é o cachorro, mas podem ser utilizados outros animais, como pássaros, gatos, cavalos, golfinhos, e animais de fazenda”.

De acordo com Machado et al. (2008) a TAA é uma terapia em que o animal, é parte fundamental e tem o objetivo de gerar qualidade de vida ao cliente, melhorando suas condições emocionais, sociais e físicas. Os autores citam que um ponto muito importante nessa terapia é o vínculo entre o cliente e o animal, que ajuda no tratamento e, portanto, é capaz de gerar diversos benefícios na terapia e também na reabilitação de pessoas com alguma patologia.

Conforme Garcia (2009) a relação entre o homem e o animal existe desde os tempos primitivos, quando o animal era usado para suprir uma necessidade do homem, como a caça, se aquecer, dentre outras, e, essa relação veio se modificando até os tempos atuais. O cão foi a primeira espécie a ser domesticada, inicialmente utilizado como uma espécie de sinalizador de predadores, e, com o passar dos anos, a relação do cão com o homem veio se estreitando por conta das múltiplas funções que ele poderia exercer para o benefício do homem.

Nesse contexto, de acordo com o autor supracitado, tal relação foi se ampliando desde guarda, proteção, cão de pastoreio, até ajudante de pessoas com algum tipo de deficiência e, como companhia, o cão foi deixando de ser um animal de fazenda, depois foi para o quintal das famílias e, por último, para dentro das casas, passando a ser considerado um membro da família.

Essa convivência de animais com o homem, especialmente os animais domésticos, segundo Chagas et al. (2009) gerou maior contato direto com os seres humanos, contribuiu de uma maneira positiva para a saúde, o bem-estar e também para a autoestima do ser humano, logo a relação homem e animal traz muitos benefícios e uma maior qualidade de vida, para quem com eles convive.

Conforme Dotti (2014), o primeiro registro que se tem sobre a TAA foi por cerca de 1792, no Retiro York, na Inglaterra. Trata-se de uma instituição criada por William Tuke, que cuidava de pacientes com transtornos mentais, e esses pacientes tinham contato direto com os animais que ali viviam e tinham permissão para isso, e, por consequência essa interação acarretava resultados positivos nos tratamentos. O segundo registro foi em 1867 em Bielefeld, Alemanha, onde existia um centro residencial para epiléticos, em que utilizavam os animais com os pacientes já como uma forma de terapia.

Contudo, a Terapia Assistida por Animais (TAA) só passou a ser conhecida nos anos 60, com o psiquiatra norte-americano Boris Levinson. Ele desenvolveu a psicoterapia, e os animais eram os facilitadores no tratamento em crianças com déficit de atenção, transtornos relacionados ao comportamento e problemas de comunicação. O autor publicou um artigo intitulado de: O cachorro como um co-terapeuta (KOBAYASHI, 2009).

O psiquiatra Boris Levinson só começou a desenvolver a inserção dos animais na terapia por conta de um incidente que aconteceu, quando o seu cão o ajudou a construir o contato com uma criança, um garoto muito tímido. O cão ajudou o psiquiatra a se aproximar do garoto, que, aos poucos foi se soltando na terapia, e então, os resultados dessa interação, ou seja, seus efeitos despertaram o interesse do psiquiatra que passou a estudar mais o tema, tornando-se o precursor dessa prática da ciência que utiliza os

animais como facilitadores na terapia, que inicialmente era com crianças, até alcançar diferentes faixas etárias (GARCIA, 2009).

No Brasil, esse recurso terapêutico da ciência, conforme mencionado, chegou através da médica psiquiatra Nise da Silveira, que é considerada a precursora da prática no país que, ao se deparar com a forma que as pessoas com algum tipo de transtorno mental, eram tratadas com violência, tratamento à base de choque dentre outros, no Centro Psiquiátrico Engenho de Dentro onde trabalhava em 1944, decidiu adotar a terapia ocupacional como forma de trabalho, elaborou atividades que foram sendo acrescentado, como pintura, jardinagem, modelagem em argila, costura, teatro e outros (CARVALHO, 2006).

De acordo com Vieira (2013), a partir desse novo método, foram aparecendo os resultados, as melhoras clínicas eram cada vez mais notórias, e a média foi percebendo que esse método seria um meio de acesso ao processo psíquico do esquizofrênico. As sessões não eram aleatórias ou como forma de apenas ocupar aquelas pessoas, mas havia um objetivo que era o benefício das pessoas internadas, cujas atividades resgatavam as suas individualidades, pois era uma maneira de se expressarem.

Diante dos avanços das intervenções, a Dra. Nise da Silveira inovou mais uma vez ao inserir os animais no convívio com as pessoas internadas, isso aconteceu por conta de uma cadela que apareceu no pátio do centro psiquiátrico, faminta e abandonada. Nise então, questionou um dos internos, se ele gostaria de cuidar da cadela e obteve uma resposta afirmativa. A cadela foi batizada de Caralâmpia, e assim tudo se iniciou, Nise passou a levar mais animais para o centro psiquiátrico, e começou a considerá-los parceiros, colegas de trabalho, e co-terapeutas (VIEIRA, 2013).

Então, pode-se dizer que Boris Levinson é o precursor dessa prática no mundo e Nise da Silveira pioneira dessa prática da ciência no Brasil. Depois que os dois iniciaram a utilização dessa ferramenta, outras pesquisas foram sendo feitas com o passar dos anos, até chegar no hoje, apesar de serem poucos os materiais que tratam do assunto.

3 CONTRIBUIÇÕES DA TAA PARA A PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Para Pereira, Pereira e Ferreira (2007) a terapia assistida por animais (TAA) é uma prática que precisa ser bem planejada antes de sua implementação, e seus resultados devem ser avaliados e documentados. Ela é definida como um recurso terapêutico de uso da psicologia clínica, que inclui o animal como parte do tratamento ou reabilitação de seus clientes, podendo ser executada de forma individual e também grupal.

Na TAA, segundo Silva et al. (2017) é de suma importância conhecer o comportamento dos animais que trabalham para essa finalidade. Para um bom crescimento e recuperação, ressalta-se que o animal deve passar por todo um treinamento e exames de saúde, antes do contato direto com as pessoas.

Conforme Pereira, Pereira e Ferreira (2007) é necessário o acompanhamento de adestradores, se o animal utilizado for um cão, para um treinamento antes de entrar em contato com as pessoas, para controlar sua euforia e evitar acidentes como, por exemplo, mordidas; deve-se evitar qualquer estímulo que leve o cão a morder, então é necessário que esse animal esteja sempre supervisionado pelo seu condutor, médicos veterinários para cuidar da saúde dos animais, para que esse contato não ofereça riscos para as pessoas e

para não sobrecarregar o animal, causando-lhes estresse ou outros problemas de saúde, bem como os psicólogos, que serão responsáveis pela mediação no contato entre animal e pessoa e outros. Assim, segundo Queiroz (2014, p.27):

A TAA é definida como uma intervenção feita com animais com critérios específicos, sendo parte de um processo de tratamento. Esta intervenção deve ser realizada sob a supervisão de um profissional da área de saúde, que trabalhará dentro de seu enfoque profissional e que terá objetivos específicos para cada indivíduo. As respostas à intervenção são devidamente mensuradas e analisadas.

Esse recurso psicoterapêutico pode ser capaz de gerar avanços no tratamento de idosos. Segundo Marin et al. (2012), deve-se ter a noção de que a pessoa idosa é capaz de participar de uma terapia, e que pode se beneficiar, e ter mais qualidade de vida com ela, pois não é porque já está em uma idade avançada, que essa pessoa seja incapaz de se desenvolver. Sabe-se que muitos idosos perdem apoio de sua família só por estar na velhice, e entram em esquecimento, ou são deixados de lado em instituições, e, com isso, podem desenvolver diversos problemas para a sua saúde, como por exemplo a depressão.

Ainda segundo os autores referenciados acima, o envelhecimento pode ser muito delicado e muitas vezes chega a ser doloroso para o idoso, é muito comum o isolamento dos mesmos nessa fase da vida, o idoso sente falta do apoio social e enfrenta esse processo de envelhecer com muita dificuldade, logo que inúmeros eventos frustrantes podem acontecer, como a morte do cônjuge, o abandono da família, dificuldades para se manter financeiramente, e todos esses problemas podem influenciar na sua saúde, e acabar trazendo malefícios para os anciãos, como doenças físicas e psíquicas.

Sobre a intervenção com idosos, Rabelo e Neri (2013) a população idosa possui demandas psicossociais e essas demandas são crescentes, condições estressoras, insuficiência de recursos tanto pessoais quanto sociais, estabelecem os problemas com a população idosa, alguns transtornos também podem afetar essa população, como a depressão e a ansiedade; problemas familiares também podem ter influência significativa na vida dessas pessoas, os declínios cognitivos e etc. Todos esses problemas podem vir a afetar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Conforme os autores acima mencionados, é necessário que o profissional tenha criatividade, e que supere os modelos ultrapassados de atendimentos ao idoso, o profissional precisa ter a noção de que com um bom acompanhamento essas pessoas poderão continuar ativas por muito mais tempo e possuir a sua autonomia, então deve-se reconhecer que envelhecer bem não está necessariamente ligado a ausência de limitações, mas sim na promoção de habilidades, e de enfrentamentos de desafios.

A Terapia Assistida por Animais como recurso psicoterapêutico no tratamento de idosos, é mais um dos modelos criativos que os profissionais de psicologia podem utilizar a seu favor e a favor da pessoa idosa, uma vez que essa ferramenta terapêutica propicia avanços no tratamento, gerando maior qualidade de vida para o idoso em reabilitação. Desse modo, a qualidade de vida, conforme Vecchia et al. (2005, p.2):

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Para Lima e Souza (2018) os animais são capazes de contribuir na qualidade de vida das pessoas que passam pela experiência com a TAA, esses co-terapeutas possuem grande quantidade de amor e afeto, sentimentos que trazem momentos agradáveis para os clientes que, ao interagirem com o animal, passam a relaxar, ter a sensação de bem-estar. A TAA é um importante aliado ao profissional da psicologia e de outros profissionais da saúde, como um complemento de tratamento, com um olhar humanizado, onde um dos objetivos do animal é ajudar no enfrentamento de suas dificuldades sem preconceitos, mas sim na troca de confiança e afeto.

Segundo Kobayashi et al (2009) as sessões de Terapia Assistida por Animais podem promover melhoras no humor e também a recuperação de lembranças e acontecimentos recentes, o que não é muito fácil de acontecer com idosos, pois na fase do envelhecimento muitos possuem algum grau de comprometimento da sua memória, então pode perceber-se que a TAA pode ser útil na intervenção com essas pessoas na fase do envelhecer, estimulando a sua memória, e também nos portadores de Alzheimer, contribuindo com o tratamento.

Conforme Vieira et al. (2016) além da capacidade de aumentar afetividade entre os idosos por meio da ligação entre o homem e o animal, a TAA também é capaz de trazer outros aspectos positivos para a saúde dessas pessoas na velhice, tais como: benefícios fisiológicos, redução do estresse, diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial, como resultado da interação com os animais, ao acaricia-lo, o falar com o animal, e o manusear. Sendo assim, a TAA é um importante aliado do profissional da saúde no tratamento das pessoas dessa faixa etária, influenciando também na redução de recursos medicamentosos.

De acordo com Rocha (2015) outros benefícios que esse recurso terapêutico pode trazer para a vida dos idosos dizem respeito à estimulação de práticas de exercícios físicos, já que esses animais contribuem na motivação dessas pessoas, ajudando-as no convívio social, e emocionais, então a TAA traz contribuições tanto físicas quanto mentais para a saúde da pessoa em fase de envelhecimento.

Segundo Dotti (2014), no trabalho com idosos o psicoterapeuta deve ter empatia em entender como o mundo está sendo vivenciado por aquela pessoa, entender o que o paciente está querendo dizer, saber ouvi-lo. A terapia tem que ser um espaço onde ele se sinta à vontade para falar e tenha confiança no profissional para contar tudo o que esteja com vontade de falar, pois a comunicação entre ambos é algo de muita relevância.

Carvalho et al. (2011), relatam que nos resultados terapêuticos da TAA na fase do envelhecimento, pode-se encontrar o aumento na capacidade de comunicação, e também dos relacionamentos interpessoais, como por exemplo: nos idosos institucionalizados, a terapia pode gerar melhoras nas relações com as pessoas que fazem parte do convívio; outros idosos, com a equipe responsável em garantir qualidade de vida, a diminuição da ansiedade, e do sentimento de solidão, e o aumento de manifestações de afetos, autoestima. Os autores Oliva et al. (2010), ressaltam que a intervenção com animais propicia uma diminuição de agressividade e irritabilidade.

Santos e Silva (2016) citam que se deve conscientizar a população dos benefícios promovidos pela TAA, para que seus resultados alcancem todas as pessoas que estão precisando de auxílio nas suas reabilitações tanto físicas quanto psíquicas, visto que a TAA é capaz de dar maior qualidade de vida a pacientes até em tratamentos de doenças mais invasivas. Sendo inserida a intervenção com animais,

melhoraria os atendimentos oferecidos à população, e assim a mesma deve manter uma relação de cuidado e respeito para com os animais.

Os animais que participam desses programas de TAA, de acordo com Dotti (2014), não devem ser tratados apenas como uma ferramenta, logo que são seres muito sensíveis, e merecem o devido respeito e cuidado. Na intervenção, o profissional responsável pela mediação deve ter cautela para não estressar o animal, não lhe tratar com imposição e força, e sempre reconhecer o limite do animal, para que ele não fique sobrecarregado. O profissional deve ter sempre em mente que o animal é um ser e não um objeto.

Dotti (2014) ressalta ainda que assim como toda ferramenta terapêutica, a TAA também possui algumas contraindicações: quando o animal for motivo de disputa entre as pessoas do grupo (se a terapia for em grupo) ou pessoas com problemas mentais que, sem que percebam podem acabar machucando o animal; pessoas que possuem algum tipo de alergia ou problemas respiratórios, que possuem feridas abertas ou com baixa imunidade, o contato deve ser duplamente supervisionado para que não ocorra riscos de infecções; ou pessoas que tenham medo de animais. Lembrando que deve ser feito todo um processo de higienização antes do contato, assim reduzindo os riscos de contaminação por bactérias.

Diante disso, pode-se notar o importante papel que a Terapia Assistida por Animais (TAA), tem na psicologia do envelhecimento. É notória a quantidade de benefícios que podem ser somados na vida da pessoa idosa, se a mesma for utilizada, complementando o processo de geração de qualidade de vida na fase do envelhecimento.

4 A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA TAA: PROPICIANDO QUALIDADE DE VIDA AO IDOSO

Para Dotti (2014), o animal na TAA é visto como facilitador no processo de terapia; ele que vai ser responsável em fazer a ligação entre o cliente e o psicólogo, sendo chamado então de catalisador, por ser capaz de atrair, modificar e fazer conexões, quebrando o gelo, e gerando uma motivação no cliente em estar aberto para a terapia, e quando se inicia a inserção do animal no meio, espontaneamente, se está dando início a uma comunicação, mesmo que inicialmente não verbal, ou gestual.

Gonçalves e Gomes (2018) ressaltam que a TAA pode ser utilizada pelo psicólogo para complementar tanto as sessões individuais de psicoterapia, quanto visitas em instituições, escolas, asilos, hospitais, com o objetivo em base de projetos multidisciplinares de trabalhos. As autoras destacam que apesar de utilizada, a TAA ainda não foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia, em sessões individuais de psicoterapia.

Ainda conforme as autoras supracitadas, a utilização do cão em TAA ou Cinoterapia é pouco conhecida por psicólogos no Brasil, mesmo com as crescentes pesquisas e também a inserção da terapia em alguns estados, como em São Paulo, onde possui a maior quantidade de projetos voltados para esse campo. No Brasil, é mais comum a utilização da Equoterapia.

Almeida (2014) destaca que a Equoterapia é uma abordagem terapêutica de caráter interdisciplinar e, diferente da terapia com cães, o animal não é levado até o paciente, e sim o paciente que vai no local onde ele costuma viver, logo que o cavalo reconhece aquele local como seu espaço, e se sente mais à vontade para a terapia. E costuma ser indicada para pessoas com algum tipo de deficiência

física, ou problemas no desenvolvimento, mas vale ressaltar que traz benefícios terapêuticos para qualquer pessoa que se sinta deprimida ou preocupada, pois o cavalo passa uma sensação de poder para quem com ele interage, tornando a pessoa mais confiante.

A autora acima mencionada ainda destaca a Cinoterapia, que é a terapia que utiliza o cão como facilitador. Esse termo é pouco utilizado e está diretamente interligado com a TAA, enquanto a Equoterapia, como já reconhecida nacionalmente, está se configurando como uma terapia à parte, embora seja uma TAA. Na terapia com cães, não há exigências por uma raça específica, todas as raças podem ser utilizadas, basta passar pela avaliação criteriosa de sua saúde, e passar pelos treinamentos necessários. Vale lembrar que alguns cães são treinados para prestar outros tipos de serviço para o homem, como por exemplo os cães farejadores, de resgate e assistência.

Para Silva et al. (2009), o contato com animais promove uma felicidade inexplicável, traz manifestações de alegria, o que pode ser muito importante para a qualidade de vida, principalmente de idosos institucionalizados. Como já falado, muitos não possuem convívio com seus familiares, então esse contato com o animal, pode ajudar a suprir, um pouco da ausência da família.

De acordo com Dotti (2014), a TAA é um importante aliado do profissional de psicologia e de outras áreas da saúde, na busca por qualidade de vida do seu cliente, até mesmo no tratamento do mal de Alzheimer, onde essa intervenção contribui com a socialização, aumenta o sentimento de calma entre os idosos, e diminui então a agressividade verbal e física, reduzindo também a ansiedade. Clientes idosos com mal de Alzheimer mostraram, depois de três semanas de TAA, uma melhora motora, diminuição da ansiedade, e aumento significativo de emoções positivas.

Nesse sentido, pode-se perceber o quão essa ciência que utiliza o animal pode ser benéfica para a qualidade de vida das pessoas, em particular os idosos, que é o foco do estudo, e que a TAA pode ser um importante recurso psicoterapêutico do psicólogo que usa dessa interação entre o homem e o animal na terapia, mediando esse contato, e fazendo com que os animais venham a ser co-terapeutas no processo de reabilitação de pessoas idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se, nesse estudo a forte ligação que existe entre o homem e o animal, já que a cada vez mais eles são considerados membros da família. E se adoecem ou chegam a morrer, provocam sofrimento e dor aos humanos, assim como se um membro da família tivesse falecido. Constatou-se, de acordo com Garcia (2009), que essa relação do homem com o animal existe desde os primórdios, e que no início o animal era utilizado apenas para suprir as necessidades do homem, como ajudar na caça, se esquentar e outras.

A partir disso, a relação do homem com o animal veio se estreitando cada vez mais, e então os animais passaram a frequentar as casas na sociedade, começando pelo cão; eles viviam apenas no quintal, servindo como guardas, ou nas fazendas como pastoreio, até que aos poucos foram se tornando muito próximos dos humanos, e acabaram passando a frequentar o interior das residências.

Na pesquisa percebeu-se, sobre essa relação homem e animal, as ideias de Chagas et al. (2009), que contribuem com as do autor citado acima, destacando que essa convivência e interação é muito além do que uma simples troca de afeto, e que essa aproximação acarreta benefícios para a saúde e bem-estar do homem, como mais qualidade de vida. Pôde-se observar que a base da Terapia Assistida por Animais (TAA) é a relação homem e animal, possibilita vínculo

que a terapia vai estabelecer. Machado et al. (2008) apontaram, que esse vínculo ajuda na terapia com os clientes, tornando a TAA capaz de gerar avanços e benefícios como resultados para o cliente, seja na psicoterapia ou no tratamento com clientes que possuem alguma patologia.

A TAA não é uma prática simplesmente aleatória, que só insere o animal no ambiente, os autores Pereira, Pereira e Ferreira (2007) e Queiroz (2014) falam que para a interseção dos animais é necessário todo um planejamento antes da intervenção; deve-se traçar os objetivos a serem alcançados para, então começar a terapia; os resultados devem ser documentados e avaliados de maneira cuidadosa, sendo necessário um profissional da área da saúde na intervenção.

Considerando as ideias acima citadas, sobre essa noção prévia da implementação da TAA, os autores Silva et al. (2017) também apontaram em sua pesquisa a importância de uma avaliação comportamental do animal, juntamente com essa parte prévia da terapia. Para surtir efeito, é necessário que o animal esteja bem de saúde, devendo passar por uma bateria de exames, além das avaliações comportamentais.

O psicólogo pode usar a terapia com animais como um recurso psicoterapêutico a partir do momento que a mesma traz qualidade de vida para a pessoa. Os autores acima referidos, também mostram que a TAA pode ser utilizada pelo psicólogo clínico tanto nas sessões individuais como nas grupais, em visitas a instituições e projetos.

A relação desse recurso terapêutico com a psicologia do envelhecimento se dá a partir da noção que os autores Marin et al. (2012) salientaram, de que é necessário se pensar no idoso como alguém que pode, sim, ter avanços, mesmo estando na fase da velhice; ele pode participar de uma terapia, grupal ou individual, pois essa

pessoa não é incapaz de se desenvolver e ter mais qualidade de vida, pois percebe-se que nessa fase é grande o número de casos em que a família abandona o membro e ele acaba sendo esquecido em uma instituição ou morando sozinho em uma casa, e isso é muito doloroso para essa pessoa, que passa a enfrentar o processo de envelhecimento com muita dificuldade. Silva et al. (2009) também fazem essas observações e confirma que esse contato com o animal pode ajudar a suprir a solidão que o idoso sente.

Notou-se que uma das primeiras contribuições que a TAA traz para a psicologia do envelhecimento, é proporcionar momentos de alegria e avanços em saúde. Como Rabelo e Neri (2013) também apontaram em seu estudo, a população idosa também possui demandas psicossociais e as mesmas são crescentes, pois alguns transtornos também são encontrados na fase do envelhecimento, como ansiedade e depressão. É necessário que o terapeuta tenha manejo para trabalhar com essas pessoas, usando recursos criativos, que cativem e motivem os idosos a contribuírem com o processo, pois esse acompanhamento pode ser crucial na a vida do idoso, para continuar ativo por mais tempo, e com a sua autonomia. Uma outra relação que pôde-se notar na pesquisa, é que a TAA entra justamente nesses critérios indicados para a terapia com idosos, por isso ela é um recurso criativo, diferente, e que pode ser muito útil ao psicólogo, e benéfica para a vida da pessoa idosa.

Observou-se durante a pesquisa, a expressiva relação que os autores fazem entre a TAA e a qualidade de vida na velhice, Velcchia et al. (2005) apresentaram a noção de qualidade de vida como algo ligado a autoestima e bem-estar, que influencia no estado emocional da pessoa e na sua interação social. Lima e Souza (2008) complementam essa ideia, afirmando que os animais podem contribuir para que essa qualidade de vida venha a ocorrer, pela quantidade de

amor e afeto que os mesmos são capazes de proporcionar, trazendo momentos agradáveis para os idosos, fazendo com que eles relaxem e tenham, portanto, bem-estar. A TAA pode ser útil ao profissional de psicologia, mas como um complemento no processo terapêutico, sem julgamentos e com um olhar humanizado, que acolha os idosos e possam trazer avanços em suas vidas.

Outro ponto importante que a pesquisa mostrou é que, além da qualidade de vida, existem outros benefícios na utilização da TAA, também foram observados na pesquisa, como a ideia trazida pelos autores Kobayashi et al. (2009), que denotam que essas sessões podem produzir melhoras no humor e na memória do idoso, pois sabe-se que nessa fase, muitos têm comprometimento de ideias, então, com a inserção dos animais na terapia, os idosos passam a lembrar de eventos recentes, como por exemplo o nome do animal, e qual foi o animal com quem ele esteve na última sessão. Ou seja, pode-se relacionar que esses benefícios são úteis no complemento do tratamento de Alzheimer e podem contribuir de maneira significativa.

Convergindo ideias com os autores acima mencionados sobre os benefícios que a implementação da TAA pode trazer ao cliente com Alzheimer, encontraram-se os resultados elaborados por Dotti (2014) onde o mesmo aponta que a TAA apresenta uma melhora significativa da ansiedade dos clientes, diminuição da agressividade verbal e física e aumento de emoções positivas, sendo muito útil até mesmo para a redução dos ansiolíticos tomados para a diminuição desses sintomas.

Ampliando as ideias a partir do que foi explanado, os autores Vieira et al. (2016) ressaltaram que como resultado terapêutico a TAA também é capaz de gerar efeitos benéficos em sintomas fisiológicos, como redução de estresses, de ansiedades, diminuição de frequência cardíaca e pressão arterial, tendo grande influência na redução de

recursos medicamentos, que normalmente os idosos usariam para amenizar esses sintomas. Rocha (2015) corrobora com essa noção e ainda aponta que a TAA pode também gerar o aumento das práticas de exercícios físicos, motivando esses idosos a irem ao encontro do animal, e para passear com o mesmo. Nesse sentido, o referido recurso contribui com a vida dessas pessoas, tanto na saúde mental, quanto na saúde física.

Verificou-se que na terapia com idosos é fundamental estabelecer um vínculo, entre o psicólogo e o idoso, bem como uma boa comunicação entre ambos, assim como Dotti (2014) mostrou que, além da empatia, o psicólogo deve ter um cuidado ao falar com o idoso, saber ouvi-lo e fazer com que a terapia seja um espaço onde ele se sinta à vontade para falar o que sente, então pôde-se observar mais uma contribuição da TAA para a psicologia do envelhecimento: a capacidade que a mesma tem de facilitar a comunicação entre o terapeuta e o cliente. Como os resultados que os autores Carvalho et al. (2011) e Oliva et al. (2010) corroboram que a TAA aumenta a comunicação, favorece os relacionamentos interpessoais. Em idosos institucionalizados, por exemplo, a inserção do animal pode estreitar os laços entre eles, com o terapeuta e com a equipe responsável pelo local, diminuindo a agressividade e irritabilidade.

Foi possível observar o quão útil essa terapia pode ser ao psicólogo que vai utilizar desse recurso, visto que todos esses benefícios só têm a agregar mais na terapia do cliente e fazer com que ele se sinta bem. Dotti (2014) e Gonçalves e Gomes (2018) apresentam a eficiência que esse recurso tem em psicoterapia; o animal é o co-terapeuta, o facilitador no processo terapêutico, sendo a TAA um bom complemento em terapias.

No decorrer do estudo, foram encontrados dados que mostram que essa prática vem crescendo a passos lentos nos Brasil.

Gonçalves e Gomes (2018) também postularam que em São Paulo o uso de animais em terapia é maior, e corroborando com essa noção, Almeida (2014) exibiu os tipos de TAA mais utilizados no Brasil, em primeiro lugar, é a Equoterapia, na qual o cavalo é o facilitador no processo terapêutico, e a Cinoterapia em segundo, cujo co-terapeuta é o cachorro. Essa é pouco utilizada por psicólogos no Brasil, já a primeira é mais aplicada.

Através da pesquisa constatou-se que, se implementada e utilizada da forma correta, a TAA é uma boa estratégia para o psicólogo usar ao seu favor, em processos terapêuticos, visando a qualidade de vida do cliente, sem prejudicar a saúde do animal, e que, apesar de crescer lentamente, essa prática vem tomando força no Brasil, e logo a sua utilização será mais reconhecida por psicólogos.

O objetivo desse estudo foi fazer uma análise de como a Terapia Assistida por Animais (TAA) tem efeitos positivos na psicoterapia com idosos, bem como conhecer a intervenção do profissional de psicologia nesse campo.

Durante a elaboração da pesquisa, encontrou-se certa dificuldade com relação a literaturas recentes que tratavam da temática, voltada para a área da psicologia. Mas, com uma pesquisa mais aprofundada em diversos textos, foi possível estruturar a escrita, possibilitando a resposta da pergunta norteadora do estudo, quanto à eficácia no uso da TAA como recurso psicoterapêutico.

Constatou-se que a TAA possui benefícios para a vida das pessoas através da interação homem e animal, proporcionando maior qualidade de vida para os idosos, melhoras de interação social e comunicação, redução de estresses e ansiedade, melhora no bem-estar, aumento dos exercícios físicos, aumento da autoestima e maior motivação no dia a dia.

A TAA como mostra o estudo, é um recurso psicoterapêutico eficaz na intervenção com idosos e um importante aliado do psicólogo como um complemento na terapia, que pode ajudar até mesmo na quebra de barreiras entre o psicoterapeuta e o cliente, fortalecendo o vínculo entre eles. Porém, vale ressaltar que essa prática, apesar de já ter seus resultados comprovados, quase não é utilizada por psicólogos no Brasil, pois a Equoterapia ainda é predominante, e ainda são poucos os que usam a TAA com outros tipos de animais.

Por fim, espera-se que esse estudo contribua para ampliar o acervo de literatura sobre essa temática, até mesmo a criação de novas pesquisas e trabalhos científicos, bem como novas discussões sobre as questões mais importantes aqui abordadas, a fim de possibilitar um maior crescimento desse recurso psicoterapêutico eficaz, e de muita ajuda ao profissional de psicologia, na intervenção com pessoas em fase de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Elisa Alves de et al. Educação, atividade e terapia assistida por animais: revisão integrativa de produções científicas brasileiras. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC**, 2014. Disponível em: tede.pucsp.br/bitstream/handle/16154/1/Elisa%20Alves%20de%20Almeida.pdf. Acesso em 21 de ago. 2018.

CARVALHO, Sonia Maria Marchi de; AMPARO, Pedro Henrique Mendes. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 1, p. 126-137, 2006. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000100126. Acesso em 20 de mai. 2018.

CARVALHO, Natália et al. Importância da relação cão-idoso para aprimoramento da qualidade de vida em abrigos de Uberlândia, MG. **Em Extensão**, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20762/11034. Acesso em 10 de ago. 2018.

CHAGAS, JN de M. et al. Terapia ocupacional e a utilização da terapia assistida por animais (TAA) em crianças e adolescentes institucionalizados. **Revista Crefito**, v. 1, p. 26-31, 2009. Disponível em: patasterapeutas.org/wp-content/uploads/2015/07/TO-e-adolescentes-institucionalizados.pdf. Acesso em 14 de ago. 2018.

DE ANDRADE, Marconi Marina; MARIA, Lakatos Eva. Fundamentos da Metodologia Científica. **São Paulo: Atlas**, 2010.

DE TOLEDO VIEIRA, Fernanda et al. Terapia assistida por animais e sua influência nos níveis de pressão arterial de idosos institucionalizados. **Revista de Medicina**, v. 95, n. 3, p. 122-127, 2016.

Disponível em: www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/111963/120898. Acesso em 16 de ago. 2018.

DOTTI, Jerson. Terapia e Animais. **São Paulo: Livrus**, 2014

GARCIA, Murilo Pereira et al. **Classes de comportamentos constituintes de intervenções de psicólogos no subcampo de atuação profissional de psicoterapia com apoio de cães**. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92255>. Acesso em 22 de mar. 2018.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, n. 61, p. 16-17, 2002. Disponível em: professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em 10 de abr. 2018,

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf. Acesso em 24 de mai. 2018.

GONÇALVES, JÉSSICA OLIVEIRA; GOMES, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA. ANIMAIS QUE CURAM: A TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 29, n. 1, 2018. Disponível em: revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1907/1504. Acesso em 15 de ago. 2018.

KOBAYASHI, Cássia Tiemi et al. **Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário**. São Paulo: UFSP, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/24.pdf>. Acesso em 15 de mar 2018.

LIMA, Aline da Silva; SOUZA, Marjane Bernardy. Os benefícios apresentados na utilização da terapia assistida por animais: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 224-241, 2018. Disponível em: www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/880/509. Acesso em 16 de ago. 2018.

MACHADO, J. D. A. C. et al. Terapia assistida por animais (TAA). **Revista científica eletrônica de medicina veterinária**, v. 10, p. 1-7, 2008. Disponível em: faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yBDakPBzygjagIw_2013-5-28-12-0-12.pdf. Acesso em 14 de ago. 2018.

MARIN, Maria José Sanches et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 147-154, 2012. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/4038/403838795016.pdf. Acesso em 26 de abr. 2018.

OLIVA, Valéria Nobre Leal et al. Idosos institucionalizados e as atividades assistidas por animais (AAA). **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 2, p. 15-31, 2010. Disponível em: ojs.unesp.br/index.php/revista__proex/article/view/333/357. Acesso em 10 de ago. 2018.

PEREIRA, L; PEREIRA, MJ; FERREIRA, ML. Maurício. Os benefícios da terapia assistida por animais: uma revisão bibliográfica. **Saúde coletiva**, v. 4, n. 14, 2007. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/842/84201407.pdf. Acesso em 17 de mai. 2018.

QUEIROZ, Renata Coelho Freire Batista. Eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência. 2014. 119 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre**, 2014. Disponível em: tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2748. Acesso em 8 de mai. 2018.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberasso. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 43-63, 2013. Disponível em: revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20022/14897. Acesso em 26 de abr. 2018.

ROCHA, Regina Célia et al. Visita de animal de estimação: proposta de atividade terapêutica assistida por animais a pacientes internados em hospital oncológico. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**. 2015. Disponível em: tede.pucsp.br/bitstream/handle/15454/1/Regina%20Celia%20Rocha.pdf. Acesso em 17 de mai. 2018.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas**, 2006. Disponível em: http://www.academia.edu/download/33863767/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf. Acesso em 13 de jun. 2018.

SILVA, Marianne Pereira et al. Terapia Assistida por Animais: Cinoterapia, Equoterapia, Delfinoterapia e Ronronoterapia. **Anais da Semana do Curso de Zootecnia-SEZUS**, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: www.anais.ueg.br/index.php/sezus/article/view/9453. Acesso em 16 de mar 2018.

SILVA, E. Y. T. et al. Incremento da saúde e da qualidade de vida de idosos institucionalizados através da convivência com animais de companhia e atividade assistida por animais (AAA). **Revista Ciência em Extensão**. v.5, n.2, p.84-85, 2009. Disponível em: ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/284/282. Acesso em 22 de ago. 2018.

SANTOS, Amaliani Raquel Oliveira dos; SILVA, Cíntia de Jesus. Os projetos de terapia assistida por animais no estado de São Paulo. **Revista da SBPH**, v. 19, n. 1, p. 133-146, 2016. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100009. Acesso em 20 de ago. 2018.

VIEIRA, Fabiana Ribeiro et al. **A Terapia Assistida por Animais (TAA) como recurso terapêutico na clínica da terapia ocupacional**. 2013. Disponível em: bdm.unb.br/handle/10483/6057. Acesso em 23 de mar. 2018.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Associação Brasileira de Pós -Graduação em Saúde Coletiva, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005. Disponível em: repositorio.unesp.br/handle/11449/11992. Acesso e, 8 de mai. 2018.

TRAUMA, VULNERABILIDADE E RECONHECIMENTO

Jô Gondar

Na Indonésia, existe uma forma de sofrimento psíquico chamada Amok: um sujeito fica com os olhos vidrados e, de repente, é tomado por uma fúria selvagem, esfaqueando todos os seres vivos, humanos ou não, que encontra pela frente. Na Malásia, a patologia mais conhecida se chama Latah: alguém repete a mímica de todos os indivíduos que estão próximos e obedece automaticamente às suas ordens. São modos de sofrimento psíquico possibilitados pela cultura. Cada cultura, em cada época, desenha maneiras de amar, de conhecer, de governar. Desenha também maneiras de sofrer. O sofrimento psíquico implica uma singularidade subjetiva, mas para ele concorrem também determinações sociais, históricas e culturais.

Essas formas específicas de sofrimento de cada cultura têm diminuído drasticamente. Está acontecendo com as formas de sofrimento o mesmo que ocorre com as formas da economia, do trabalho, das roupas e das comidas dos diversos países: elas estão se tornando cada vez mais parecidas entre si. Com a globalização, está sendo gerada também uma globalização nas maneiras de sofrer. Uma dessas formas de sofrimento tem sido hoje produzida em larga escala, e disseminada por toda a parte: o sofrimento traumático.

Atualmente, os problemas relativos às migrações e aos refugiados, ao racismo e ao genocídio, bem como as questões referentes ao abuso de mulheres e crianças, fazem do trauma um tema que abarca hoje tanto o campo individual quanto o coletivo. Fassin e Rechtman escreveram um livro interessante a este respeito, chamado Império do traumatismo. Fassin e Rechtman escreveram um livro interessante a este respeito, chamado Império do traumatismo (2007). Afirmam que o trauma talvez seja o significativo que melhor expressa o ar do nosso tempo e que melhor indica nosso conjunto de preocupações, valores e expectativas. Fazem, porém, também uma denúncia: o trauma atualmente se tornou um grande negócio, mobilizando uma gama enorme de profissionais e de instâncias jurídicas e políticas: psicólogos, psiquiatras, advogados, sociólogos e educadores. A importância dada ao trauma fez surgir uma nova identidade, uma figura central para quem quer compreender as sociedades contemporâneas – a figura da vítima. É sob a condição da vítima que hoje as reivindicações mais diversas se servem do trauma como argumento: os acidentados no trabalho utilizam a ideia de trauma para obter indenizações das companhias de seguro; os refugiados justificam com ele sua necessidade de acolhimento; os que buscam asilo político reivindicam com o trauma o reconhecimento de uma perseguição. Todo este complexo produziu e foi realimentado por uma nova categoria nosológica, o stress pós-traumático. Em suma, para Fassin e Rechtman, a vitimização traumática se tornou a grande produção identitária do nosso tempo. É ela que justifica as políticas indenizatórias e as reparações financeiras.

Como fica a psicanálise diante disso? Sabemos que a psicanálise participou ativamente da positivação do trauma no início do século XX. Foi a partir da histeria traumática que Freud postulou uma realidade psíquica inconsciente. Cem anos depois, o que teria

a psicanálise a dizer sobre o trauma, diante dessa nova identidade – a de vítima – e sobre essas tentativas de reparação?

Nos estudos sobre o trauma, o pensamento de Freud é sempre um ponto de partida. Contudo, podemos considerar Ferenczi como o grande pensador do trauma e da catástrofe no campo psicanalítico, levando em conta aspectos políticos e sociais que não são tão ressaltados por Freud. De fato, a teoria ferencziana do trauma é bem mais complexa do que a freudiana. Para Freud, o trauma se refere a um evento excessivo para um aparelho psíquico, ou seja, a uma desordem energética que se estabelece entre a capacidade de elaboração psíquica do indivíduo e os estímulos que lhe chegam. Já para Ferenczi, o trauma envolve todo um complexo de relações. Uma situação traumática não é resultado apenas de perturbações econômicas; ela é sempre da ordem da relação e, nesse sentido, as questões referidas ao poder e aos modos de afetar /ser afetado estão invariavelmente presentes. Bem mais do que um desequilíbrio energético, estão em jogo relações de poder, de dependência, de desvalorização, de desrespeito; em suma, relações políticas, na mesma medida em que afetos como humilhação, desprezo e vergonha podem ser considerados, como propõe Homi Bhabha (1994), afetos políticos. E se, como afirma Paul Ricoeur (1991), o político diz respeito a todas as formas de relação que compõem “uma arte de viver juntos”, podemos dizer que Ferenczi introduz, na discussão sobre o trauma, a dimensão do social e do político.

O mito de referência do qual Ferenczi se vale para explicar sua teoria do trauma (1933) – envolvendo uma criança, um adulto abusador e outro adulto a quem a criança procura para compreender o que aconteceu – é um ótimo exemplo de sua preocupação com as relações de poder. Uma vivência excessiva não é necessariamente aniquiladora; ela só o é quando o relato, o sofrimento e as próprias

percepções de quem a experimenta são desmentidos por alguém mais forte, mais poderoso, diante do qual aquele que sofre se vê sem saída. Por este motivo, para a tradução do termo alemão *Verleugnung*, tenho preferido, em vez do termo desmentido, o termo desautorização. De fato, se tomamos o seu sentido etimológico, autorizar vem do latim *auctus*, termo do qual também se origina a palavra autor ou autoria. Nesse sentido, desautorizar não remete só a retirar o poder ou a autoridade, mas também a retirar a autoria – no caso, privar alguém da autoria de sua própria vida. Creio que é isso que estaria em jogo no mito ferencziano sobre a *Verleugnung*: uma criança que, não sendo reconhecida em sua percepção e seus afetos, passa a duvidar de si mesma, do que sente, do que percebe no mundo. Ela perde suas condições de autoria. Nesse sentido, o termo desautorizar expressa melhor o sentido político dessa experiência.

Atualmente, a desautorização tem sido objeto de muita discussão na esfera da política *strictu sensu*, mesmo que não receba esse nome. No debate político contemporâneo, a desautorização aparece pelo seu avesso: o reconhecimento. Trata-se de um tema que existe na filosofia política há pelo menos dois séculos. John Adams escreveu, em 1851, que “cada indivíduo é movido fortemente pelo desejo de ser visto, ouvido, aprovado e respeitado pelas pessoas que o cercam” (Adams, 1851). Em nossos termos, diríamos: cada indivíduo possui uma necessidade vital de ser autorizado em sua maneira de viver, e é essa necessidade vital que se encontra no cerne das reivindicações políticas contemporâneas. É isso que pleiteiam as minorias étnicas, os sujeitos que não fazem escolhas sexuais heteronormativas, os grupos que desejam manter sua cultura específica respeitada no seio de uma cultura dominante: eles querem ser reconhecidos, autorizados como sujeitos legítimos, com sua sensibilidade, seus gostos e sua forma de vida, denunciando as situações nas quais isso não ocorre.

Isso significa dizer que o não-reconhecimento de um sujeito deixa de ser tomado como um assunto de âmbito privado e se torna um problema de esfera pública. Por este motivo, as chamadas “políticas de reconhecimento” trazem os temas do trauma e da vítima para o centro da discussão política. Nesse sentido, o reconhecimento pode ser visto como o avesso da desautorização e, do mesmo modo, a desautorização, enquanto não-validação das percepções e afetos de alguém, pode ser considerada como um reconhecimento recusado.

Os trabalhos de Axel Honneth, filósofo da Escola contemporânea de Frankfurt, se desenvolvem nessa linha – ainda que ele não fale de Ferenczi, e sim de Winnicott. Honneth aborda o problema do reconhecimento a partir das situações em que ele falha, trabalhando com aquilo que ele chama de “formas de reconhecimento recusado”. Essas formas de recusa não se reduzem a infligir danos físicos a alguém, mas violam a integridade do ser humano enquanto um ser que necessita de aprovação e de reconhecimento. São formas de recusa que ferem a “compreensão positiva que as pessoas podem ter de si mesmas, compreensão positiva que elas adquirem de maneira intersubjetiva” (Honneth, 1992, p. 213). O reconhecimento é, para Honneth, fundamental na constituição da identidade, já que para ele toda identidade se constrói de maneira intersubjetiva.

Para essa construção são necessários três níveis de reconhecimento, correspondendo a três formas de desrespeito, isto é, de recusa de reconhecimento: o primeiro seria o reconhecimento amoroso, vivenciado na relação de objeto primária, com a mãe - a ausência deste reconhecimento é experimentada como violação; o segundo nível é o jurídico: nesse nível o reconhecimento recusado consiste na privação de direitos fundamentais; o terceiro, finalmente, é o nível da estima social ou da solidariedade, no qual a recusa de reconhecimento é vivenciada como ofensa a um modo de vida.

Esse modo de conceber o reconhecimento e reconhecimento e o desrespeito fazem com que Honneth admita uma continuidade entre o campo afetivo, o social, o jurídico e o político. O reconhecimento primeiro é sempre afetivo: ele provém do campo do amor ou, mais especificamente, da relação amorosa com a mãe, que se torna a condição necessária de toda constituição subjetiva. Para reforçar sua ideia, Honneth vai buscar suporte em um psicanalista que se interessou pelos vínculos afetivos primários entre a mãe e seu bebê – Winnicott. Creio, no entanto, que o horizonte de Winnicott é mais amplo do que aquele que Honneth lhe oferece. Winnicott fala de um reconhecimento primário no olhar da mãe (Winnicott, 1967). Não se trata do reconhecimento do que alguém é, e sim da potência subjetiva de alguém. O que a mãe não reconhece não é a identidade do filho, mas a singularidade que ele processa e promete.

Outra teórica importante do reconhecimento, a filósofa Nancy Fraser (2003) faz uma severa crítica a Honneth: ele teria se mantido preso a um paradigma identitário do reconhecimento. De fato, Honneth é um defensor das identidades construídas de maneira intersubjetiva. E nesse sentido - denuncia Fraser - mesmo sem ter essa pretensão, seu pensamento pode dar margem à crença em identidades autênticas, essenciais, e, em decorrência, favorecer a produção de guetos sociais. Poderíamos acrescentar à crítica de Fraser que a teoria de Honneth combina bem com a disseminação da identidade que caracteriza a nossa época: a identidade de vítima.

A denúncia da concepção identitária de reconhecimento também é feita por Fassin e Rechtman que mostram, em seu livro, o quanto essa concepção é solidária da atual tendência a judicializar a condição de vítima. Em *Império do traumatismo* (2007), eles mostram como as políticas de reconhecimento, quando se articulam às identidades, promovem, no final das contas, a ascensão dessa identidade

única, a de vítima, como modo de subjetivação principal de nosso tempo. Por este motivo – dizem eles - é preciso certo cuidado com o tema do trauma e do reconhecimento na política. O reconhecimento de identidades tem sido uma bandeira do “politicamente correto”, e essa defesa identitária tem favorecido as políticas indenizatórias. O problema é que a tendência à vitimização, incentivada pelas políticas identitárias de reconhecimento, pode redundar, ela própria, numa forma mais sutil ou sofisticada de desautorização: desmente-se as injustiças e a violência ao se promover reparações financeiras, na medida em que essas indenizações apaziguam a culpa coletiva.

É neste ponto que nós podemos marcar a especificidade da contribuição ferencziana para a noção de trauma social. Ainda que ele enfatize, em diversos momentos, a condição de vítima, sob nenhum aspecto suas ideias permitem transformar essa condição numa identidade e, muito menos, fornecer uma base psíquica para a judicialização da sociedade. Vamos ver como, a partir de seu pensamento, uma teoria do reconhecimento poderia ser desdobrada.

Há um momento em que Ferenczi propõe, em sua obra, uma nuance a mais na compreensão da desautorização ou do não reconhecimento. Quando, na Hungria, uma criança procura um adulto demonstrando dor ou sofrimento, é comum que ele lhe responda com o termo “katonadolog” (em inglês Soldiers can take it, Soldados podem aguentar). A expressão equivalente em espanhol, neste contexto, seria algo como “Los niños no lloran”, ou “Es muy grande para eso” Ao utilizar esse “dito popular”, Ferenczi chama a atenção para o modo pelo qual os adultos banalizam a injúria sofrida por uma criança que, em contrapartida, a vivencia com uma grande intensidade. Com isso, ele nos apresenta uma outra nuance da noção de desautorização: ele trata agora de uma não percepção, por parte dos adultos, da vulnerabilidade infantil diante de situações

de violência. Há uma cegueira dos adultos em relação à condição vulnerável de uma criança. Ele escreve: “A expressão húngara que serve para as crianças, “katonadolog”, exige da criança um grau de heroísmo de que ela ainda não é capaz” (Ferenczi, 1934, p. 111). Isso implica um descuido com a fragilidade infantil. Antes mesmo que o ocorra um ato violento, está sendo negado o reconhecimento do que existe de precário na criança. Podemos dizer então que, para Ferenczi, o que é preciso reconhecer não é a identidade, mas sim a vulnerabilidade da criança.

Mas não só da criança – de todos nós. É importante frisar que Ferenczi não fala de um sujeito desamparado, e sim de alguém vulnerável. Isso implica pensar o sujeito, de saída, imerso em um ambiente, concebendo-o a partir de relações. A noção de desamparo tem um peso constitucional, quase ontológico (o sujeito é desamparado, em última instância, em função de sua falta de recursos para lidar com a magnitude pulsional) enquanto que a noção de vulnerabilidade é inteiramente relacional. Se em Freud o sujeito precisa do outro porque é constitucionalmente desamparado, em Ferenczi o sujeito é vulnerável na relação com o outro. Isso implica reconhecer a nós mesmos e ao outro enquanto vulneráveis.

Neste ponto, as ideias de um psicanalista da primeira geração encontram as de uma filósofa contemporânea, a teórica queer Judith Butler. Ela também é uma pensadora do reconhecimento, mas vai divergir de Axel Honneth por não articular o reconhecimento à identidade. Embora considere que as demandas identitárias possam ter alguma função na luta política, ela adverte que essas demandas podem provocar situações de exclusão. Por isso, insiste na relevância política de um ato de recusa da identidade, por ela denominado desidentificação. Por desidentificação Butler entende a possibilidade de desconstruirmos as identidades que nos são impostas, que nos

oprimem e mascaram a nossa vulnerabilidade. Ela escreve: “É num momento de vulnerabilidade fundamental que o reconhecimento se torna possível” (Butler, 2004a, p. 213).

Butler, assim como Ferenczi, liga o reconhecimento à vulnerabilidade. Em um livro intitulado *Vida precária* (2004b), ela apresenta uma nova concepção de política na qual o fundamento não reside mais na Lei, na função paterna ou no Estado, mas na vulnerabilidade presente em todos nós. Essa é uma forma horizontal de pensar o laço social, e Butler acredita que ela possui muitas vantagens em relação a um laço construído verticalmente, em torno de uma instância ideal: pode-se matar em nome de um líder ou de uma ideia, porém ninguém mata por reconhecer a vulnerabilidade. Na verdade, a violência, seja física ou psíquica, é sempre uma tentativa de negar a vulnerabilidade – a nossa e a do outro. A mudança das formas tradicionais do poder e da política, e o reconhecimento de que somos todos vulneráveis, poderia rearticular a convivência política de uma maneira mais igualitária e mais justa.

Para Butler, o grande problema da política contemporânea não reside no fato de que alguns tem mais riquezas ou mais poder do que outros, mas no fato de que algumas vidas têm sua vulnerabilidade protegida, enquanto que outras, não. Escreve:

A vida se cuida e se mantém diferencialmente e existem formas radicalmente diferentes de distribuição da vulnerabilidade física do homem pelo planeta. Algumas vidas estão altamente protegidas, e qualquer atentado contra elas basta para desencadear uma guerra. Outras vidas não gozam de um apoio tão imediato e furioso, e não se qualificam nem mesmo como vidas que “valem a pena” (Butler, 2004, p. 58).

Reconhecer a vulnerabilidade, escreve Butler, nada tem a ver com a promoção de identidades. Não se trata de reconhecer o que

alguém é. O que importa, no reconhecimento da condição vulnerável de alguém, é proteger sua possibilidade de se tornar algo que ainda não sabemos, e que nem mesmo esse alguém sabe. Essa é a diferença entre a proposta de Butler e a das políticas de reconhecimento mais disseminadas atualmente: para ela, a vulnerabilidade conduz à potência, e não à vitimização. “Demandar reconhecimento ou oferecê-lo não significa pedir que se reconheça o que cada um já é. Significa invocar um devir, instigar uma transformação, exigir um futuro” (Butler, 2004b, p.72). Não poderíamos dizer o mesmo da proposta de Ferenczi?

Butler acredita que a tarefa dos pensadores sociais e políticos atuais é a de articular essa teoria da vulnerabilidade primária a uma teoria do poder e do reconhecimento. Pensamos que neste ponto as contribuições de Ferenczi são profundamente políticas e surpreendentemente atuais. Ele nos mostra como o psiquismo pode ser constituído e transformado tanto pelo reconhecimento quanto pela desautorização. Valoriza a vulnerabilidade que nos funda e acredita que ela pode ser a base das relações de confiança, tanto na clínica quanto na política.

Na clínica, isso fica muito claro em sua proposta de analisar sempre a criança que existe no adulto. E como é que se chega a ela? Através da criança que existe no analista. Para Ferenczi, o analista abre mão do lugar verticalizado do suposto saber para se arriscar na mesma linha em que seu paciente também está. Escreve: “É como se fossem duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, e que constroem vínculos de confiança por participarem de uma mesma comunidade de destino” (Ferenczi, 1932, p. 91). Cabe destacar que ele não enfatiza uma comunidade de origem, os laços de sangue ou a filiação. O laço social que Ferenczi valoriza, baseado na confiança, não é o que deriva de um Pai transcendente

que nos irmana na medida em que todos somos seus filhos. Em vez disso, fala de uma comunidade de destino: um grupo de pessoas sem lideranças ou certezas prévias podem discutir e construir seu próprio destino, justamente porque todos se encontram vulneráveis e, de algum modo, órfãos. Aqui o laço social baseado no poder e na ordem fálica perde terreno para a solidariedade por despossessão.

Isso nos permite ver o quanto a proteção da vulnerabilidade é uma questão ética, e como o trauma é a consequência inevitável dessa falta de cuidado. Isso nos permite ver também que a necessidade de reconhecimento que Ferenczi põe em jogo não é uma questão da lei ou do direito. Ela é mais profunda e alude a algo que estaria no fundamento da lei e dos sistemas jurídicos, no fundamento da própria ideia de justiça e de injustiça. Trata-se de reconhecer a dimensão vulnerável de qualquer um, protegendo-a e dando-lhe condições de existência.

REFERÊNCIAS

- BHABHA, H. (1994) *The location of culture*. London/New York: Routledge.
- BUTLER, J. (2004a) *Deshacer el genero*. Barcelona: Paidós, 2006.
- BUTLER, J. (2004b) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Barcelona: Paidós, 2006.
- HONNETH, A. (1992) *La lucha por reconocimiento*. Barcelona: Critica, 1997.
- FASSIN, D; RECHTMAN, R. (2007) *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condicición de victime*. Paris: Flammarion.
- FERENCZI, S. (1932) *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- FERENCZI, S. (1933) *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. In *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI (1934) Reflexões sobre o trauma. In *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FRASER, N; HONNETH, A. (2003) *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. London: Verso.

RICOEUR, P. (1991) *Autour du politique*. Paris: Seuil, 1991.

WINNICOTT, D. W. (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: as formas de cuidado e exclusão entre o cárcere e a rede

Auterives Maciel Júnior

Felipe Fook Bastos

Jadir Machado Lessa

INTRODUÇÃO

O presente capítulo objetiva realizar uma análise histórica que destaque a relação entre a compreensão dos fenômenos psicopatológicos e seus modos de tratamento e institucionalização. Ressaltamos os modos como as diversas propostas compreensivas e modelos institucionais alternativos nortearam movimentos no século XX, que definiram o sentido e concederam os fundamentos para as atuais políticas públicas. Assim, neste capítulo, objetiva-se reabrir diante da apresentação de acontecimentos históricos e casos específicos, os limites e alcances das políticas públicas atuais e, de outrora, bem como, sinalizar o modo como se constituem enquanto produtos históricos da tentativa do homem de conhecer e controlar esse outro que é desviante, o louco. Apresentamos, aqui, a perspectiva de que existe um difícil desafio para a saúde mental: compreender a loucura do outro, que surge como consequência direta da própria psicopatologia. Esse desafio se apresenta como uma questão teórica referente às características intrínsecas da existência humana e dos limites da epistemologia científica naturalista.

O problema que concerne àquilo que, atualmente, se compreende por saúde mental é atravessado tanto por um desafio epistemológico, quanto por práticas socioculturais próprias de um determinado horizonte histórico, que se estendem como consequências diretas dos conhecimentos construídos e das relações de poder deste período. É um problema epistemológico, uma vez que, o fenômeno que concerne ao que, comumente, chamamos de loucura, está no limite epistemológico impossível para o sujeito cognoscente, construtor de um saber científico, experimentar de modo direto, enquanto uma vivência. Considera-se, então, que a loucura está encerrada no outro, e não na experiência direta desse sujeito cartesiano, trazido por Foucault (1996) na figura do psicólogo ou psiquiatra, que se propuser a estudar (para não dizer explicar) esse fenômeno, devendo fazê-lo mediante análise do discurso, da sintomatologia e de outros recursos indiretos.

É importante também pontuar que, não seria exagero situar que a noção da loucura encerrada, enclausurada no limite impossível da intimidade desse outro, aos olhos das diversas disciplinas que se ocuparam desse fenômeno enquanto objeto, parece corroborar para a compreensão da subjetividade como um domínio mental e interno, como que, em moldes de um psiquismo defeituoso, encerrado no cérebro e nos seus mecanismos. Tal prerrogativa de uma orientação interna e dual nos guia a um distanciamento da relação entre a psicopatologia e os modos de existir do suposto louco (LESSA, 2011).

Ademais, as principais implicações decorrentes da abordagem dessa questão na perspectiva do modelo teórico-explicativos são, conforme demonstra Foucault (1996), a concepção de que o fenômeno da loucura sempre foi facilmente percebido e intuído, contudo, devido às questões epistemológicas supracitadas, demorou-se demasiadamente para que lhes fossem agregadas a condição

de domínio investigativo das ciências. Além disso, a loucura não era, definitivamente, uma prerrogativa patológica de uma manifestação comportamental, mas antes, era qualquer ruptura com a norma, média da sociedade. Ou seja, mesmo aqueles que não sofrem definitivamente com nenhum transtorno psiquiátrico, por serem demasiadamente desviantes do que Foucault (1996) chama de “discurso do mundo”, eram classificados e tratados enquanto loucos.

Desse modo, o problema epistemológico, ou seja, o difícil acesso às causas fundamentais de toda e qualquer psicopatologia, teve como primeiro desafio delimitar quem, de fato, estava acometido de um transtorno psiquiátrico e quem, seja por qualquer questão, estava apenas posicionado demasiadamente fora das concepções normais da sociedade.

Assim, alcança-se a segunda questão, que é a perspectiva socio-cultural que permeia e entremeia as noções de loucura e, portanto, de psicopatologia e que, de certo modo, norteiam as maneiras com que o louco será tratado e destrutado, seja na sua institucionalização ou na sua (re)inserção, e o advento dos desafios que lhe acompanham.

Uma vez delimitadas essas questões, institui-se a problemática da normatividade como questão central no desenvolvimento das políticas públicas, visto que, estas políticas são um reflexo direto, como demonstraremos a seguir, da relação entre a sociedade, entre o saber científico e entre o sujeito acometido por uma psicopatologia. E, uma vez clarificadas estas relações, pode-se objetivar os limites e alcances das políticas públicas passadas e atuais de forma a se estabelecer possíveis caminhos a serem seguidos no desenvolvimento de futuras políticas públicas, e, E, ainda, compreender os problemas atualmente enfrentados.

QUEM É O LOUCO, ONTEM E HOJE?

Para delimitar-se de maneira mais precisa a problemática abordada, é necessário que compreendamos quais as características essenciais que permitem a fácil identificação e categorização da loucura, mas que, encerram em si os meandros dos desafios epistemológicos que, atualmente, aparentam encontrar qualquer saída fácil em um mero estudo nosológico ou psicofarmacológico em manuais psiquiátricos.

Desse modo, podem-se evidenciar as seguintes características como marcantes e essenciais do fenômeno da loucura, conforme nos orienta Foucault (1996): estar fora do discurso letrado do mundo, do discurso coerente, de maneira que, a exclusão é diretamente proporcional à dissonância entre os discursos; e o não compartilhamento da realidade comum.

E, apesar de que, conforme nos narra Foucault (1978), em sua célebre obra “A História da Loucura”, a concepção da loucura atravessa a história vem se modificando, e, com cada modificação no que julgamos ser a configuração desse conceito, mudam também as formas da terapêutica e o local do louco na sociedade. Não seria aceitável que a loucura tenha sofrido alguma alteração substancial nas suas manifestações, de modo a justificar tais mudanças nas abordagens terapêuticas. Não, a loucura enquanto acontecimento, enquanto acometimento, é, a mesma na sua relação com a sociedade, sendo sempre um discurso distinto do homogêneo (FOUCAULT, 1996).

O que acontece, na visão de Foucault, é que o discurso do mundo se altera no decorrer da história e da cultura, e na medida em que ele muda, mudam também as nuances que categorizam o fenômeno da loucura. Assim, o que Foucault (1996) nos apresenta como as características essenciais da loucura, não se apresenta de

forma paradoxal às mudanças históricas nos critérios e no entendimento da loucura, que são também apresentadas pelo autor (1978), mas antes, se complementam.

Essa complementaridade se realiza de um modo que essas especificidades das compreensões sobre o que é a loucura atravessam as nuances dos desafios epistemológicos anteriormente apresentados. De maneira que, na modernidade, temos sempre o louco, de acordo com Foucault (1996), como aquele cujo discurso destoa de maneira significativa do discurso do mundo, desqualificando o caráter verdadeiro desse discurso. Assim, o discursar da loucura é considerado inválido e falso.

Essa noção que Foucault (1996) apresenta é já a noção da loucura mediante o olhar científico, onde o louco é objetivado enquanto objeto de estudo que se apresenta diante de um sujeito que o estuda, e sua característica mais marcante é a fuga da realidade comum da humanidade. Seja pelo discurso desconexo, delírios ou alucinações, todos são sintomas das psicoses (APA, 2013).

Contudo, mesmo diante dos ditames da ciência, a compreensão sobre o que é loucura ainda permaneceu limítrofe. Isso porque a existência, conforme nos conta Lessa (2011), é singular, posto que, a compreensão absoluta do outro é impossível. Ninguém pode compreender plenamente, mas pode compreender parcialmente, pois há, na experiência, elementos comuns e singulares, que só são experimentados pelo próprio indivíduo. Quando as ciências naturais tratam a experiência humana como se fosse generalizante, excluem radicalmente todo o conjunto de singularidades. Essa exclusão resulta em uma redução significativa dos conteúdos da experiência, com uma conseqüente distorção daquilo que o homem é e, por isso, a experiência humana (ou subjetividade) não pode ser trabalhada pelo método teórico explicativo. Se isso for feito, a pesquisa supri-

mirá o que há de humano em nós, limitando a caracterização do que é o homem.

Há de se compreender o homem como um fruto das determinações genéticas, mas também, como fruto do preenchimento da indeterminação e da indefinição próprias da subjetividade. Por ser um preenchimento individual da indefinição e da indeterminação, será sempre criativo e singular (LESSA, 2011). De modo que, esse problema epistemológico se pôs como questão de maneira marcadamente presente, propiciando o surgimento de várias críticas e correntes alternativas para discorrer sobre as questões e implicações epistemológicas da loucura.

Cita-se então o esforço de Jasper (2005), que propõe o método fenomenológico para lançar mão de uma psicopatologia compreensiva, buscando dar conta dessa vivência da loucura que se encerra no outro e que continua a escapar das doutrinas metodológicas das ciências naturais. Isso porque o método científico continua preso às análises de fenômenos indiretos e causados pelo que supostamente é a loucura, valendo-se dessa forma de estudos nosográficos e epidemiológicos, movimento que começou com Kraepelin e que resultou nos manuais psiquiátricos atuais (RODRIGUES; SOUZA; PEDROSO, 2009).

Acrescenta-se, também, a crítica de E. Levinas às tentativas dos modelos compreensivos do outro, uma vez que:

A problematização do surgimento do outro para mim e de sua possível presença como elemento constitutivo do mundo a qual pertença e, acima de tudo, como elemento constitutivo de mim mesmo, passa, portanto, a ganhar estatutos filosóficos com esses desenvolvimentos fenomenológicos. Para que o outro possa ser reconhecido em sua radical alteridade não posso “intuí-lo” por comparação, por analogia, nem por projeção ou introjeção, tampouco por processos de fusão afetiva. Estas são todas formas que

excluem a possibilidade de reconhecimento do outro em sua diferença, em geral reduzindo o outro a mim mesmo, ou concebendo à sua existência à minha imagem e semelhança (COELHO JUNIOR, 2008, p. 216).

Somando-se ainda à crítica de que a “objetificação” do louco o retira de seu lugar enquanto sujeito, de sua individualidade e de si mesmo, colocando em foco apenas sua psicopatologia, apagando-o dessa forma, retirando-o da relação de empatia e alteridade. Segundo essa crítica, como a ciência se prende à nosografia e aos aspectos objetivos da psicopatologia, o indivíduo some e passa a ser enxergado e reconhecido apenas pelo seu transtorno psiquiátrico, de modo que, o diagnóstico se sobrepõe ao diagnosticado, em uma tentativa de desumanização do ser (SERPA JR., 1996).

De toda maneira, hoje, encontraremos várias formas diferentes de caracterizar a normalidade e a psicopatologia, seja pela moda e média estatística, pelo princípio de liberdade e autonomia que os sujeitos não acometidos de psicopatologias supostamente possuem, ou pela sua funcionalidade no contexto social e etc. (DALGALAR-RONDO, 2009).

Uma vez melhor delimitadas as complicações e os desafios ao se tratar da, comumente chamada, loucura, pode-se adentrar as perspectivas de compreensão da loucura e suas reviravoltas que incidiram desde a construção dos hospícios, até a humanização dos mesmos e o atual movimento de reinserção social desses, outrora, excluídos fisicamente dos ambientes urbanos.

OS CÁRCERES DEBAIXO DO TAPETE

De início, se retomarmos, mais uma vez, ao filósofo francês Michel Foucault (1978) perceberemos que o movimento de trancafiar os desviantes foi uma demanda que surgiu com o crescimento urbano

e com a demanda da sociedade de dar uma finalidade para estes seres.

É fácil, dentro das análises de Foucault, identificar a funcionalidade das instituições como atendentes a uma demanda que se propõe a gerar disciplina e controle da homogeneidade do poder (SILVA; ALCADIPANI, 2004). Ou seja, o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos ocorreu para manter um controle social daqueles que eram, demasiadamente, desviantes da conduta geral.

Podemos acompanhar, então, o surgimento dos hospitais psiquiátricos diante de certos momentos específicos. O primeiro foi a grande internação, na qual, não só os loucos, mas também, os libertinos, miseráveis, venéreos e hereges foram confinados. Ressaltando-se que, nesse momento, não havia distinções entre os loucos e os demais, de toda forma que, essas primeiras instituições não possuíam finalidades terapêuticas e eram apenas grandes depósitos humanos (SERPA JR., 1996).

Seguido desse momento, houve o grande medo, que consistiu em um movimento popular que temia a existência dessas instituições próximas aos grandes centros urbanos, assim como, surgiam medos advindos do imaginário popular de que a loucura pudesse ser contagiosa. Assim, a medicina é chamada a intervir na medida em que o medo popular cresce, criando uma demanda para uma melhor compreensão da loucura. Assim, surgem por toda a Europa, centros especializados na internação dos loucos, agora afastados dos grandes centros humanos, onde o louco já era capaz de encontrar algum esboço de tratamento e terapêutica (idem)

Dessa forma, irrompe a cena épica e histórica que consolidou Pinel como pai da psiquiatria: a libertação dos loucos, a quebra dos grilhões. Neste momento de forte teor simbólico, o louco agora se vê sob a tutela médica, não mais enquanto prisioneiro dos grilhões,

mas sim, da forma mais perfeita de exclusão: as instituições asilares, afastadas e, nas quais, o louco se vê livre em movimento dentro dos muros da sua nova prisão, com um saber científico que lhe rouba a voz e fala em seu lugar (idem).

Encontra-se aqui o correlato do que foi o esboço de uma primeira política pública em termos de saúde mental: a exclusão do louco e a entrega de sua tutela ao saber médico. Mas não doravante, esse reino de controle institucional continuou por muito tempo a permear o imaginário popular, conforme nos afirma Gonçalves (2013).

Para efeito ilustrativo, analisaremos a realidade maranhense do Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues e uma coletânea documental de notícias jornalísticas do início do século XX que retratam a concepção de loucura, ainda como um meio de controle social, mesmo já subordinado ao saber médico e científico. Tais informações advêm da obra do historiador Fábio Henrique Gonçalves (2013), que resgatou boa parte da história dessa instituição, que nos servirá de exemplo.

Primeiramente, é preciso situar que a condição de fundação da colônia de psicopatas Nina Rodrigues seguiu o padrão estipulado para sua época, no que tange ao seu afastamento do centro da cidade, no caso, a capital maranhense São Luís (GONÇALVES, 2013). Contudo, o crescimento urbano fez com que as áreas em torno desse hospício fossem ocupadas e povoadas, criando uma ilusão de que sua construção já pretendia à incorporação urbana e ao sistema de rede que será discutido mais adiante.

Dessa forma, o hospital psiquiátrico, outrora denominado colônia de psicopatas, era mais um local de armazenamento de adoecidos inconvenientes, de modo que era lei a perspectiva trazida por Gonçalves (2013, p. 161) de que: “Se não há como cuidá-los, cadeia neles”.

De toda forma, a demanda atendida pela instituição não era, imediatamente, a de propor um cuidado ao louco, mas sim, o de retirar-lo do espaço urbano como quem varre sujeira para debaixo do tapete. Não implica que, a esta altura, não houvesse cuidados, mas os limites técnicos, farmacológicos e psicoterápicos aliados às concepções estereotípicas da sociedade e o trabalho rudimentar e paliativo dos médicos psiquiatras e as condições precárias de infraestrutura da instituição não pareciam fornecer condições admissíveis para o retorno desses sujeitos adoecidos (GONÇALVES, 2013).

Adentra-se, então, na concepção popular do que era a loucura, retornando-nos fielmente à primeira prerrogativa das dificuldades de delimitar a psicopatologia.

Um primeiro caso narrado no jornal maranhense *A Notícia*, em 1906, conta um drama ocorrido no interior de Pernambuco, no qual, uma jovem de uma das mais proeminentes famílias da localidade fugiu para viver um romance com um homem negro chamado João Rosendo, criado de seu pai. O caso foi interpretado de maneira concisa na época como um caso de doença mental e degenerescência por parte da moça (GONÇALVES, 2013).

Outro caso narra as especulações de causas psicopatológicas na mulher e travestir apelidada de Luiza homem, que se vestia com roupas masculinas (*idem*).

Mais um caso consiste no romance da dona Stella Branco, que se enamorou aos 75 anos por um homem 30 anos mais jovem. O homem foi acusado de ser um aproveitador e ela foi acusada de sofrer de problemas mentais, no caso demência. O caso foi narrado no jornal *O Imparcial* em 1915 (*idem*).

Mais um último exemplo, dessa vez, retirado do código penal de 1890, que considera crime contra a saúde pública, podendo re-

sultar em prisão ou multa, a prática de espiritismo e cartomancias, já que se acreditava que essas práticas poderiam gerar desordens psíquicas graves na população (idem). Notemos que a libertação teatral e épica de Pinel ocorrerá no final do século XVIII (SERPA JR., 1996), ou seja, a loucura continuou sendo condenada e estereotipada pela população por mais de 100 anos após o saber médico se ocupar da loucura.

Torna-se evidente, desta forma, que os modos de lidar com o problema de saúde mental, bem como, as implicações políticas e sociais exercidas outrora e atualmente, são um reflexo das concepções que são construídas sobre a loucura. De todo modo que em uma sociedade altamente institucionalizada, com uma medicina que pouco sabia acerca das causas da psicopatologia, com um limite incerto para o que deveriam ser considerados patologia e o que não tem causa patológica, com uma realidade permeada de preceitos equivocados e pouco tolerantes mediante as diferenças e insegura e de pouco conhecimento acerca do que é a loucura, não poderia se esperar atuação diferente do que a internação e a institucionalização da loucura, assim como, sua condenação moral e legal.

A REDE: AS CONCEPÇÕES ATUAIS

Logo, chega-se a um momento histórico ímpar e decisivo para o desenvolvimento da saúde mental que é o movimento anti-institucional, antipsiquiátrico e até mesmo antimanicomial.

É preciso ter em foco que esse primeiro modelo de psiquiatria sempre foi alvo de críticas, dentre elas, de natureza epistemológica e ética, já mencionadas anteriormente. De um modo que a crítica realizada pela fenomenologia à epistemologia dessa psiquiatria ocupada com a doença mental e que deixava de lado o indivíduo

adoecido se torna primordial nesse momento histórico ao qual fazemos referência agora (AMARANTES, 1998).

Não que as críticas fenomenológicas e demais críticas epistemológicas tenham sido as únicas responsáveis diretas pela reforma, porém, o que ocorreu foi que após a segunda guerra mundial, vários modelos de instituições diferentes daqueles propostos enquanto “asilos terapêuticos” da época de Pinel, foram fundados e tiveram êxito no tratamento e na recuperação dos seus pacientes. Dessa forma, ficou em voga uma crítica comum ao espaço manicomial que não se julgava capaz de atender a demanda de ser um espaço de cura. Também ocorre, como é bem sinalizada por Amarantes (1998), uma inversão nos paradigmas da psiquiatria, que mudou seu objeto de estudo e objetivo da doença mental para a promoção da saúde mental, ou seja, para os cuidados desse sujeito acometido de uma psicopatologia, de modo a buscar um tratamento humanizado que não apague o indivíduo em frente à sua doença.

Dessa forma, Amarantes (1998) aponta dois momentos distintos na reforma psiquiátrica: o primeiro é marcado pela crítica ao modelo institucional do manicômio que não atendia as novas demandas de propiciar uma adequada terapêutica aos pacientes, sendo um momento de crítica dentro das próprias instituições e que prima pelos exemplos bem sucedidos de comunidades terapêuticas já estabelecidas nos EUA e na Europa. O segundo momento é caracterizado por uma abertura da questão da saúde mental para o espaço público, no qual, é objetivo da psiquiatria promover a saúde mental, e atuar na prevenção de transtornos psiquiátricos.

Para ilustrar um desses novos modelos de instituição psiquiátrica cujo sucesso terapêutico colocou em cheque o antigo e prevalente modelo hospício/manicômio, temos a experiência espanhola

de Saint-Alban, dirigida pelo ilustre psiquiatra espanhol François Tosquelles. De modo que se narra os acontecimentos de maneira que:

Embora a localização do hospital fosse distante dos grandes centros urbanos, Saint-Alban – há muito governado por freiras da congregação de Saint Régis, recebendo 500 internos – rompia em diversos aspectos, na prática, com a tradição de isolamento dos manicômios. Chegando ao hospital, antes mesmo de querer implantar mudanças, Tosquelles procurou compreender a estranheza que percebia em seu funcionamento. Ele relata que antes de sua chegada, dado o quadro de abandono pelas condições da 2ª Guerra (na França, 40% dos classificados como doentes mentais morreram de fome), o hospital – medieval, sujo e superpovoado – tinha se tornado um local aberto, de passagem, pois representava o caminho natural por onde os camponeses e suas vacas e mercadorias atravessavam para chegar à feira da região. Este movimento territorial acabava propiciando atividades de comércio e trocas com os internados. Aliás, para Tosquelles, esta era uma importante característica na definição de um Serviço de Psiquiatria: ser um *lugar de passagem*, um *apartamento*, e não exclusivamente para os usuários de um hospital psiquiátrico (RUIZ et al, 2013, p. 859-860).

De maneira que se configurou um experimento tão importante que consistiu em:

No período de ocupação e guerra nazi-fascista, Saint-Alban se afirmou como um local de passagem e de acolhida, tendo recebido refugiados oriundos de diferentes campos, seja de intelectuais a artistas, judeus, militantes da Resistência. É neste sentido que Tosquelles diz preferir a denominação Asilo. Muitos dos acolhidos e voluntários que por lá passaram, vivendo períodos diversos, puderam contribuir e colocar sua inteligência a serviço das práticas em curso. Especialmente a partir de 1942, quando o psiquiatra Lucien Bonnafé tornou-se diretor e com sua sensibilidade viabilizou estas circulações. Como foi assinalado, um destes grandes intelectuais foi o filósofo e médico Canguilhem (RUIZ et al, 2013, p. 860).

Dessa forma, já ilustrado um modelo exemplar de instituição que motivou o movimento da reforma psiquiátrica em meados do século XX, podemos passar para a realidade brasileira e a inserção das preocupações com o tema da saúde mental nos meios urbanos, bem como, a política de reinserção dos loucos à sociedade.

De modo que, conforme Souza e Rivera (2010), a atual Política Nacional de Saúde Mental, que se configura como um modelo vigente que leva em conta, não somente os posicionamentos críticos acerca da reforma psiquiátrica, mas também, sua consonância com a reforma sanitária, e tem como princípio “a construção de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover a saúde, sugerindo uma ampliação na concepção do processo saúde-doença, o que implica a elaboração de novos modos de atenção que contemplem essa perspectiva” (p. 122).

Reitera-se assim que:

Sua principal reivindicação, à época de sua criação, fundamentava-se no reconhecimento do caráter excludente e segregador das políticas e práticas adotadas nesse campo. Tencionava então, resgatar a história, tornar possível a vida das pessoas confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos, além de apontar para a elaboração de modos mais humanizados e dignos de cuidado. Como movimento social, ampliou a pauta de discussões e reivindicações, propondo a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto pelas práticas assistenciais quanto pela soberania do saber médico sobre a loucura (YASUI, 2006). O movimento da Reforma Psiquiátrica incluiu na agenda social temas primordiais ao debate, tais como cidadania e exclusão social, não se restringindo apenas ao setor saúde, mas procurando abranger e implicar outros segmentos sociais no intuito de desenvolver estratégias que pudessem permitir a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental de suas fronteiras de atuação para além dos bem demarcados limites dos hospitais psiquiátricos e do meio acadêmico (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 122-3).

Assim, compreendemos a atual política pública de saúde mental como fruto de todo um caminhar histórico que se coloca em uma perspectiva dialética e dialógica com a sociedade. Ficando evidente que o atual sistema de rede, a RAPS (Rede de Atendimento Psicossocial) conta não só com a noção de territorialidade, que pretende suprir a demanda de uma comunidade, sendo capaz de atender ao sujeito que sofre de algum transtorno psiquiátrico ainda dentro de seu contexto social, mas a nova política pública conta, também, com pontos de articulação que vão além das unidades de saúde especificamente (CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial), mas também, a outras instituições como escolas e igrejas, a título de exemplo (BRASIL, 2013).

De toda sorte que contam, não apenas com os diversos CAPS (I, II, III, AD e i), que são especializados em demandas específicas, a exemplo do CAPS AD (álcool e outras drogas) e do CAPS i (infantil), também contam com uma série de outras instituições, não especificamente de saúde para garantir uma maior atenção ao indivíduo, agindo, sobretudo, de maneira também preventiva (BRASIL, 2013).

Além disso, somadas a isto, destacam-se as diretrizes da atenção básica que são comuns à política nacional de saúde mental, tais como: acolhimento, responsabilização, articulação e estabelecimento de vínculo como bônus que humanizam o processo de tratamento do indivíduo que busca o atendimento (SOUZA; RIVERA, 2010).

Desse modo, diminuindo o estigma que repousa sobre aquele que sofre de algum transtorno mental, além de humanizar a sua condição e não mais fugir dessa realidade, como se fez outrora. Tal luta de reinserção contou, inclusive, com o abandono de termos médicos que caíram no coloquialismo de maneira pejorativa, tais como: idiotismo e imbecilidade, que eram amplamente utilizados segundo os resgates históricos de Beauchesne (1989).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PONTOS CRÍTICOS

Assim, pode-se, claramente, ver um avanço considerável e muito pertinente no tratamento do doente mental, outrora, escondido da sociedade em asilos distantes, e expurgado do convívio social na condição de ser um estorvo para a sociedade.

E a esse sentido inclusivo, cabem duas perspectivas: a primeira, de que devemos congratular, pois, reside na humanização do processo de saúde e a segunda que devemos avaliar o que é: se essa inclusão ocorre de maneira realmente eficaz ou apenas acabamos com a exclusão espacial do louco, enquanto ele continua a ser excluído dos vínculos sociais.

Para esta segunda perspectiva, temos que: se ainda existe essa exclusão e esse estereótipo do louco, o atual modelo de reinserção social do convívio da loucura, em especial com a colocada dos CAPS nos centros urbanos, é mais uma ferramenta de tentar combater essa exclusão (SOUZA; RIVERA, 2010).

Em termos da eficácia da rede, reforçam-se as questões que são correlatas ao funcionamento ideal como: a necessidade de infraestrutura, profissionais qualificados, saneamento básico e segurança em todos os territórios para garantir não só a segurança desses indivíduos que procuram o atendimento, mas também, da própria comunidade que deve dar suporte ao adoecido, conforme é previsto no Programa Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2013).

Contudo, não podemos ignorar que é preciso mais, não somente um preparo da família para a acolhida desse sujeito em vários aspectos, uma vez que, dentro do ambiente familiar, o louco está também submetido aos riscos de violência, muitas vezes, velada aos olhos das autoridades pelos muros das residências.

Ademais, é preciso pontuar algumas soluções que, embora interessantes, possuem suas limitações. Como exemplo, as residências terapêuticas, que abrigam internos que não tem condições de voltar para casa, ou por cenários de violência, ou por ausência referências pela própria situação de abandonos (TÓFOLI, FORTES, 2007), mas que tem uma abrangência limitada e precisam de um direcionamento mais amplo de recursos.

Desse modo, alguns dos desafios da política pública em saúde mental são a territorialização da terapêutica e a inclusão social do louco. Isso se deve ao processo histórico de exclusão da loucura, em especial, pela própria condição do louco como excluído do discurso (FOUCAULT, 1996). E um problema que se tem focado pouco é a preparação da estrutura familiar para um correto acolhimento e, também, para que se possam garantir cuidados, evitando também o adoecimento da família nessa posição de cuidadora.

Portanto, compreende-se que muitos avanços foram feitos no que tange à saúde mental, e encontramos no Brasil um sistema de atendimento que contempla uma visão atualizada e humanizada. Contudo, ressalta-se que, embora o planejamento de execução seja adequado, nada garante que não ocorram falhas, sendo necessários estudos quantitativos e qualitativos que se direcionem aos CAPS para avaliar suas reais condições de funcionamento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: saúde mental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BEAUCHESNE, E. História da psicopatologia. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

COELHO JÚNIOR, N. E. Da Fenomenologia à Ética como Filosofia Primeira: notas sobre a noção de alteridade no pensamento de E. Lévinas. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 8, n. 2, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. A Ordem do Discurso. São Paulo: Loyola, 1996.

GONÇALVES, F. H. **Nas Fronteiras da Normalidade**: Do cotidiano das ruas à criação da colônia de psicopatas Nina Rodrigues. São Luís: Editora UEMA, 2013.

JASPERS, Karl. A abordagem fenomenológica em psicopatologia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 4, p. 769-787, 2005.

LESSA, Jadir Machado. **Curso de Análise Existencial Princípios fundamentais de uma prática psicoterápica com bases fenomenológico-existenciais**. 2011. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.

RODRIGUES, Silvia Maués Santos; SOUZA, Airle Miranda de; PEDROSO, Janari da Silva. Diagnóstico psiquiátrico: evolução histórica, conceitos e vicissitudes. **Rev. para. med.**, v. 22, n. 3, 2008.

RUIZ, Valéria Saleket al . François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 855-877, dez. 2013 .

SERPA JR, Octavio Domond de. Sobre o nascimento da psiquiatria'. **Cadernos Ipub**, n. 3, p. 15-30, 1996.

SILVA, Rosimeri Carvalho da; ALCADIPANI, Rafael. As transformações do controle na siderúrgica riograndense: uma análise foucaultiana. **Organizações & Sociedade**, v. 11, n. 29, p. 81-96, 2004.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus ActasSaudeColet**, v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 6, n. 2, 2007.

TRAUMA E CRIAÇÃO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Ricardo Salztrager

EXCITAÇÃO

São muitos os autores que se voltam para uma análise da sociedade contemporânea visando demonstrar as diversas transformações que vem ocorrendo no contexto em que vivemos. Especificamente neste trabalho, partiremos das observações de Turcke, filósofo da Escola de Frankfurt que, empenhado em examinar as mudanças promovidas nos campos da percepção e da sensação, optou por caracterizar a sociedade atual como uma “sociedade excitada” (TURCKE, 2010). A escolha por tal autor se dá por ele nos oferecer boas condições para pensarmos o caráter eminentemente traumático de alguns processos e relações que se fazem nos dias de hoje.

Em linhas gerais, a sociedade excitada é aquela marcada pelo imenso acúmulo de estimulações que nos atinge a todo instante. Turcke fala, por exemplo, de uma alta pressão de notícias, fazendo referência ao bombardeio de informações sobre acidentes, crimes, escândalos ou catástrofes naturais que nos chegam em tempo real. Quanto a isto, fica evidente ser impossível ao sujeito dar conta de tamanha quantidade de informações, de forma a ser plausível que

ele se sinta, de certo modo, impotente quando estabelece para si a obrigação de tudo saber. Há também a força concorrencial do mercado que nos afeta de forma desenfreada através de propagandas sobre os mais diversos produtos, seduzindo nós consumidores através do uso da alta tecnologia e da montagem de um roteiro de imagens fascinantes e encantadoras que se sucedem a cada reclame publicitário. Ademais, há a ênfase na produção e vendagem de aparelhos portáteis como celulares e laptops que fazem com que os sujeitos desenvolvam uma série de comportamentos híbridos como “simultaneamente assistir à televisão, mandar e-mails, telefonar, acariciar o cachorrinho ou o ser amado” (TURCKE, 2010, p. 44). Tais aparelhos permitem, sobretudo, que mesmo nos raros momentos de descanso, o sujeito consiga se defender do ócio – como se o ócio fosse realmente uma coisa a ser evitada – através de conversas, encontros virtuais e tudo o mais que a alta tecnologia permite.

Com efeito, este excesso de estimulações se mostra de maneira peculiar nas redes sociais, seja pelo recebimento ou pelo compartilhamento de uma infinidade de imagens e informações sobre o mundo ou sobre as pessoas mais próximas, informações que muitas vezes se contradizem, se anulam ou se superpõem. Enfim, os diversos aplicativos de paquera e sites de relacionamento também oferecem ao sujeito uma pluralidade imensa de possíveis objetos de amor distantes a apenas alguns poucos quarteirões. Com o uso destes aplicativos, é comum os sujeitos relatarem a consecução de vários encontros amorosos por semana, fora os tantos outros que podem se efetivar a qualquer instante a partir de conversas virtuais já iniciadas. Tudo isto ao mesmo tempo, como se fosse difícil descansar deste acúmulo de excitações ou mesmo impor uma barreira frente aos múltiplos acontecimentos que se dão de forma quase simultânea ao nosso redor.

Deste modo, partimos do pressuposto de que o mundo contemporâneo é caracterizado por este acúmulo de estimulações que nos atingem à maneira de choques. Trata-se, nestas vivências de choque, seja da sobrecarga de informações ou do amontoado de prescrições, tarefas, trabalhos e imperativos das mais diversas fontes frente aos quais os sujeitos devem dar conta de alguma maneira. Há as múltiplas obrigações a cumprir, os mais excessivos estímulos midiáticos aos quais respondemos com maior ou menor grau de conscientização, além do conjunto de coisas passíveis de mudar de um instante para o outro e que obviamente nos desconcerta, pois quando pensamos em dar uma opinião frente ao que somos solicitados, no momento seguinte, tudo pode estar diferente.

Ora, a situação se torna ainda mais complexa quando percebemos que este processo desenfreado de recebimento de excitações nunca é uma via de mão única. Ou seja, aquele que recebe todas estas estimulações é também aquele que as emite a todo instante e de maneira igualmente excessiva, como se estivesse dotado de uma “compulsão à emissão” (TURCKE, 2010, p. 44). Por este viés, Turcke entende que na sociedade contemporânea, tal compulsão à emissão constitui uma forma vital de expressão, como se “não emitir” fosse equivalente a “não ser”, como se aquele que se recusasse a entrar neste jogo de afetar e ser afetado ficasse condenado à sensação de “não existir”. Portanto, para ser alguém, é imprescindível que o sujeito se conecte a este jogo, transmitindo constantemente informações e elaborando uma espécie de publicidade de si próprio. Quem está de fora (se é que é possível estar) não é percebido. Logo, não é ninguém.

Enfim, são muitos os exemplos que podemos fornecer destas vivências de choque que ora assumem um efeito traumatizante, ora podem nos conduzir à criação de algo. Daí a proposta de analisar alguns possíveis destinos criativos que os sujeitos conseguem

dar a tais vivências. Para tal, estabeleceremos um diálogo entre a psicanálise e o pensamento de Benjamin, diálogo já iniciado pelo filósofo quando em “Sobre alguns temas em Baudelaire” (BENJAMIN, 1939/1994) faz algumas importantes referências ao ensaio “Além do princípio de prazer” (FREUD, 1920/1996). Ao longo da discussão, também nos voltaremos ao conceito de introjeção formulado por Ferenczi (1909/2011) e considerado da máxima importância para a análise das saídas criativas que o sujeito fornece às vivências de choque do mundo contemporâneo.

CHOQUE

O exame que Turcke faz da sociedade excitada é magistral do ponto de vista da descrição dos fenômenos que nela ocorrem, embora o autor por vezes peque na insistência em caracterizá-los com certo colorido hostil. Ou seja, em alguns momentos, o excesso de excitações é por ele tido como desagradável, uma espécie de fardo com o qual o sujeito contemporâneo é obrigado a conviver.

Ora, esta tonalidade da abordagem de Turcke contrasta totalmente com a de Benjamin, principalmente, quando em “Sobre alguns temas em Baudelaire”, este se volta para a análise da vida nas grandes cidades. Claro está que são quase cem anos que separam uma obra da outra e que neste intervalo muita coisa mudou no que tange, principalmente, à intensidade e à frequência das vivências de choque. No entanto, ainda assim, é impressionante notar o grau de beleza que Benjamin atribui à Modernidade, de forma a problematizar qualquer visada negativista ou hostil sobre os fenômenos dela característicos, bem como àqueles que insistem em olhar a vida na cidade grande com um ar nostálgico e saudosista. O principal personagem de seu ensaio é o poeta Baudelaire.

Nesta perspectiva, Benjamin faz uma referência à “Perda da auréola” (BAUDELAIRE, 1869/1991), prosa que tem como cenário a moderna cidade europeia repleta de veículos e cavalos que disputam espaço com a multidão amorfa de transeuntes se esbarrando em sucessivos choques. Em meio a este caos, surge um poeta lírico que, ao atravessar o boulevard, se depara com uma poça de lama. Ao saltar sobre ela, sua auréola se desprende da cabeça, caindo n’água e fazendo-lhe hesitar por um breve instante: ou ele se conforma com a perda da auréola ou retorna para pegá-la correndo o risco de ter todos os ossos quebrados por um infeliz encontrão. Após certa hesitação, o poeta opta pela vida e, como que em um suspiro de alívio, vai para um bordel qualquer cometer as mesmas baixezas às quais geralmente se entregam os reles mortais. Livre da auréola, ele percebe o quão entediante era sua dignidade e, por fim, quando perguntado se desejaria ou não registrar a perda na polícia, emite um sorriso irônico, dizendo que até lhe agradaria divertir-se com a possibilidade de um poeta tosco resgatar sua auréola da lama para com ela enfeitar-se.

Esta análise do tema da perda da auréola conduziu Benjamin à importante conclusão de que a desintegração da aura é o preço que o sujeito paga para adquirir a sensação de moderno. Nesta medida, o moderno é aquele que se liberta de um passado repleto de desenganos, bem como de todos os ensinamentos adquiridos por suas experiências para entregar-se aos esbarrões da multidão, deixando-se por ela acotovelar e acotovelando-a de vez em quando. Ser moderno é, portanto, submergir às mais diversas vivências de choque de um mundo repleto de estímulos e tentar criar algo a partir desta entrega. Tal processo de criação inevitavelmente conduz a um trabalho de reinvenção subjetiva, como ilustrado na prosa acima.

Com efeito, Benjamin destaca todo o encantamento que Baudelaire sentia pela moderna Paris e a surpreendente fama que sua poesia veio a desfrutar perante o público das grandes cidades. Ora, este público havia se tornado bastante esquivo à poesia lírica já que ela mantinha pouco contato com suas vivências. Neste contexto, Baudelaire foi o único bem aceito pelo leitor moderno, justamente, por se considerar a ele semelhante e por possuir uma relação com a cidade que, de certo modo, contrastava com a dos demais poetas.

Segundo Benjamin, Baudelaire jamais reverenciava as épocas melhores que haviam passado. Pelo contrário, ele se sentia como que coagido a participar das vivências de choques, relacionando-se com a multidão ali presente de maneira peculiar: ele se fazia cúmplice da multidão, misturando-se a ela sem um porquê aparente e sem uma intenção a priori. Se entregava aos choques da cidade grande sem saber o que iria disto suceder para – no instante seguinte e da mesma forma imprevista – isolar-se e arremessar toda a multidão em um vazio, encarando-a com um afeto de desprezo. Tal atitude ambivalente tem, para Benjamin, algo de cativante, sendo este o gancho central de grande parte da discussão de seu ensaio.

Vejamos como se dá a positivação das vivências de choque em Baudelaire a partir da leitura que Benjamin faz do poema “A uma passante”:

A rua em torno era um frenético alarido.
Toda de luto, alta e sutil, dor majestosa,
Uma mulher passou, com sua mão suntuosa
Erguendo e sacudindo a barra do vestido.

Pernas de estátua, era-lhe a imagem nobre e fina.
Qual bizarro basbaque, afoito eu lhe bebia
No olhar, céu lívido onde aflora a ventania,

A doçura que envolve e o prazer que assassina.

Que luz... e a noite após! — Efêmera beldade
Cujos olhos me fazem nascer outra vez,
Não mais hei de te ver senão na eternidade?

Longe daqui! tarde demais! nunca talvez!
Pois de ti já me fui, de mim tu já fugiste,
Tu que eu teria amado, ó tu que bem o viste!
(BAUDELAIRE, 1853/2012, p. 475)

Com este poema, Benjamin encontra uma ilustração do modo como Baudelaire encarava a multidão: ele a via como algo encantador. Assim, o poema narra a história de uma vivência de choque que advém quando o poeta decide embrenhar-se no meio da multidão e se depara com uma viúva que, reciprocamente cruza o seu olhar. O poeta fica momentaneamente capturado por tal encontro e esta captura produz nele um efeito de sideração que lhe serve de inspiração para escrever o poema.

Desta maneira, faz-se necessário marcar que Baudelaire, de fato, se entrega à multidão e sabe que é apenas ali que poderia chocar-se com uma passante qualquer. No entanto, o fato dele se entregar aos choques não é nem de longe o mais importante. Trata-se, antes, de delimitar o modo como se dá esta entrega. Conforme destacamos, a relação de Baudelaire com a multidão traz em si algo de ambivalente pois, da mesma maneira que ele lá se mistura, também dela se isola, arremessando-a no vazio. A ambivalência em questão é bem ilustrada pelo poema que, em última instância, traz à cena “um amor, tanto à primeira quanto à última vista” (BENJAMIN, 1939/1994, p. 118), uma despedida que se dá quase no mesmo instante do encontro.

Assim, Benjamin declara que em uma vivência de choque deste tipo, uma imagem fica impressa na memória. Num primeiro momento, teríamos a imagem pura referente ao choque com a passante, sem ser necessariamente enfeitada ou colorida pelas fantasias do poeta. Trata-se, apenas, do advento de uma impressão referente a algo que o acometeu em meio a uma pluralidade excessiva de estímulos. A partir do advento desta impressão, algo é produzido, sendo neste contexto que Benjamin associa o choque a uma série de inovações técnicas que o mundo vinha testemunhando, todas capazes de disparar alguns eventos complexos a partir de um gesto bastante simples. A invenção do fósforo, por exemplo, tornou viável a produção do fogo mediante a simples fricção de um palito em uma superfície adequada. No caso do telefone, a simples retirada do fone do gancho veio a tomar o lugar do complexo giro da manivela dos aparelhos mais antigos. Também no caso das fotografias, uma simples pressão do dedo sobre um botão possibilita a fixação de um acontecimento por um tempo ilimitado.

Nesta medida, nossa proposta é tentar pensar este encontro de Baudelaire com a passante como paradigmático para entendermos as relações objetivas do mundo contemporâneo, digam elas respeito ao encontro do sujeito com algum objeto de amor oferecido pelos aplicativos de paquera, a alguma informação dentre as tantas que lhe chega a todo instante pelas mídias sociais, a uma notícia ou imagem que o afeta em meio às muitas que lhe são dirigidas ou a um dentre os múltiplos ditames ou prescrições comportamentais das quais deve dar conta. Por este viés, o cenário no qual Baudelaire caminha seria em muito semelhante ao contexto contemporâneo: nas ruas da moderna Paris, teríamos um sujeito imerso em um campo bastante excessivo de estímulos e que, quando capturado por um deles, consegue fazer poesia; em meio a uma sociedade excitada,

teríamos um sujeito igualmente submerso em uma pluralidade de estimulações e que, deixando-se levar por alguma que lhe venha afetar, também pode ser capaz de criar algo.

Com base nesta analogia, questionaremos agora como pode o sujeito contemporâneo criar algo a partir das mais variadas vivências de choque características da sociedade excitada. Para trabalhar este ponto, proponho nos voltarmos para o exame que Benjamin faz de “Além do princípio de prazer” (FREUD, 1920/1996).

TRAUMA E MEMÓRIA

“Além do princípio de prazer” é o texto no qual Freud apresenta uma reflexão bastante original sobre o trauma que, em si, pode ser aproximada das concepções benjaminianas sobre o choque. Seu ponto crucial é o estabelecimento de uma analogia entre o modo de funcionamento do aparelho psíquico e o de uma pequena vesícula viva que luta para se manter livre da estimulação que a atinge. Da análise freudiana, destacaremos duas afirmações: a primeira concerne ao fato de que a consciência sempre surge no lugar de um traço de memória e a segunda remete à declaração de que o sistema consciente funciona como uma espécie de tela protetora frente às excitações traumáticas do mundo. Passemos à análise destas duas declarações, a começar pela primeira.

A analogia de Freud (1920/1996) se inicia com a investigação das possíveis consequências geradas na estrutura da vesícula – ou do aparelho psíquico – pela estimulação do mundo externo profundamente carregado de excitações. Segundo este modelo, a consciência estaria situada na linha fronteira entre o mundo externo e o interior do aparelho psíquico, voltando-se para o exterior com a função de percepção dos estímulos e, ao mesmo tempo, envolvendo os demais sistemas psíquicos. Em si, a consciência não retém traço

de memória algum da excitação, de forma que percepção e memória sejam funções mutuamente excludentes dentro de um mesmo sistema. Com efeito, o sistema encarregado da percepção não pode conservar traços de memória a fim de exercer sua função da melhor forma possível e, conseqüentemente, tais traços só são preservados nos sistemas seguintes, dentre os quais se destaca o inconsciente.

Temos, aqui, uma informação crucial: se a memória fosse algo que permanecesse constantemente consciente, isto colocaria sérios limites à função perceptiva e ao recebimento de novas excitações. Em outros termos, para que os processos perceptivos se façam da melhor forma possível, é necessário que a excitação encontre uma estrutura que permaneça inalterada a cada novo empreendimento. Trata-se de uma ideia melhor desenvolvida no ensaio “Uma nota sobre o bloco mágico” no qual Freud (1925/1996) analisa este brinquedo constituído por uma prancha de madeira e uma folha fina e transparente a ela presa apenas pela extremidade superior. Para utilizar o brinquedo, basta desenhar com um estilete na folha fina. Quando se deseja apagar o desenho, basta puxar a folha pela extremidade inferior e, assim, tudo se apaga e um novo desenho pode ser feito. No entanto, se colocarmos a prancha de madeira contra a luz, vemos que o que antes fora desenhado ainda fica ali marcado, por mais que a folha fina esteja livre para que o sujeito desenhe novamente.

Segundo Freud, este brinquedo ilustra bem o modo de funcionamento do aparelho psíquico que, conforme vimos, atribui as funções de percepção e de memória a sistemas distintos. Na analogia com o bloco mágico, a consciência possui papel semelhante ao da folha fina. Trata-se de algo que jamais conserva traço ou marca do que por ali passa a fim de exercer a função perceptiva de forma plena. Caso contrário, se cada coisa percebida deixasse ali uma marca, cedo ou tarde, a consciência nada mais poderia perceber.

Em contrapartida, os sistemas ligados à função mnêmica funcionam tal como a prancha de madeira. Ou seja, eles guardam em si as marcas do que foi anteriormente percebido, de modo que alguns traços fiquem gravados de forma permanente.

Neste contexto, é destacado que “tornar-se consciente e deixar atrás de si um traço de memória são processos incompatíveis um com o outro dentro de um só e mesmo sistema” (FREUD, 1920/1996, p. 36). Assim, quando algo se torna consciente – uma cena que guardamos em nossa memória por exemplo – ela é, por assim dizer, descarregada sob a forma de lembrança. Daí a declaração de que “a consciência surge em vez de um traço de memória” (FREUD, 1920/1996, p. 36), afirmação crucial da releitura de Benjamin do texto freudiano.

Com efeito, esta afirmação é importante por mostrar que quanto mais o sujeito se coloca na obrigação de a tudo estar consciente menos ele conseguirá constituir uma memória do que percebe. Ora, isso significa que se Baudelaire, por exemplo, ao caminhar pelas ruas da moderna Paris se propusesse a flertar com todas as damas que por lá passaram, provavelmente teria conseguido inúmeras pretendentes e até talvez vários casos de amor; no entanto, ele logo se esqueceria de todas as passantes, já que tamanha entrega a estimulações é incompatível com a produção de qualquer memória. O mesmo se passaria com o sujeito imerso na sociedade excitada tentando dar conta de todas as notícias que lhe chega em tempo real, a todas as informações que recebe pelas redes sociais, a todos os amores que lhes são oferecidos pelos aplicativos de paquera, a todas as prescrições comportamentais que lhes são recomendadas, etc. Este sujeito fulminado por tantas excitações nada guardaria daquilo que percebeu já que “tudo perceber” e “tudo memorizar” são funções psíquicas mutuamente excludentes.

Dito isto, examinemos a segunda afirmação freudiana referente ao fato de que a consciência tem como função primordial proteger o sujeito das vivências traumáticas. Assim, vemos que Freud supõe que com o impacto incessante dos estímulos do mundo externo sobre a superfície do psiquismo, um escudo protetor é erigido em seu envoltório, permitindo apenas a passagem de quantidades reduzidas de excitação para as camadas subjacentes. O dispositivo em questão se constitui pela diferenciação permanente do tecido da membrana. Sua função é preservar as outras camadas do impacto dos estímulos, uma espécie de crosta calcinada que, uma vez modificada, se torna incapaz de qualquer outra mudança estrutural. Enfim, tudo se passa como se os elementos presentes na consciência não pudessem experimentar novas alterações na medida em que já estariam modificados até o grau máximo.

De fato, o envoltório do aparelho psíquico – o sistema consciente – seria destruído pelo excesso de estimulações caso não se modificasse na forma deste resistente escudo protetor. Trata-se, aqui, de algo que se torna inorgânico para salvar as camadas interiores e, por conseguinte, as excitações só conseguem para lá passar em quantidades reduzidas. Os sistemas encarregados da memória trabalham, portanto, apenas com fragmentos das intensidades originais, de forma que, para haver memória, é imprescindível a atuação deste escudo protetor.

No caso desta proteção falhar, dá-se a incidência de um trauma. Com isto, a excitação será forte o suficiente para atravessar o envoltório e invadir as camadas subsequentes, promovendo um curto-circuito no funcionamento do psiquismo. Nestes termos, o trauma é definido como a resultante de uma ruptura no escudo protetor, provocando a propagação de uma quantidade exorbitante de excitação no interior do aparato. O trauma é, portanto, algo a ser

devidamente evitado e daí a conclusão de que “a proteção contra os estímulos é, para os organismos vivos, uma função quase mais importante do que a recepção deles” (FREUD, 1920/1996, p. 38). Se há trauma, nenhuma memória é possível, assim como nenhum outro processo psíquico.

Deste modo, depreendemos ser necessário que o sujeito se proteja do excesso de estimulações para que consiga criar ou produzir algo. No entanto, sublinha-se que tal proteção jamais pode ser demasiado intensa, pois se assim fosse, ele ficaria completamente à margem dos acontecimentos de um mundo repleto de estímulos, não se entregando às delícias e aos dissabores das mais diversas vivências que ele pode oferecer. Conclui-se, portanto, que esta proteção excessiva – assim como a sua completa ausência – implicaria em uma redução da potencialidade de se criar uma memória daquilo que se vivencia.

Ora, se novamente retomarmos o caso de Baudelaire, constatamos que ao mesmo tempo em que ele se sente convocado a aventurar-se no burburinho parisiense, ele também se protege da multidão. Neste contexto, frisamos que sua entrega nunca é total – o que, de fato, o faria ficar completamente vulnerável às vivências traumáticas –, mas que dos choques ele consegue se proteger devidamente. Tal proteção é evidenciada em sua atitude ambivalente para com a vida moderna. Com efeito, ao se embrenhar na multidão para, no instante seguinte, arremessá-la no vazio, ele fica apto para escrever a poesia sobre a dama que cruzou seu olhar. Naquele dia, Baudelaire se entregou à multidão, mas ao invés de prosseguir se esbarrando com os outros transeuntes e flertar com várias outras passantes – em sucessivas e intermináveis vivências de choques –, ele resolve parar e escrever um poema. Através da escrita, ele cons-

truiu uma memória da dama que tanto lhe afetara, eternizando o momento deste encontro.

Enfim, tudo se passa como se aquele que se entrega às vivências de choques protegendo-se delas suficientemente consegue oferecer uma saída criativa aos impasses do mundo moderno. Mediante esta proteção – apenas suficiente –, uma memória pode ser criada, ficando claro o processo de reinvenção subjetiva que daí advém. Resta apenas lançar alguma luz sobre qual o processo psíquico subjacente a este trabalho criativo.

INTROJEÇÃO

De fato, esta questão pode ser examinada de diferentes maneiras. Nesta reflexão, proponho uma retomada do conceito ferencziano de introjeção com o intuito de verificar sua serventia para explicar o que se passa neste trabalho de criação.

Em linhas gerais, a introjeção é definida como o processo através do qual o sujeito “procura incluir em sua esfera de interesse uma parte tão grande quanto possível do mundo externo para fazê-lo objeto de suas fantasias conscientes ou inconscientes” (FERENCZI, 1909/2011, p. 95). Em si, ela é considerada um trabalho oposto ao da projeção, tida como o mecanismo de expulsão e de atribuição ao outro das tendências que o sujeito nega em si. Na projeção, por exemplo, o sujeito insiste em imputar aos outros todo amor ou ódio que não reconhece nele próprio e, por isto, se torna ensimesmado, desconfiado e até perseguido. Ao invés de admitir seus sentimentos, ele tem a sensação de que todos se importam com ele, seja para amá-lo ou odiá-lo.

Na introjeção ocorre exatamente o inverso. Nela o sujeito não expulsa nada para o mundo externo; pelo contrário, introduz algo

do mundo em si. Neste aspecto, é cativante a descrição que Ferenczi faz do sujeito ao empreender uma introjeção: ele é tido como alguém que se interessa demais pelas coisas do mundo e nelas investe com total avidez para criar uma série de fantasias a seu respeito. Assim, nas bases do trabalho de introjeção, temos um sujeito que se dirige aos outros e, neste movimento de entrega, acaba por captar alguns objetos para fazer deles seus casos de amor, de ódio, ciúmes, atritos, rivalidades, etc, até aonde chegarem suas fantasias. Ao final do processo, o próprio sujeito se transforma a partir de todas as fantasias que construiu de maneira tão acalentada.

Neste contexto, Ferenczi sublinha que os mecanismos transferenciais se configuram como processos propriamente introjetivos. Ou seja, na transferência, o paciente se interessa pelo analista e se dirige a ele para transformá-lo em objeto de seus mais variados romances e devaneios. Com efeito, Freud (1912/1996) sublinha que, na esfera da transferência, o sujeito passa a reeditar parte de suas fantasias com o analista, repetindo com ele uma série de tendências inconscientes e colocando-o como um substituto ou símbolo das pessoas mais importantes de sua vida. Concebida como um trabalho introjetivo que ocorre no setting analítico, a transferência explicaria, por exemplo, todo o exagero de um ódio, amor ou de uma competição que o paciente é capaz de travar com o analista.

Mesmo saindo do contexto transferencial e trazendo a discussão para a vida cotidiana, vemos, por exemplo, que uma simples atitude paternal de alguém pode ser capaz de originar uma grande simpatia da parte de um sujeito que com ele convive. Por conseguinte, tal interesse levará a uma atualização fantasística e, assim, pode ocorrer que este alguém seja transformado em objeto de adoração, proteção e mesmo de amor. Muitas vezes uma única palavra, um comentário, um sorriso ou uma repreensão desencadeiam uma rai-

va, um medo e até um sentimento erótico. Subjacentes a todos estes exemplos, situa-se o trabalho de introjeção (FERENCZI, 1912/2011).

Nesta perspectiva, a introjeção também esclarece porque o sujeito recorrentemente “espalha suas emoções por todo o tipo de objetos” (FERENCZI, 1909/2011, p. 97), fica decididamente receptivo às mais variadas estimulações do mundo e seja capaz de promover uma “identificação (...) com numerosas pessoas ou mesmo com a humanidade inteira” (FERENCZI, 1909/2011, p. 98). Destaca-se como exemplo da eficácia de uma introjeção o caso de uma de suas pacientes que, ao final do tratamento lhe pede uma fotografia para que, em um possível momento de angústia, possa olhar o rosto de Ferenczi e ser confortada por suas palavras.

Com base nestes pressupostos, proponho considerar a introjeção como um trabalho que se faz a partir de um substrato pulsional. Ou seja, se retomarmos a analogia da vesícula de “Além do princípio de prazer”, verificamos que para além da estimulação do mundo externo, Freud (1920/1996) sublinha que o aparelho psíquico é também bombardeado pela excitação pulsional. Esta advém do corpo – mais precisamente de uma zona erógena –, sendo caracterizada como uma força constante e, portanto, de satisfação impossível (FREUD, 1915/1996). Justamente por ser uma estimulação que não cessa de pressionar, a pulsão adquire um potencial traumatizante muito maior do que o atribuído às excitações do mundo externo. Ademais, frente a ela, é impossível ao sujeito se proteger. Deste modo, a força pulsional responde pela avidez e pelo ardente apetite de um sujeito que busca satisfação, porém sem nunca consegui-la. Ela o impele ao encontro de objetos e, destes encontros jamais plenos, pode resultar (dentre tantos outros processos) uma introjeção.

Era exatamente isto o que acontecia com Dora (FREUD, 1905/1996). De fato, nenhuma das pessoas de seu convívio lhe era

indiferente. Assim, a jovem nelas investia e deste movimento resultava a construção de uma série de fantasias. É neste contexto que a Sra. K., por exemplo, se transforma ora em rival, ora em objeto de adoração, ora naquela que conseguia para si tudo o que a jovem desejava. O pai, por sua vez, se converte em ídolo máximo, em objeto de desejo, de acusações, de ciúmes e mesmo no traidor que simula as mais grotescas situações para passar um período sozinho com a amada (tal como Dora ansiava em relação ao Sr. K.). Este último é tido ora também como objeto de amor, ora como o palerma que, embora traído, nem esteja preocupado com o fato, ora como aquele capaz de aumentar a auto estima de Dora por viver correndo atrás dela como um tolo. Em suma, ninguém escapava à sua sexualidade, sendo todos transformados em objetos de suas mais acalentadas fantasias. Quanto a isto, é nítido constatar ao longo da história clínica o quanto Dora se transformava a partir de cada fantasia construída.

Um ponto importante e sempre presente nos debates sobre a introjeção é o fato dela se referir não à apropriação dos objetos em si, mas sim, ao processo de metabolização dos sentidos a estes objetos associados (PINHEIRO, 1995). Para melhor esclarecer este ponto, é necessário nos voltarmos à obra de Abraham e Torok (1995) que concebem os objetos do mundo como portadores de uma série de valores e representações, sendo justamente estes valores e representações o que é introjetado pelo sujeito. Nas relações da criança com a mãe, por exemplo, esta é situada como uma mediadora necessária para que a criança vivencie afetos de prazer e desprazer, represente uma possível e inevitável perda, reconheça as sensações de sufocamento e aniquilação ou imagine uma desejável completude, dentre tantas outras coisas. Em outros termos, mais importante do que o objeto em si – a mãe, no caso – é a sua capacidade de fazer com que o filho

experiencie os sentidos e valores que ela traz consigo, promovendo, portanto, o crescimento da criança.

Claro está que os trabalhos introjetivos transformam o sujeito, enriquecendo-o e dirigindo-o ao reconhecimento do mundo simbólico. Com eles, o sujeito é levado a considerar, dentre tantas coisas, as mais diversas representações pela sociedade valorizadas. Através das introjeções, o sujeito vai se encontrar apta para dotar de um sentido próprio as mais variadas situações do mundo. Cabe alertar para o fato de que tais sentidos, embora singulares – posto que produzidos pelas próprias fantasmatações do sujeito –, são sempre apoiados no universo simbólico associado aos objetos com os quais se relaciona.

Vale também lembrar que embora as relações da criança com a mãe sejam paradigmáticas para pensarmos a introjeção, este é um processo que jamais se esgota neste contexto específico. Conforme sublinhamos, grande parte dos encontros do sujeito com os objetos que lhe interessam acabam resultando em uma introjeção. E foi justamente isto o que se sucedeu entre Baudelaire e a passante. O poeta ficou siderado pela dama e se pôs a fantasiar sobre sua figura: os trajes pretos o levaram a imaginá-la de luto e envolta em uma grande dor. Também imaginou nela certa doçura, prazer e mesmo algo de majestoso em todo o seu sofrimento. Baudelaire fantasiou a amada de forma muito singular, atribuindo sentidos àquela de quem nada sabia e, com isto, deu-se tanto a criação de um objeto – a passante doce, triste e bela – quanto a própria recriação do poeta – agora apaixonado por quem talvez só fosse reencontrar na eternidade.

Daí a proposta de considerar este choque de Baudelaire com a passante como modelar para entendermos como um processo criativo pode advir no contexto sociedade excitada. O encontro do sujeito com algum dos objetos disponíveis em um aplicativo de pa-

queira pode, por exemplo, conduzir a um interessante processo de reinvenção subjetiva: através de uma introjeção, o objeto do qual nada se conhece passa a ser fantasiado e de todo este trabalho pode resultar uma mudança ou uma recriação de si. Do mesmo modo, a atribuição de um sentido singular a algumas dentre tantas informações ou notícias que nos chegam pode conduzir ao mesmo trabalho de reinvenção: o sujeito se interessa pelo que lê, ouve ou assiste e, fantasiando sobre isto, pode reelaborar suas opiniões, estilo de vida ou posicionamento sobre o mundo. O mesmo pode ocorrer a respeito da situação que envolve o consumo de alguma mercadoria que se deseja arduamente: também aqui, fantasiando sobre o objeto de consumo, o sujeito pode se transformar e ficar diferente do que era anteriormente.

Efetivada a introjeção, o objeto pode finalmente partir. Com efeito, ele cumpriu muito bem sua função de promover o crescimento do sujeito e, agora, este pode ir ao encontro de outros amores, outras notícias ou outras mercadorias. Neste contexto, o objeto parte mesmo sem deixar saudades, sem que o sujeito passe a viver na insistência por recuperá-lo ou por compensar sua perda. Após a travessia da passante, não permaneceu nenhuma mágoa, dor ou ressentimento em Baudelaire. Permaneceu apenas a memória da vivência eternizada na forma de um poema. Um encontro pontual e fugaz que, no entanto, ficou para a história.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Nicolas; TOROK, Maria. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Editora Escuta, 1995.

BAUDELAIRE, Charles. “Perda da aureola”. In **O Spleen de Paris (Pequenos Poemas em Prosa)**. São Paulo: Relógio D’Água, 1991. p. 131-132. (original publicado em 1869).

_____. “A uma passante”. In **Flores do mal**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012, p. 475. (original publicado em 1853).

BENJAMIN, Walter. “Sobre alguns temas em Baudelaire”. In **Obras Escolhidas vol. 3 – Charles Baudelaire um lírico no auge do capitalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 103-149. (original publicado em 1939).

FERENCZI, Sandor. “Transferência e introjeção”. In **Psicanálise I**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 87-123. (original publicado em 1909).

_____. “O conceito de introjeção”. In **Psicanálise I**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 209-211. (original publicado em 1912).

FREUD, Sigmund. “Fragmentos da análise de um caso de histeria”. In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud, vol. 7**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 5-127. (original publicado em 1905).

_____. “A dinâmica da transferência”. In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud, vol. 12**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 133-147. (original publicado em 1912).

_____. “As pulsões e suas vicissitudes”. In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud, vol. 14**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 137-168. (original publicado em 1925).

_____. “Uma nota sobre o bloco mágico”. In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud, vol. 19**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 253-261. (original publicado em 1925).

_____. “Além do princípio de prazer”. In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud, vol. 18**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-75. (original publicado em 1920).

PINHEIRO, Teresa. **Ferenczi: do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed./Editoria UFRJ, 1995.

TURCKE, Christoph. **Sociedade excitada: filosofia da sensação**. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

DESPATOLOGIZAÇÃO DOS MODOS DE EXISTÊNCIA: uma análise crítica sobre a medicalização da vida

Felipe Fook Bastos

Jadir Machado Lessa

Virlainne Moreno De Lemos

“Seria ótimo, não é mesmo? Dispor de um remédio infalível – um recurso como o nepentes homérico ou a flauta mágica -, capaz de afastar com um sopro as nuvens negras e as preocupações que assombram a mente, inundando-a suavemente de um bem-estar indizível, como nos melhores dias de nossas vidas” (Eduardo Gianntti).

Ao longo da história da humanidade, o sofrimento teve diferentes significados, sendo, inicialmente, visto como um fenômeno natural, até o momento atual, no qual, há uma forte conotação patológica. Surge, portanto, o questionamento se de fato há um adoecimento mental generalizado, que necessita de medicações, ou se há um movimento para patologizar os modos singulares de existência humana, fazendo, assim, um paralelo entre a medicalização e a tendência resultante da perda da capacidade humana em lidar com questões próprias da existência, como a angústia, o medo ou a solidão.

A abordagem fenomenológico-existencial em psicopatologia compreende que a doença se realiza no núcleo da existência e é pautada na compreensão dos fenômenos psicológicos. Dessa forma, é necessário compreender o homem como um todo em sua enfermi-

dade, sendo a doença uma dimensão da vida desse ser, não restrito apenas ao aspecto fisiológico.

“O conceito de Homem dentro deste enfoque é de um ser pluridimensional, livre, inserido em um mundo dotado de sentido particular, aberto às suas possibilidades, consciente de sua finitude e de sua responsabilidade perante suas escolhas, capaz de inventar e cuidar de sua própria existência mediante a práxis”. (TENÓRIO, 2003, p.37).

Na busca de um maior entendimento da problemática, a partir de seu funcionamento e suas consequências, foi definida a articulação com dados atuais sobre saúde mental, fazendo um breve apanhado histórico para que seja possível uma melhor compreensão sobre a mudança no modo de lidar com o sofrimento humano, tendo como base para o estudo e desenvolvimento do presente trabalho a óptica epistemológica fenomenológico-existencial.

Nesse sentido, visando promover um ambiente de reflexão acerca de temas contemporâneos, decidiu-se trazer um aprofundamento teórico crítico sobre o crescente diagnóstico dos transtornos psicológicos, visto o número crescente de novos transtornos psicológicos no cenário global tem gerado, nos últimos anos, uma discussão importante sobre o processo de construção de alguns paradigmas da sociedade contemporânea, despertando indagações sobre os modos de se lidar com a existência humana.

A medicalização é um processo, no qual, problemas não médicos acabam se transformando em problemas médicos, apresentando características de doenças e distúrbios em nível orgânico (CONRAD, 2007). Assim sendo, não implica, necessariamente, no uso excessivo de medicamentos, ainda que, essa possa ser uma de suas principais facetas. Sua característica fundamental consiste na transformação de problemas de ordem social ou processos afetivos e culturais em

doenças de ordem biológica, como transtornos e distúrbios, operando um reducionismo da dimensão subjetiva para a dimensão biológica, corroborado por Zola:

(...) do sexo à comida, de aspirinas para roupas, de dirigir seu carro a surfar, parece que sob certas condições, ou em combinação com outras substâncias ou atividades ou se feito muito ou pouco, praticamente qualquer coisa pode levar a problemas de saúde (1982, p.49).

O processo de medicalização teve forte influência na vida psíquica e social do ser humano, principalmente no que diz respeito à saúde mental. O aumento de diagnósticos psicológicos gera um processo arriscado de patologização dos modos de existência, no qual, a dimensão subjetiva do homem passa a ficar de fora desses diagnósticos.

Diante dessa perspectiva, torna-se fundamental um olhar crítico sobre esse fenômeno, bem como uma análise dos impactos desses sobre a existência humana. A compreensão e discussão da produção e das consequências desse processo são de fundamental relevância, não apenas, dentro do ambiente acadêmico, mas também, em seu contexto social mais amplo, devido à forte repercussão na vida cotidiana.

No decorrer da história da humanidade, o homem vem lidando com o sofrimento de diferentes modos, gerando, assim, um bom indicativo sobre a subjetividade própria de uma determinada época. Hannah Arendt (2009), na reflexão política que faz sobre o século XX, aponta que a ciência moderna modificou e reconstruiu, de modo radical, o mundo em que vivemos. Em vista disso, não só a ciência, mas também, o modo de constituição da subjetividade humana sofreu fortes impactos sobre os novos modos de ser e viver, empregando diferentes significados para o sofrimento humano.

Mariana Furtado (2014) divide esses modos de pensar sobre o sofrimento humano em três momentos: o primeiro, refere-se à era medieval, em que o sofrimento e a morte eram encarados como naturais, fazendo parte da vida humana; o segundo momento é marcado pelo advento da modernidade que inaugura um olhar médico sobre o sofrimento e a morte, que passam a ser objetos de conhecimento e intervenção. E, por fim, o momento contemporâneo, resultado de desdobramentos do momento anterior, no qual, o sofrimento passa a ser considerado como patologia que pode ser corrigida com o auxílio das biotecnologias.

Inserida nesse último momento, encontra-se a sociedade atual, que passa a considerar o sofrimento humano um modo patológico, pautado no discurso médico da normalidade. No modelo médico, são também estatísticos os critérios para a definição do comportamento patológico, que, em geral, são aqueles padrões que diferem significativamente da média da população (BANACO, 1999).

O AUMENTO DOS DIAGNÓSTICOS PSICOLÓGICOS E O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA

O termo medicalização da existência descreve um processo pelo qual problemas da vida são definidos e tratados como problemas médicos (GAMBRILL, 2014). Portanto, esse processo consiste na lógica da busca de causas orgânicas para problemas de diferentes naturezas. No caso dos transtornos psicológicos, há um enfoque em causas anatômicas e, principalmente, químicas para definir os conceitos de normalidade, partindo do pressuposto que a origem dos problemas é de ordem fisiológica, desconsiderando, por vezes, o contexto no qual esse indivíduo se encontra, a construção histórico-cultural de sua existência e suas singularidades.

A Organização Mundial da Saúde (2001) afirma que, uma em cada 10 pessoas no mundo, aproximadamente 700 milhões de indivíduos da população global, sofre de algum distúrbio de saúde mental. Além disso, de acordo com essa agência especializada em saúde, 33% da população mundial apresenta sintomas de ansiedade, sendo a depressão a segunda maior doença incapacitante no mundo.

O relatório também da OMS (2017), sobre Depressão e outros Transtornos Mentais Comuns, estima que o número total de pessoas vivendo com transtornos de ansiedade no mundo é 264 milhões. Apenas no Brasil, há uma estimativa de 11 milhões de pessoas sofrendo de transtornos depressivos e 18 milhões com transtornos de ansiedade.

Diante desses números, torna-se perceptível que depressão, ansiedade, bipolaridade, síndrome do pânico, não são termos desconhecidos pela população em geral, pois, passam a fazer parte do cotidiano no mundo moderno. Consequentemente, o discurso médico tomou força e a medicalização passa a ser a principal forma de intervenção dessas psicopatologias.

A medicalização da existência consiste na desvalorização da subjetividade humana e na desqualificação dos recursos psicológicos próprios para se lidar com os desafios cotidianos da existência, culminando com a subsequente patologização dos modos singulares de vida. Esse mecanismo mercadológico busca implantar modelos normativos de comportamento biopsicossocial, pautados, prioritariamente, por questões morais e econômicas. Assim, torna-se fundamental um rigoroso questionamento do processo de produção dos modos de vida da sociedade contemporânea.

Dessa forma, o aumento crescente do número de diagnósticos psicológicos gera indagações sobre as maneiras de lidar com a exis-

tência humana na sociedade atual. O ideal de estado de saúde pleno é propagado pelas mídias e reforçado por procedimentos médicos e estéticos, modelos esses que fortalecem a visão de um ideal de vida prolongado, com o mínimo possível de dor e sofrimento. A partir dessa ótica, criam-se diversos recursos para prolongar a vida, aliviar às dores e contornar o sofrimento com o uso de medicamentos, máquinas e biotecnologia.

DSM E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

Diversas modulações conceituais ocorreram, nas últimas décadas, modificando os critérios diagnósticos dos transtornos psicológicos. Em 1952, foi criado pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística, da American Psychiatric Association, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM que, atualmente, encontra-se em sua quinta edição. O DSM surgiu como um dos mecanismos oficiais para traçar os diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos, sendo utilizado em grande escala em todo o mundo e tendo, assim, uma forte influência sobre a Classificação Internacional de Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O DSM teve como proposta inicial a sistematização dos diagnósticos psiquiátricos e a promoção de um maior diálogo entre os diferentes campos de saber, principalmente a partir de sua terceira versão – DSM-III – (APA, 1980), elaborada com a pretensão de ser um instrumento científico e a teórico de diagnóstico. Essa edição foi publicada em 1980, com 265 categorias diagnósticas.

O DSM-V, lançado em maio de 2013, conta com um catálogo de mais de 300 doenças, introduziu 77 novas doenças mentais, com

diagnósticos baseados no consenso sobre grupos de sintomas clínicos, por vezes, influenciado por valores morais e culturais para determinar aquilo que passa a ser considerada do patológico.

O repertório de doenças é tão vasto que, atualmente, não causaria surpresa o enquadramento de 100% da população em algum desses transtornos estabelecidos pelo DSM-V. De tal modo que, quase todos os comportamentos comuns do cotidiano de qualquer pessoa podem ser patologizados por essa classificação. Por exemplo, indivíduos que possuem dificuldade persistente de se desfazer de objetos podem ser diagnosticadas como portadores do Distúrbio de Hoarding; aqueles que têm vontade de chorar, irritabilidade, aumento de apetite com desejo voraz por determinados alimentos, fadiga, dificuldade de concentração antes do período menstrual podem ser diagnosticados com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; já crianças opositivas, desafiadoras e/ou inconformadas podem receber o diagnóstico de Transtorno Opositivo-Desafiador.

Os inúmeros sintomas apresentados nos manuais, bem como, a sua forma diagnóstica permitem que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos típicos da existência humana passem a ser registrados como sintomas próprios de transtornos psicológicos, tendo como exemplo a manifestação do luto. No DSM-V ocorreram duas mudanças relevantes em relação a esse fenômeno: a primeira consiste na retirada das reações de luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão e a segunda consiste na inclusão de uma sessão denominada como “Transtorno do luto complexo persistente”. (FREITAS, 2018). Essas mudanças abrem uma margem muito grande para a patologização desse sofrimento, sendo que, um dos critérios fundamentais para o diagnóstico, segundo o DSM-V, é o tempo de luto, o que acaba padronizando por critérios estatísticos um limiar de normalidade

de vivência, que é muito particular para cada ser humano. Convém lembrar que os critérios estatísticos constituem um pressuposto inicial da formulação dos diagnósticos psicológicos da APA. O que fica claramente evidenciado com a simples leitura do nome do órgão responsável pela criação do DSM: Comitê de Nomenclatura e Estatística. O que se repete no nome oficial do DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Desse modo, evidencia-se o progressivo processo de psiquiatrização que ocorre na sociedade contemporânea, que não se limita, apenas, ao campo da medicina, pois, diversas outras profissões já foram cooptadas para implantação desse modo de compreensão dos transtornos psicológicos, como a Pedagogia, a Nutrição, o Serviço Social e a Farmacologia. Nesse contexto, a Psicologia não está ausente desse processo.

Diante de tantos tipos descritos de transtorno mentais e do comportamento, atualmente, 500 no total, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de transtornos psicológicos. Assim, “coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. [...] há um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes.” (COSTA e SILVA apud AGUIAR, 2004, p. 85).

Esse cenário, que inclui o remédio como o elemento primordial no tratamento das doenças psicológicas, aparece na história da Farmacologia moderna no final da década de 40, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com anotar que a medicalização é um tema de extrema relevância para ser questionado e estudado, visto que, os seus impactos são latentes na sociedade contemporânea. Inicialmente, é possível notar que, no decorrer da história humana, algumas construções sociais tiveram impactos fundamentais nesse processo de medicalização: a patologização do sofrimento e a hege-

monia do discurso médico na sociedade ocidental. Outro aspecto fundamental foi o avanço farmacológico e das biotecnologias para o prolongamento da vida e sua forte influência para a formação de uma imagem padrão de vida com o mínimo de dor e sofrimento.

Mediante a perspectiva desse trabalho, a psiquiatrização da vida torna-se cada vez mais visível, na qual, há uma gama crescente de diagnósticos que são realizados sem uma maior preocupação com a história de vida do sujeito. Nesse âmbito, as sucessivas edições do DSM se tornam problemáticas, visto que, há um crescente número de diagnósticos e muitos são aplicados de forma questionável. Nesse contexto, um posicionamento da Psicologia torna-se fundamental, já que esse processo reflete diretamente nos diagnósticos psicológicos. Principalmente, na intervenção desses transtornos, que prioriza o meio medicamentoso, deixando de fora todos os outros métodos que poderiam contribuir para a terapêutica. Outra questão importante é a sucessiva criação de transtornos psicológicos, tornando cada vez mais patológicas as situações da vida humana.

Conclui-se que a patologização dos modos de existência, ou seja, a patologização de questões da vida humana e de particularidades dos modos de existência é uma questão complexa que necessita de um estudo mais amplo, sendo uma discussão de extrema relevância, tanto para a psicologia, quanto para todos os profissionais envolvidos com a saúde mental. O risco da situação descrita é atribuir todos os problemas vivenciais e emocionais a uma explicação orgânica, tirando a oportunidade de o paciente se implicar na sua própria vida e no tratamento.

Cabe esclarecer que os psicofármacos, quando prescritos de forma criteriosa, responsável e em casos que haja realmente uma necessidade do uso, tornam-se importantes aliados na luta contra

o sofrimento humano, mas, de forma alguma, se deve restringir o tratamento apenas a uma resposta medicamentosa.

É notável que os psicofármacos surgem com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999). Desde então, a indústria farmacêutica investe incessantemente em pesquisas na área da psicofarmacologia, consumindo grande parcela de recursos no marketing desses novos medicamentos: os psicofármacos. Em 2013, a fabricação mundial de psicofármacos alcançou um novo recorde de quase 72 toneladas (ONU, 2015). O uso desenfreado dessas substâncias tem aumentando no âmbito global, no qual o Brasil se insere com destaque.

O fenômeno da medicalização da existência mostra-se evidente na sociedade contemporânea, tendo como cerne, o crescimento acelerado da indústria farmacêutica, alocando a produção de medicamentos como o segundo setor mais rentável do mundo e, também, o segundo em concentração de capital, competindo apenas com grandes bancos internacionais (SANTOS; FARIAS, 2010).

Segundo Aguiar (2004), atualmente, os antidepressivos estão entre os medicamentos mais prescritos em todo o mundo, com destaque para a Fluoxetina, a chamada droga da felicidade. Medicamentos como esse agem nas insatisfações, no controle dos sentimentos advindos da não realização de sonhos e projetos, ou mesmo, na falta desses, através da inibição da exteriorização das emoções próprias das frustrações cotidianas e de suas conseqüentes revoltas.

Nessa perspectiva, os psicofármacos aparecem como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar, com destaque para “a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança, ou até mesmo a ausência de felicidade” (FERRAZZA et al., 2010, p. 381-382).

Há, portanto, uma inversão alarmante na lógica atual de construção diagnóstica: antes, as pesquisas farmacêuticas visavam à produção de drogas com a finalidade de remediar as doenças existentes. Hoje, o remédio participa diretamente no processo de nomeação do transtorno. Assim, novas doenças são criadas ou subdivididas, ou seja, doenças são criadas para viabilizar a comercialização dos medicamentos que são desenvolvidos.

O tratamento do sofrimento psíquico, atualmente, ampliou-se com a contribuição da padronização de sintomas trazida pelas sucessivas edições da série DSM, assim como, os resultados de pesquisas em Neurociência, tendo como enfoque o aspecto orgânico, além do grande desenvolvimento de biotecnologias que são fruto de maciços investimentos financeiros.

“A compreensão do significado da psicopatologia implica contextualizá-la na existência através de uma compreensão da subjetividade em contexto histórico, social e cultural.” (TEIXEIRA, 2006, p.407). Contudo, o número crescente de diagnósticos sem a precaução da contextualização gera uma perda da noção de sentido/significado dos sintomas e dos sofrimentos subjetivos, posto que, “Não é mais necessário localizar uma origem patológica para os sintomas: basta apenas conferir a sua distância com relação ao padrão normal” (SIBÍLIA, 2003, p.191).

Nesse aspecto, uma questão central carece de novos estudos e esclarecimentos: o quão a relação entre o crescente aumento de novos diagnósticos de transtornos psicológicos e o advento da medicalização passam a constituir um fator que promove a passividade do indivíduo perante sua própria existência? Essa medicalização da existência reduz a capacidade que todo homem possui de assumir a responsabilidade pela sua transformação, “capacidade em que consiste precisamente a saúde” (ILLICH, 1981, p. 130).

Nesse ponto, é preciso afirmar que os avanços médicos e farmacológicos foram fundamentais, tanto para a melhoria de qualidade de vida humana, quanto para a sobrevivência da humanidade, sendo de extrema importância para a saúde na vida contemporânea. Portanto, torna-se necessário esclarecer a diferença entre medicar e medicalizar. A medicalização discute o processo saúde-doença, centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem organicista e omitindo o processo histórico de inserção social, excluindo sua singularidade e gerando, assim, o uso exacerbado de medicamentos de modo inadequado e desnecessário.

No mundo contemporâneo, a compreensão das múltiplas experiências psicopatológicas que podem afetar o Homem exige a consideração simultânea de suas condições biológicas, psicológicas, familiares, sociais e políticas, que são produzidas culturalmente por processos ideológicos (MOREIRA, 2004).

Desse modo, é um estudo que precisa ser pautado nos princípios fundamentais da psicopatologia crítica e contextualizado, levando em consideração: a subjetividade, a história e a construção da existência daquele serhumano.

Com a publicação de *Ser e Tempo* de Heidegger (1927) o Existencialismo, coloca a questão do ser como a máxima tarefa da reflexão e da ação humana, quebrando paradigmas positivistas que se perpetuam até a atualidade. A abordagem fenomenológico-existencial tem como fundamento contribuir na percepção da realidade existencial do sujeito em sua história de vida, buscando as experiências singulares desse existir, compreendendo a própria existência e seu sentido, permitindo uma reflexão mais apurada dos fenômenos que surgem e do universo das escolhas, sendo de fundamental importância a abertura de possibilidades para que se possa escolher.

O existencialismo sustenta que o homem é ontologicamente livre e conseqüentemente responsável por sua existência, tendo poder de escolha sobre suas decisões. Contudo, isso não significa negar a presença dos determinismos que, em diversas esferas, afetam os homens, pois, este só se constitui em seu contato interativo com o mundo, em uma relação onde ambos afetam e são afetados. Portanto, mesmo diante de limitações, o ser humano é responsável perante sua própria existência e dotado de possibilidades, sendo a existência malograda uma dentre muitas possibilidades de existir.

O existencialismo é uma filosofia da liberdade. Sustenta que o homem é ontologicamente livre. Por sermos livres, somos igualmente responsáveis. Sem liberdade de decisão e de escolha não seríamos responsáveis. Isso não significa negar a importância dos determinismos que, nas diversas esferas, afetam os homens. Justamente perante esses determinismos é que tem sentido a liberdade (TENÓRIO, 2013,p.34).

A perspectiva existencial em psicopatologia desliga-se das categorias psicopatológicas e das classificações psiquiátricas (ERTHAL, 1999) que fragmentam a totalidade da existência individual. Portanto, os transtornos psicológicos são encarados como expressões da construção do ser no mundo, assim sendo caracterizados como modos de existir.

Aguiar (2004) questiona a relação direta que a neurociência procura estabelecer entre aspectos psicológicos e biológicos. Em relação a isso, afirma que as motivações, sensações e emoções estão sendo traduzidas em termos de “baixa serotonina”, “alteração da dose do antidepressivo”, “oscilação do transtorno bipolar” e que há um forte discurso mítico propagador da potencialização do poder dos medicamentos, no qual, são apresentados como solução imediata e eficaz para o sofrimento em detrimento dos tratamentos

não medicamentosos, como a psicoterapia, a fisioterapia, a terapia ocupacional, arte-terapia e outras. Desse modo, o uso de psicotrópicos e o crescente índice de diagnósticos provocam um movimento muito perigoso sobre a perspectiva da existência humana, visto que, o remédio se torna o meio de tratamento mais comum, negligenciando, por diversas vezes, a capacidade humana de lidar com diversas questões inerentes de sua própria existência, que são consideradas secundárias por muitos profissionais da saúde mental.

Constitui-se, assim, uma sociedade cercada por seres humanos que estão em situação de passividade diante de sua vida, tendo essa preocupante condição reafirmada pelos profissionais da saúde, que acabam por ratificar um discurso medicalizante, contribuindo para a manutenção de uma das indústrias mais rentáveis do mundo, a farmacêutica.

A angústia, longe de ser, para a analítica existencial, uma condição psíquica patológica, assume antes o papel de uma disposição afetiva fundamental do ser-aí. Por meio dela, o homem deixa de compreender a si mesmo apenas a partir do mundo das ocupações e das interpretações públicas naturalizadas para permitir, então, uma experiência própria do existir enquanto abertura de sentido (DANTAS; SA; CARRETEIRO, 2009). O encobrimento do sentido e da origem da angústia impõe-se com o propósito de fugir desse desconforto e não encarar como um meio de crescimento e ressignificação da própria existência.

O propósito não é negar a existência de transtornos mentais, mas criticar a patologização das modulações afetivas próprias da existência humana, como a tristeza, o medo e a angústia, pois esses são mecanismos importantes para a construção da vida humana e, também, questionar o uso do medicamento como único meio necessário para algumas doenças.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, E. A. **Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- American Psychiatric Association (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III**. Washington: APA.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Arendt, H. (2009). **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva.
- CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- DANTAS, Jurema Barros; SA, Roberto Novaes de; CARRETEIRO, Teresa Cristina O. C. **A patologização da angústia no mundo contemporâneo**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-9, ago. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 1 abr. 2018.
- ERTHAL, Tereza Cristina Saldanha. **Psicoterapia Vivencial: uma abordagem existencial em Psicoterapia**. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2004.
- FERRAZZA, Daniele de Andrade et al. **A Banalização dos Psicofármacos em um Ambulatório de Saúde Mental**. Paidéia, Ribeirão Preto, SP v. 20 n. 47, p. 381- 390 set-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>> Acesso em 19 nov. 2017.
- FREITAS, Joanneliese de Lucas. **Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica**. Psicol. USP, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 50-57, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642018000100050&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de junho de 2018.

FURTADO, Mariama Augusto. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal-estar e medicalização da vida.** 2014. 210 f. Tese (Doutorado em Psicossociologia.) –Universidade Federal do Rio de Janeiro, São Paulo.

GAMBRILL, E. **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a major form of dehumanization in the modern world.** Research on Social Work Practice, v. 24, n. 1, p. 13-36, 2014.

GIANNETTI, E. **Felicidade:** diálogo sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GORENSTEIN, Clarice; SCAVONE, Cristóforo. **Avanços em psicofarmacologia** - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-73, Mar. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 junho de 2018.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova onteira, 198

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos.** São Paulo: Atlas, 2001.

MOREIRA, Virginia. **O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia.** *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 17 (3), 447-456, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo– Saúde Mental:** nova concepção, nova esperança. 2001.

ONU (2017). **Depression and Other Common Mental Disorders.** United Nations: World Health Organization, 2017. Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1> > Acesso em 8 de agosto de 2017.

Santos, R. I. & Farias, M. R. (2010). Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In S. Caponi (Org.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica** (pp. 278-289). Palhoça: Unisul.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

SILVA Jr., N. **Sobre a recodificação mercantil do sofrimento**. In: BOLGUESE, M.

S. Depressão & Doença nervosa moderna. São Paulo: Via Lettera; Fapesp, 2004. p. 9-14.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. **A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológico-existencial**. Universitas ciências da saúde, Brasília, v.1, n.1, p. 31-44, 2003.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Problemas psicopatológicos contemporâneos: Uma perspectiva existencial**. Aná. Psicológica, Lisboa, v. 24, n. 3, p. 405-413, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jul. 2018.

ZOLA, I.K. **Socio-medical Inquires**. Philadelphia: Temple, 1982.

Autores

Alexandre Marques Cabral — Alexandre Marques Cabral é licenciado em Filosofia pelo Centro Universitário Bennett, possui bacharelado eclesiástico em Filosofia pelo Seminário São José do Rio de Janeiro, é bacharel em Teologia pela Escola Superior de Teologia (EST), licenciatura em Teologia pela Universidade Santa Úrsula, é Mestre em Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutor em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutor em Teologia na PUC-RJ. É professor adjunto do departamento de Filosofia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e professor de Filosofia do Instituto Federal Colégio Pedro II. Atua nas áreas de metafísica, filosofia da religião, mística, fenomenologia, pensamento medieval, Heidegger e Nietzsche.

Almir Vieira Dibai Filho — Possui doutorado em Reabilitação e Desempenho Funcional pela Universidade de São Paulo (2016), mestrado em Fisioterapia pela Universidade Metodista de Piracicaba (2012), especialização em Fisioterapia Geriátrica pela Universidade Federal de São Carlos (2011) e graduação em Fisioterapia pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (2008). Atualmente é Professor Adjunto do Departamento de Educação Física, do Programa de Pós-graduação em Educação Física e do Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão. É líder do Grupo de Pesquisa em Reabilitação, Exercício e Movimento da Universidade Federal do Maranhão. É Editor Associado dos periódicos BMC *Musculoskeletal Disorders*, Motriz e Fisioterapia e Pesquisa. É revisor de mais de uma dezena de periódicos internacionais. Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica. Desenvolve pesquisas abrangendo principalmente os seguintes temas: Modalidades de Fisioterapia, Sistema Musculoesquelético, Dor Crônica e Reabilitação do Aparelho Locomotor.

Aluísio Ferreira de Lima — Psicólogo com Pós-Doutorado, Doutorado e Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Especialista em Saúde Mental pela

Universidade de São Paulo (USP) e Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP/11). É Professor Associado II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará/UFC, credenciado como Professor Permanente (M/D) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde da Família UFC/FIOCRUZ/RENASF). Colabora como Professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo/USP

Auterives Maciel Júnior — Possui doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001), mestrado em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1997) e graduação e Bacharelado em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1993). Atualmente é professor do Mestrado e Doutorado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida e Leciona também na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. É líder do Grupo de Pesquisa: Psicoterapias Existenciais e Humanistas - CNPq/UFMA. Tem experiência na área de Filosofia, com ênfase em Estudos sobre Subjetividade, atuando principalmente nos seguintes temas: filosofia, clínica, biopoder e pensamento.

Cristiano Teixeira Mostarda — Possui graduação em Educação Física pela Universidade Cidade de São Paulo (2001) , Especialista em Fisiologia (UNIFMU), Mestrado e Doutorado em Ciências pela UNIFESP (2002-2006- Departamento de Nefrologia). Foi Tutor na Residência Multiprofissional do Hospital Presidente Dutra em São Luís Maranhão. Tem experiência na área de Fisiologia, com ênfase em treinamento físico e controle cardiovascular, onde realizou diversos trabalhos científicos no Instituto do Coração (INCOR/FMUSP). Tem experiência em Tutoria no curso de Especialização em Saúde da Família - Programa Mais Médicos (Universidade Aberta do SUS, UNASUS-UFMA, Brasil) . Atualmente é Professor Adjunto na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), onde ministra as disciplinas de Fisiologia do Exercício e Atividade Física e Envelhecimento; Ministra as disciplinas de Anatomia, Socorros de Urgência e Medidas e Avaliação em Educação Física para o programa PARFOR (Plano Nacional de Formação de Professores de Educação Básica); Professor do curso de especialização em Musculação e Medicina do esporte da UFMA;

Professor permanente do Programa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança (UFMA), Professor Permanente e Vice Coordenador do Programa de Pós graduação em Educação Física UFMA (PPGEF-UFMA), Professor permanente do Programa de pós graduação em Biotecnologia (RENORBIO - CCBS- UFMA) . Professor e orientador no Centro de Prevenção de Doença Renal (Residência Multiprofissional do Hospital Presidente Dutra), Professor no Centro de Reabilitação em Cardiopneumologia.

Felipe Fook Bastos — Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) na UFMA, bolsista pela FAPEMA. Foi bolsista da CAPES pelo programa Jovens Talentos para a Ciência e do PIBIC; é membro dos grupos de Estudo e Pesquisa em fenomenologia e Psicologia Fenomenológica (GEPF&PF), Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Intervenções Assistidas por Animais (GE&PIAA) e do Grupo de Pesquisa em Psicoterapias Existenciais e Humanistas. Ex-diretor de pesquisa e de extensão da Liga Acadêmica Maranhense de Psiquiatria (LAMP)

Flávio de Oliveira Pires — Possui Graduação em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (1997), Especialização em Fisioterapia Esportiva pela PUC/MG (1998) e Mestrado em Educação Física na área de concentração em Treinamento Esportivo pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002). Desde 2001, leciona as disciplinas de: Anatomia Humana, Músculo Esquelética, Cinesiologia e Biomecânica os cursos de Educação Física e Fisioterapia. Tem experiência de ensino superior tanto na Graduação como Pós Graduação para os cursos de Fisioterapia e Educação Física. Possui formação e atuação clínica na reabilitação ortopédica, traumatológica e de lesões do esporte. É capacitado para realizar projetos pedagógicos, consultorias e planejamento de cursos de graduação de Fisioterapia, assim como, implantação de Clínicas e desenvolvimento de projetos interdisciplinares de saúde para academias e empresas. Realiza pesquisa em Fisioterapia e Educação Física com os seguintes temas: cinesiologia, biomecânica, flexibilidade, alongamento, lesões, reabilitação e força. Atualmente é professor da Universidade Federal do Maranhão.

Flor Bella Matos de Oliveira — Psicóloga, com ênfase em Gestalt-Terapia, atua como psicóloga no Hospital do Câncer AldenoraBello desenvolvendo trabalhos com pacientes, familiares e equipe Multidisciplinar com enfoque principalmente no manejo da dor.

Jadir Machado Lessa — Pesquisador e Professor Adjunto (DE) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, nos Cursos de Graduação e de Pós-Graduação. Títulos Acadêmicos: a). Doutor em Psicologia (Clínica e Subjetividade) pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2008-2011). b). Mestre em Psicologia (Clínica e Subjetividade) pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2004-2006). c). Especialista em psicologia clínica pelo Conselho Regional de Psicologia - RJ (2002). d). Especialista em Terapias Corporais pelo IBMR - RJ (2000 - 2002). e). Graduação em Psicologia pela Faculdade de Humanidades Pedro II (1973-1977). Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – SOBRAMES; Membro do Núcleo Acadêmico de Letras e Artes de Lisboa; Membro da Academia de Letras Brasil/Suíça. Funções Exercidas: Psicólogo Clínico, com mais de 40 anos de experiência no atendimento individual e em grupo, tanto em psicoterapia quanto em supervisão clínica. Líder dos Grupos de Pesquisa: a). Psicoterapias Existenciais e Humanistas - CNPq/UFMA. b). Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade - CNPq/UFC. Membro do Grupo de Pesquisa: a). Filosofia e Psicologia Clínica da CNPq/UFF. Pesquisa no momento os seguintes temas: As modulações do conceito de essência humana e suas implicações no processo de deslocamento da clínica do plano da moral para o plano da ética, nas abordagens Psicoterápicas de base Existencial e Humanista.

Jô Gondar — Possui graduação em Psicologia pela PUC-Rio (1981), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela PUC-Rio (1987), doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela PUC-Rio (1993), doutorado sanduíche na Université Paris VII (1992) e pós-doutorado em Psicologia - Universidad de Deusto, Espanha (2000). Atualmente é professora titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, atuando no Programa de Pós-Graduação em Memória Social e no Departamento de Ciências Sociais. Tem experiência na área de Psicanálise e pesquisa principalmente os seguintes temas: sintomas

contemporâneos, a obra de Sándor Ferenczi, trauma, memória e criação, poder e cultura.

Jurema Barros Dantas — Possui graduação em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (2002), Especialização em Psicologia Clínica Fenomenológico Existencial pelo Instituto de Fenomenologia do Rio de Janeiro (2005), mestrado pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal Fluminense em Psicologia na área de Estudos da Subjetividade (2005) e doutorado pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Social na área de História Social, Imaginário e Cultura pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2010). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Laboratório de Estudos em Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade (LAPFES/UFC). Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF/RENASF). Líder do Diretório de Pesquisa do CNPq: Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade. Experiência na área de Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: medicalização, sofrimento psíquico, práticas de cuidado em instituições, felicidade e contemporaneidade.

Marcelo Henrique da Costa — Possui graduação em Psicologia pela Associação Universitária Santa Úrsula (1990), mestrado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2009). Foi Diretor-geral da Escola do Legislativo do Rio de Janeiro (2007-2008), Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico Solidário da Cidade do Rio de Janeiro - SEDES/PCRJ, entre 2009 e 2012 e Coordenador de Produção Científica da UnASUS/UERJ, entre 2014 e 2017. Atualmente é pesquisador do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde LIPAPS/UERJ, Professor Colaborador do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - PGCM/UERJ, pesquisador do Laboratório de Estudos Contemporâneos - LABORE da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Professor Adjunto da Universidade Veiga de Almeida.

Nelson Job — Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2000), Doutor e pós-

doutorando em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor e psicólogo. Lançou o livro “Confluências entre magia, filosofia, ciência e arte: a Ontologia Onírica”. Tem experiência na área da Filosofia da Diferença, História da Ciência, Psicologia Analítica e transdisciplinaridade.

Priscila Mählmann — Possui graduação em Dança pelo Centro Universitário da Cidade (2010). Atualmente é assistente de pesquisa - LAPSI (Laboratório de Práticas Sociais Integradas) da Universidade Veiga de Almeida. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia

Ricardo Salztrager — Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Memória Social da UNIRIO. Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001), Mestrado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002) e Doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006). Também foi Bolsista-Sanduiche (Capes-PDEE) na Universidade Paris 7 - Denis Diderot (2003-2004). Atualmente desenvolve o Projeto de Pesquisa “Os fenômenos de massa contemporâneos: identidade, memória e revolta na atualidade”, com ênfase nas áreas de Memória Social, Psicanálise e Filosofia.

Simony de Sousa Faria — Psicóloga do PAHS - Psicologia Aplicada a área da Saúde e Hospitalar, com ênfase em Psicologia Fenomenológico-existencial. Áreas de atuação em: Psicologia Hospitalar, Psico-oncologia, Patologias Crônicas, Cuidados Paliativos, Luto e Tanatologia. Doutoranda em Psicologia e Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Especialista em Psico-oncologia com Certificação em Psico-Oncologia pela Sociedade Brasileira de Psico-oncologia. Formação em Análise Existencial pela Sociedade de Análise Existencial e Psicomaiêutica - SAEP. Atuando em Psicologia Clínica individual, de casal e em grupo. Psicoterapia de grupo com pacientes portadores de patologias crônicas, Psico-oncologia e Cuidados Paliativos. Pesquisadora do Grupo de Pesquisas em Psicoterapias Existenciais e Humanistas - CNPq/UFMA - na Linha de pesquisa: Psico-Oncologia e Cuidados Paliativos. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade, da Universidade Federal do

Ceará CNPq/UFC - na linha de pesquisa: Prática Clínica, Saúde Mental e Fenomenologia: estudos sobre a significação do sofrimento psíquico e a reinvenção das práticas de cuidado. Membro Sócia da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, com o número 1381, desde janeiro 2009. Membro Sócia da Associação Nacional de Cuidados Paliativos desde 2012. Membro Sócia da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia desde 2013. Graduanda do Curso de Filosofia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio São Luís, Professora Substituta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão UFMA.

Vinicius Leite Pacheco — Psicólogo, Com ênfase na abordagem Comportamental, Pós graduando em ABA e atuando com crianças autistas.

Virlainne Moreno de Lemos — Graduanda em Psicologia UFMA; Participante do Grupo de Estudos e Pesquisa Psicoterapias Existenciais e Humanistas; Bolsista PIBIC no período de 2017-2018 ; Analista de Gestão de Pessoas da NovaMente-Empresa Júnior de Psicologia da UFMA no ano de 2019.

Yasmin Filgueiras Coelho Pereira — Psicóloga, especialista em Avaliação Psicológica e aplicação de testes.

*Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional
conforme Lei n. 10.994, de 14 de dezembro de 2004.*

Título Desmedicalização da existência e práticas de si:
resistência e poder na área da saúde

Organização Jadir Machado Lessa
Simony de Sousa Faria
Auterives Maciel Júnior
Natalino Salgado Filho

Revisão Ingrid Lorena Lima da Silva Carvalho
Vera Lúcia Giusti de Sousa

Capa e projeto gráfico Eduardo César Machado de Jesus

Formato 16 x 22 cm

Páginas 300

Tipologia Source Serif Pro 11,5pt | TEXTO
Grenze 14pt | TÍTULOS

Edição 1ª edição - abril/2020

Publicação Editora da Universidade Federal do Maranhão | EDUFMA

Nosso propósito é problematizar o fenômeno contemporâneo da patologização da vida e da medicalização da existência através de uma perspectiva multidisciplinar, favorecendo trocas de saberes e de experiências nessa área. Diante disso, buscou-se fomentar a discussão sobre essa temática que se mostra emergente, posto que a medicalização do corpo muitas vezes é necessária, mas a medicalização da existência, não. O que se percebe, atualmente, são linhas de fuga que impedem as pessoas de experienciar sentimentos próprios da existência em detrimento de uma pseudo estabilidade emocional favorecida pelo uso de fármacos que minimizam sintomas, porém não podem, de modo algum, trabalhar suas causas, o que desencadeia esse sentimento, essa angústia, muitas vezes, tão necessária e nem sempre patológica, que favorece o caminhar no conhecimento de si mesmo e do mundo. A patologia ou às psicopatologias precisam ser cuidadas de modo integral e que contemplem, também, práticas integrativas de saúde, com olhar às suas multicausalidades. Embora aqui não caiba crítica ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso, principalmente no que diz respeito aos sintomas físicos, mas sim à sua exacerbação, ou seja, a psicopatologização generalizada do existir humano, no sentido de encurtar os horizontes existenciais através de diagnósticos que apenas patologizam as variações de intensidade, próprias das singularidades caracterizadas em seus múltiplos modos de ser e de existir no mundo da vida. Como nos afirma Heidegger (1998): "O Existir humano nunca é um objeto simplesmente dado em algum lugar, muito menos encapsulado em si mesmo. A existência significa apenas a abertura originária de sentido na qual podem vir à luz os entes enquanto tais".

— *Simony Faria*



EDUFMA



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias



ISBN 978-85-7862-958-8