



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

Eu não sou *eu*, sou muitos outros: mediações dos transtornos mentais no espaço autobiográfico contemporâneo

Isabela Fraga
Dissertação de mestrado

Rio de Janeiro
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO**

**Eu não sou *eu*, sou muitos outros: mediações dos transtornos mentais
no espaço autobiográfico contemporâneo**

Isabela Fraga

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Comunicação e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. João Freire Filho

Rio de Janeiro
2014

Eu não sou *eu*, sou muitos outros: mediações dos transtornos mentais no espaço autobiográfico contemporâneo

Isabela Fraga

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Comunicação e Cultura (linha Mídia e Mediações Socioculturais).

Rio de Janeiro, 23 de maio de 2013.

Prof. Dr. João Batista de Macedo Freire Filho – Orientador
Pós-doutor em Comunicação Social – UFRJ

Prof. Dr^a. Lígia Campos de Cerqueira Lana
Doutora em Comunicação Social – UFMG

Prof. Dr. Bruno Campanella
Doutor em Comunicação Social - UFRJ

Dra. Mayka Castellano
Doutora em Comunicação Social - UFRJ

Rio de Janeiro
2014

M811e

Machado de Oliveira Fraga, Isabela

Eu não sou eu, sou muitos outros: mediações dos transtornos mentais no espaço autobiográfico contemporâneo / Isabela Machado de Oliveira Fraga. -- Rio de Janeiro, 2014.

140 f.

Orientador: João Batista de Macedo Freire Filho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola da Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação, 2014.

1. espaço biográfico. 2. cultura terapêutica. 3. transtornos psiquiátricos. 4. autenticidade. 5. subjetividade. I. Batista de Macedo Freire Filho, João, orient. II. Título.

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento desta pesquisa.

À Escola de Comunicação da UFRJ, que me abriga desde 2007 em seus jardins internos e salas de aula. Aos professores que os habitam, pela inspiração. Aos funcionários do PPGCOM – Thiago, Jorgina, Marlene e Adma –, pela presteza e paciência nestes dois anos.

Ao meu orientador, João Freire Filho, que há seis anos exige e incentiva minha melhor capacidade analítica, meu melhor texto e minha crítica mais ferina.

Aos meus pais, Tania e Paulo, influências decisivas no meu encanto por histórias. Ao meu irmão Bernardo, pela inspiração acadêmica (e não só).

Aos amigos do mestrado, companheiros fiéis de bibliotecas, atrasos e angústias acadêmicas – especialmente Alice, André, Laila e Fernando.

Aos amigos de outras partes da vida, que, embora não compartilhem desta tensão, ajudam a suavizá-la. Ao Maurício, por encontrar algumas das reportagens sobre Maura Lopes Cançado apresentadas aqui.

Às bibliotecas – físicas e virtuais –, sem as quais esta dissertação não teria se concretizado. Aos anônimos que disponibilizam livros, artigos e textos sem custo na internet e disseminam conhecimento, informação e opinião.

Ao Daniel, meu leitor preferido, que ajudou mais do que ele imagina.

Sumário

Introdução	10
1. Quem sou <i>eu</i> agora? Tempo, identidade e dialogismo	23
1.1. Vida reconfigurada.....	23
1.1.1. Tempos plurais.....	23
1.2. A identidade narrativa e a dialética do <i>ipse</i> e do <i>idem</i>	26
1.2.2. O <i>outro</i> como parte constitutiva de mim.....	29
1.3. Narrativas de doenças mentais e a crise do <i>si</i>	31
1.3.1. Maura Lopes Cançado e a ausência de um outro.....	32
1.3.2. Rodrigo de Souza leão e o sujeito apofático.....	37
1.4. O “espetáculo da interioridade”: entrevistas de celebridades.....	40
2. A mãe e o cérebro: (i)materialidades da doença	48
2.1. Espelho do interior.....	48
2.2. O avesso da cabeça.....	53
2.3. Cérebro: personagem principal?	61
2.4. O <i>self</i> neuropsicológico.....	71
3. O diagnóstico	75
3.1 A norma da normalidade.....	76
3.2 Inventando pessoas.....	78
3.3 O eu diagnosticado.....	83
3.3.1. A saída niilista de Maura.....	83
3.3.2. “Eu achei que ia ficar louca [mas não fiquei]”	88
3.4. Vergonha reflexiva e movimentos de orgulho.....	91
4. O lado bom: representações positivas	94
4.1. O doente autônomo.....	94
4.2. O desvio da autonomia: fraqueza de vontade.....	105
4.3. Superação e autenticidade.....	108
4.3.1. Os primórdios da autenticidade.....	108
4.3.2. Meados do século XX: autoconhecimento como libertação.....	109
4.3.3. A celebridade doente é autêntica.....	114
Conclusão	119
Referências bibliográficas	124
Anexos	130

Resumo

Fraga, Isabela. Eu não sou *eu*, sou muitos outros: mediações dos transtornos mentais no espaço autobiográfico contemporâneo. Orientador: João Freire Filho. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 140f.

Este trabalho articula entre si dois fenômenos contemporâneos que costumam ser tratados separadamente: o *boom* do espaço biográfico (ARFUCH, 2010) – principalmente na mídia, à revelia do cânone literário – e a expansão dos diagnósticos e do tratamento psiquiátrico, que cada vez mais fazem parte da vida cotidiana da população brasileira e orientam tipos de subjetivação, tanto na forma de medicamentos psicotrópicos quanto das imagens cerebrais. Para essa investigação de subjetividades, foram escolhidas como principal objeto de análise: a) duas obras autobiográficas de autores diagnosticados como doentes mentais – Rodrigo de Souza Leão (*Todos os cachorros são azuis*, 2006) e Maura Lopes Cançado (*Hospício é Deus*, 1965) –; b) entrevistas que esses autores deram à mídia; e c) relatos de duas celebridades contemporâneas veiculados na televisão e na mídia impressa – a cantora sertaneja Paula Fernandes, diagnosticada com depressão aos 18 anos, e a atriz e apresentadora Luciana Vendramini, diagnosticada com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) aos 19. Ao traçar uma linha narrativa que une enunciados tão distintos entre si, foi possível perceber que, embora o “sujeito cerebral” desponte como *self* prevalente na cultura contemporânea, ele convive com outras formas de estar no mundo – psicológicas e emocionais. As narrativas de Rodrigo, Paula e Luciana demonstram essa coexistência e, especialmente no caso das celebridades, convivência.

Palavras-chave: espaço biográfico, cultura terapêutica, autenticidade, transtornos psiquiátricos, subjetividade.

Abstract

Fraga, Isabela. I am not me, I'm many others: mediations of mental disorders in the contemporary autobiographical space. Supervisor: João Freire Filho. Rio de Janeiro, 2014. Dissertation (Masters in Communication and Culture) – School of Communication, Federal University of Rio de Janeiro. 140p.

This study combines two contemporary phenomena that are usually treated separately: the autobiographical space boom (ARFUCH, 2010) – mainly in the media – and the expansion of psychiatric diagnosis and treatment, which increasingly take part in the Brazilian everyday life and regulate types of subjectivities, either by the use of psychotropic drugs or brain images. To perform this subjectivity analysis, the main objects are: a) two autobiographical literary works written by authors diagnosed with mental illnesses – Rodrigo de Souza Leão (*Todos os cachorros são azuis*, 2006) and Maura Lopes Cançado (*Hospício é Deus*, 1965) –; b) interviews by these authors in the media; and c) accounts made by two contemporary celebrities exhibited on TV and published in online and print media – the bluegrass (*sertaneja*) singer Paula Fernandes, diagnosed with depression at 18 years old, and the actress Luciana Vendramini, diagnosed with obsessive-compulsive disorder at 19 years old. By tracing a narrative line that unites such different discourses, it was possible to notice that, although the “cerebral subject” emerges as the main self in contemporary culture, he lives next to other ways of being in the world, which are more inclined to psychology and emotionalism. The narratives by Rodrigo, Paula and Luciana proves this coexistence, and, especially in the case of celebrities, familiarity.

Keywords: biographical space, therapeutic culture, authenticity, psychiatric disorders, subjectivity.

Viver é ser outro. Nem sentir é possível se hoje se sente como ontem se sentiu: sentir hoje o mesmo que ontem não é sentir – é lembrar hoje o que se sentiu ontem, ser hoje o cadáver vivo do que ontem foi a vida perdida. Apagar tudo do quadro de um dia para o outro, ser novo com cada nova madrugada, numa revirgindade perpétua da emoção, isto, e só isto, vale a pena ser ou ter, para ser ou ter o que imperfeitamente somos.

Fernando Pessoa, sob o heterônimo de Bernardo Soares, em *O livro do desassossego*

Introdução

“Tudo começou com um grilo”, conta Rodrigo de Souza Leão, em seu livro *Todos os cachorros são azuis* (2008), último publicado em vida. “Havia um gene também. Da mesma forma não, mas de outra forma”, completa. Grilo ou gene, Rodrigo aponta aqui como entende a causa de sua doença: ele tem esquizofrenia, diagnosticada aos 23 anos de idade. Quando escreve *Todos os cachorros*, beira os 40. Transitando entre a autobiografia e a autoficção, Rodrigo conta no livro sua vida como esquizofrênico e relata suas internações em clínicas psiquiátricas.

“Esta dúvida de mamãe teria dado começo à minha neurose de morte? Tudo terá começado aí?” Desta vez, as perguntas são feitas por Maura Lopes Cançado, em seu diário publicado em 1965 que sentencia já no título: *Hospício é Deus*. Quarenta e três anos antes de Rodrigo, Maura também havia sido internada em diversos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Os diagnósticos que a escritora recebeu foram tão plurais quanto suas internações: ela era personalidade psicopática, esquizofrênica, paranoide e psicótica maníaco-depressiva.

Em comum, Rodrigo e Maura têm a esquizofrenia, a publicação de ao menos uma obra autobiográfica, o trânsito por instituições psiquiátricas e, curiosamente, a profissão: ambos eram jornalistas com produção literária própria. Rodrigo editava e escrevia para a revista *Zunái* e publicava textos e poemas no blog *lowcura*¹. Maura colaborava com o conceituado Suplemento Dominical do *Jornal do Brasil*, onde também publicou diversos contos de sua autoria. De diferente, Rodrigo e Maura têm, principalmente, a época em que viveram. E, conseqüentemente, a maneira como viveram, como foram diagnosticados, tratados, vistos – por outros e por si mesmos. A forma como se inventaram em suas narrativas autobiográficas, portanto, é essencialmente distinta.

Mesmo nos pequenos trechos aqui citados de suas obras, esta diferença é clara: Rodrigo fala de gene, Maura fala de mãe. As influências da biomedicina e da psicanálise, respectivamente, são óbvias e acentuam-se ao longo dos livros. Embora esses mesmos autores escapem das definições esperadas a partir de suas influências, elas estão ali, perceptíveis. E propiciam vislumbrá-los como frutos de suas épocas. No entanto, é na impossibilidade de enquadramento das obras – e dos *selves* – de Rodrigo e Maura onde reside o ponto de interesse para esta dissertação. Como bons exemplos de obras literárias,

¹ Disponível em: lowcura.blogspot.com. Acesso em: 12 jan. 2012.

Todos os cachorros e Hospício é Deus permitem o exercício imaginativo, reflexivo e avaliativo do leitor sobre aquelas narrativas.

Pois é justamente como *narrativas* que as obras de Rodrigo e Maura serão tratadas. Ao longo destas páginas, analisarei a construção de subjetividades operada em narrativas de si cujos autores foram diagnosticados com transtornos psiquiátricos – ou, nas palavras de Ronaldo Bressane, em “investigações autobiográficas psicopatológicas”². A ideia é entender como essas pessoas inventaram-se como doentes mentais e, em última instância, como sujeitos. Como será explicado, essa construção de si acaba também por construir a própria doença mental.

Com esse objetivo em vista, o devir-eu analisado nesta dissertação não será estudado apenas no escopo de obras literárias, tampouco nos próprios Rodrigo e Maura. Para empreender uma investigação mais ampla das narrativas de si para além do cânone da autobiografia, busquei também relatos pessoais veiculados na mídia. Esses relatos se enquadrariam no que a crítica cultural argentina Leonor Arfuch (2010) denomina “espaço biográfico”, expressão que abarca não só biografias, autobiografias, confissões, memórias, diários e cartas, mas também gêneros menos ou nada consagrados, como entrevistas, conversas, perfis, testemunhos, relatos de autoajuda, *talk shows*, *reality shows* e uma infinidade de produtos midiáticos que têm proliferado com abundância nas últimas décadas.

Os relatos que compõem essa segunda parte do *corpus* são os de celebridades midiáticas contemporâneas, cuja ascensão no final do século XX e começo do XXI – ou até mesmo nos últimos cinco anos – baseou-se não apenas em suas atividades profissionais, mas também (e, em certos momentos, principalmente) nos relatos de vida proferidos à exaustão em revistas, jornais, programas de TV e sites a respeito de suas condições psicopatológicas. São elas a atriz Luciana Vendramini e a cantora sertaneja Paula Fernandes. Diagnosticada com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) aos 19 anos, Luciana despontou nos holofotes midiáticos ainda jovem, aos 16 – pretensos 18 –, quando era uma das dançarinas (paquitas) do programa *Xou da Xuxa*, na década de 1980, e posou para a revista *Playboy*. Paula Fernandes recebeu o diagnóstico de depressão também na juventude, aos 18 anos, quando começava a carreira de sucesso que a tornou uma das cantoras brasileiras mais bem-sucedidas da última década. Diferentes dos relatos de Rodrigo e Maura, entretanto, Paula e Fernanda falam à mídia não apenas da doença,

² Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrissima/il0611201106.htm>. Acesso em: 21 dez. 2011.

mas de *superação*. Ao colocar o período de sofrimento no passado, elas o entendem como passagem fundamental para o sucesso em que se encontram. Uma frase sintomática de Paula Fernandes resume essa visão: “Aquele período em que eu adoeci foi o meu renascimento”.

É possível sintetizar as motivações por trás desta investigação nas seguintes questões: que orientações discursivas a sociedade contemporânea oferece para a construção de subjetividades? Quais fatores socioculturais possibilitam determinadas articulações discursivas, em detrimento de outras? Ou: quais formações discursivas permitiram a emergência de determinados enunciados – de si – que alicerçam o entendimento do *self* em meio a palavras-chave como autonomia, *superação*, responsabilidade, vergonha, performance, autenticidade, felicidade?

Como o leitor pode ver, escolhi para o *corpus* desta dissertação narrativas de si de portadores de transtornos mentais veiculadas tanto na literatura em seu sentido mais amplo quanto na mídia (mais especificamente, em entrevistas concedidas a publicações impressas, *on-line* e a programas televisivos). As especificidades de cada plataforma e discurso serão consideradas. Afinal, o *self* ali criado não existe fora do relato, nem de forma independente dele. Esquemáticamente, os objetos analisados são:

1. *Todos os cachorros são azuis*, de Rodrigo de Souza Leão (7Letras, 2008);
2. *Hospício é Deus*, de Maura Lopes Caçado (Record, 1979[1965]);
3. Quatro entrevistas à mídia (impressas e virtuais) concedidas por Rodrigo de Souza Leão, publicadas no *Jornal Vaia*, *Portal Literal*, *Jornal do Brasil* e *Germina Literatura* (ver Anexos).
3. Três entrevistas à mídia (impressa) concedidas por Maura Lopes Caçado, em reportagens publicadas no *Jornal do Brasil*, no *Globo* e na revista *Leitura*.³
4. Entrevistas e relatos transmitidos em programas de TV e publicados em revistas e sites conferidos pela cantora Paula Fernandes, sobre depressão⁴: no site Globo.com (2011), no programa *De frente com Gabi* (SBT, 2011), no programa *Manhã Maior* (RedeTV!, 2011), no programa *Domingão do Faustão* (Globo, 2011), no telejornal *Record Notícias* (Record, 2012), no programa *Eliana* (SBT, 2011) no programa *Mais Você* (Globo, 2011).

³ As reportagens e entrevistas que não estão disponíveis on-line serão disponibilizadas nos Anexos. Todas as entrevistas de Rodrigo estão disponíveis na internet, mas não as de Maura.

⁴ A cantora também deu entrevistas sobre o assunto ao portal Terra, e todas as suas participações nos programas citados foram repercutidas por sites e jornais como *Contigo*, Uol, O Dia, *Caras* e Yahoo!.

5. Entrevistas e relatos da atriz Luciana Vendramini⁵ sobre transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): no site iG (2011), no programa *De frente com Gabi* (SBT, 2004 e 2011), no programa *SBT Repórter* (SBT, 2011), no site MSN (2011), no site Flashland (2013) e na revista *Istoé* (2004).

Com esse *corpus*, meu objetivo é entender as narrativas de si que oferecem suporte para construções subjetivas no espaço público – cada vez mais imiscuído pelo espaço privado –, do qual a mídia é um dos atores principais. A escolha de narrativas de si com viés literário (casos de Rodrigo e de Maura), bem como de relatos autobiográficos produzidos com fins exclusivamente midiáticos (caso das narrativas de celebridades), desenha, portanto, um fio que une esses diferentes objetos. É por esse motivo que não serão analisados aqui relatos pessoais de pacientes a médicos. Entendo os livros escolhidos como narrativas e, neste sentido, não são diferentes dos relatos midiáticos. Claro: a escritora Maura Lopes Cançado e a cantora sertaneja Paula Fernandes proferem discursos completamente diferentes e ocupam espaços sociais distintos. Mas é sintomático que, ainda assim, seja possível construir uma linha que una esses dois discursos sobre transtornos psiquiátricos⁶ – e estes ao de Rodrigo Souza Leão e Luciana Vendramini.

A diversidade do *corpus* que escolhi tratar aqui, assim, representa a ubiquidade de determinadas narrativas (como a da origem psicanalítica ou neuroquímica da doença; o estigma, a vergonha, a autonomia e a autenticidade). Por sua ressonância no modo de existir contemporâneo essas narrativas podem – e devem – ser analisadas sem julgamento de valor sobre sua qualidade. Afinal, para estudar formações discursivas, a importância dos enunciados se dá por sua ressonância na cultura – o que, obviamente, nada tem a ver com qualidade literária ou estética. A escolha de objetos mais próximo ao universo da “alta literatura” – Rodrigo e Maura, em grande medida – e da cultura popular de massa – as celebridades –, é inspirada no principal argumento dos estudos culturais: ambos (literatura e celebridades) podem revelar as condições sociais em que foram criados, uma base mais ou menos comum de enunciados morais. E, para isso, julguei necessário adotar

⁵⁵ A atriz fala à mídia sobre TOC desde o começo dos anos 2000. Nos últimos três anos, ela deu duas entrevistas de fôlego – à jornalista Marília Gabriela no programa *De frente com Gabi* (SBT), em 2011 e ao site Ig, também em 2011. Seu relato sobre a doença também foi publicado no jornal *Folha de S. Paulo* em 2013.

⁶ Ao longo deste trabalho, uso a noção de *discurso* em seus sentidos comuns, como explicitados pelo dicionário Houaiss: “série de enunciados significativos que expressam formalmente a maneira de pensar e de agir e/ou as circunstâncias identificadas com um certo assunto, meio ou grupo” ou “enunciado oral ou escrito que supõe, numa situação de comunicação, um locutor e um interlocutor” (HOUAISS, 2011). Quando tratar de discurso sob uma perspectiva mais foucaultiana, explicitarei essa característica.

uma postura de distância (ou, na verdade, proximidade) simétrica entre os objetos, como faz Eva Illouz ao analisar o *The Oprah Winfrey Show* (2003). Não foi fácil observar e ler as dezenas de entrevistas concedidas por Fernanda e Luciana – com quem meu grau de identificação é baixo ou nulo – com a mesma frieza (ou afeto) que adotei ao analisar as autobiografias de dois autores cuja literatura encaixa-se mais de imediato em meu gosto estético. Mas, como Illouz, busquei adotar uma espécie de “crítica ética” para “entender como os enunciados agem sobre nosso ‘objetivo geral de viver bem’ e interrogar o enunciado da perspectiva dos valores e do tecido moral de nossas vidas” (ILLOUZ, 2003, p. 15).

Este trabalho articula entre si dois fenômenos contemporâneos que costumam ser tratados separadamente: o *boom* do espaço biográfico – principalmente na mídia, não apenas no cânone literário – e a expansão dos diagnósticos e do tratamento psiquiátrico, que, na forma de medicamentos psicotrópicos e de imagens cerebrais, cada vez mais fazem parte da vida cotidiana da população brasileira e orientam tipos de subjetivação. Com a tradução do sofrimento psíquico em transtorno mental, e com a movediça relação entre patologia e normalidade, é cada vez mais comum “acordar doente mental”, como afirmou a jornalista Eliane Brum em artigo recente para a revista *Época*⁷.

Desde maio de 2013, acordar doente mental tornou-se um pouco mais fácil: após mais de dez anos de elaboração, foi publicada a quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos* (DSM), tradicional obra da Associação Americana de Psiquiatria (APA) que baliza a relação entre patologia e normalidade psiquiátrica em quase todo o Ocidente⁸. Vendido por cinquenta dólares na Amazon, o DSM-5 abarca mais de 300 doenças mentais em suas 991 páginas. Embora o número de transtornos psiquiátricos classificados pelo manual não seja substancialmente maior que em sua edição anterior (DSM IV-R), críticos argumentam que a tendência do DSM-5 de tratar os transtornos mentais de forma dimensional (ou espectral) acaba por criar ainda mais doentes (FRANCES, 2013; HACKING, 2013; INSEL, 2013).

Se o lançamento do DSM-III, em 1980, marcou o a compreensão das doenças mentais como categorias fixas e separadas entre si, o DSM-5 busca justamente o apagamento dessas fronteiras. A justificativa para essa abordagem, à primeira vista,

⁷ Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>. Acesso em: 21 mai. 2013.

⁸ E, mais recentemente, no Oriente, como argumenta Ethan Watters (2011) em seu *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*.

parece razoável e parte de um *mea culpa*: “O problema é que biólogos não conseguiram encontrar nenhuma evidência genética ou neurocientífica para sustentar a quebra de transtornos mentais complexos em categorias separadas” (ADAM, 2013)⁹. Esse raciocínio levou um dos principais psiquiatras por trás do DSM-5, David Kupfer, a sugerir uma abordagem dimensional do diagnóstico. “Segundo essa visão, os transtornos são produtos de fatores de risco compartilhados que levam a anormalidades em unidades de interseção [do cérebro], como motivação e antecipação de recompensa, que podem ser medidas (daí o ‘dimensional’) e usadas para colocar as pessoas em um de diversos espectros” (idem).

A crítica mais comum feita à abordagem dimensional é que ela serve aos interesses da indústria farmacêutica, pois mais pessoas poderiam ser diagnosticadas como portadores de transtornos mentais – e, conseqüentemente, seriam submetidas a tratamentos com psicotrópicos¹⁰. Curiosamente, um dos maiores críticos ao DSM-5 foi um dos principais articuladores do DSM-IV, o psiquiatra Allen Frances. Sobre a abordagem dimensional, Frances é taxativo: “esse processo pode levar a ‘epidemias’ de falsos-positivos, com tratamentos danosos e excessivos” (FRANCES, 2009, p. 391).

Embora o contexto médico acene para um enfraquecimento da categorização fixa de transtornos, as “convocações biopolíticas” empreendidas pela mídia (AIDAR PRADO, 2013) orientam justamente na direção contrária. Uma rápida pesquisa no Google revela que veículos para todos os gostos oferecem testes com o objetivo de verificar se o leitor está com depressão ou TOC: *Veja* (“É depressão?”, “8 sinais de que você pode estar com depressão”), M de Mulher (“Você tem depressão?”), Corpo a Corpo (“Você está à beira de uma depressão?”), R7 (“Será que você tem tendência à depressão?”, “Será que você tem transtorno-obsessivo compulsivo?”) – entre muitos outros. No jornal *Folha de S. Paulo*, o título do teste é bem sugestivo: “Faça um teste para saber se você tem a doença da Megan Fox”¹¹. Se o leitor, como eu, desconhecer o mal que acomete a “atriz jovem mais sexy do mundo”, precisa ler a matéria para descobrir que o teste é para TOC. Nesse ponto, a identificação com a celebridade doente precede a identificação da própria doença. Ao mesmo tempo, multiplicam-se livros de autoajuda

⁹ Artigo publicado em 24 de abril de 2013, no site da revista *Nature*. Disponível em: <http://www.nature.com/news/mental-health-on-the-spectrum-1.12842>. Acesso em: 12 mai. 2013.

¹⁰ Falaremos mais sobre esse ciclo de diagnóstico e doença no último capítulo, recorrendo ao estudo de Lakoff (2005).

¹¹ Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/livrariadafolha/ult10082u737133.shtml>. Acesso em: 21 dez. 2012.

que ensinam a lidar com diversas doenças mentais e reportagens questionam por que o ansiolítico Rivotril é o segundo remédio mais vendido do país¹². No site do Sistema Único de Saúde, o governo afirma que “cerca de 9% da população geral, em todas as faixas etárias, necessita de cuidados gerais em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação, ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves”. Já os transtornos mentais graves – “psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação” – atingiriam cerca de 3% da população brasileira. Nas últimas décadas, o número de leitos em hospitais psiquiátricos brasileiros tem diminuído e o de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) tem aumentado, revelando a clara política antimanicomial praticada pelo SUS.

Ou seja: mais pessoas apresentam problemas psiquiátricos, e uma quantidade cada vez menor delas é tratada dentro de instituições. Como afirmou o psiquiatra e psicanalista Benilton Bezerra Júnior em uma entrevista concedida a mim para a revista *Ciência Hoje*, “a psiquiatria pulou os muros dos hospícios”. O tratamento por meio de medicamentos consumidos na vida cotidiana, dessa forma, torna-se cada vez mais presente entre os brasileiros, que se tornam doentes autônomos. No entanto, quando a doença mental interfere na autonomia do paciente e debilita a razão, a internação é mais bem aceita e aconselhada (EHRENBERG, 2005). Os casos de Rodrigo e de Maura são exemplos dessa situação.

Como muitos pesquisadores já enfatizaram à exaustão, o entendimento neuroquímico do *self* é fruto e causa da centralidade que a figura do cérebro tomou na concepção da anatomia humana (EHRENBERG, 2009; ROSE, 2013; ORTEGA, 2005; FRANCO FERRAZ, 2006). Curiosamente, entretanto, as narrativas de si analisadas nesta dissertação escapam ao entendimento reducionista do *eu* como sujeito cerebral – embora, claro, a presença do cérebro e de seus desequilíbrios químicos seja mencionada. Mesmo nos relatos colhidos de entrevistas de celebridades, onde seria esperado encontrar uma sólida retórica do sofrimento psíquico traduzido como desequilíbrio químico, outras narrativas chamaram tanto ou mais a minha atenção. O discurso neuroquímico do *self* é, sem dúvida, presente e determinante para a análise desses relatos, mas também o são outras narrativas de peso. Às perguntas centrais que motivam esta dissertação, dessa

¹² Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI27270-15257,00-RIVOTRIL+POR+QUE+O+MEDICAMENTO+E+O+SEGUNDO+MAIS+VENDIDO+NO+PAIS.html>. Acesso em: 10 mai. 2011.

forma, soma-se mais uma: por que as narrativas de celebridades sobre seus transtornos psiquiátricos não utilizam o discurso psiquiátrico nem colocam o cérebro como ator principal de suas vidas como doentes?

Na monografia de final de curso que apresentei quando me formei em Jornalismo na mesma Escola de Comunicação da UFRJ, em 2011, comecei a esboçar esse tipo de pesquisa que articula discursos de si com transtornos psiquiátricos. Naquele trabalho, a análise da “individualidade somática” (ROSE, 2003) e o discurso das doenças mentais como orgânicas prevaleceram e foram bastante discutidos. Nesta dissertação, no entanto, fui levada a sair da zona de conforto que é a crítica à visão neuroquímica do *self* ao escolher discursos de autores e celebridades brasileiros sobre essas questões: esses relatos me revelaram outras narrativas que têm igual importância na sociedade contemporânea e têm sido menos debatidas no contexto apresentado dos transtornos psicopatológicos.

A articulação da movediça relação entre patologia e normalidade com o discurso de si traz novos conceitos que me levaram a identificar essas outras narrativas. Claro: a literatura sobre as narrativas de doenças (as *illness narratives*) é vasta e tem aumentado nas últimas três décadas (SARBIN, 1986; FRANK, 1997; BURY, 2001; CHARMAZ, 2002; HACKING, 2009). Todo o aparato teórico aventado por esses autores será levado em conta. No entanto, o foco principal dessa linha de pesquisa parecem ser as narrativas dos pacientes aos médicos ou diretamente ao autor da pesquisa. Outras vezes, trata-se da análise de livros autobiográficos mais canônicos. Em suma: são poucas as análises de narrativas de si como produtos discursivos ou midiáticos, que configuram o objeto deste trabalho.

O *boom* autobiográfico aventado por Arfuch é de suma importância para entender o contexto onde minha análise está inserida. Historicamente, pode-se dizer que a narrativa autobiográfica *per se* só foi possível a partir da e concomitantemente à consolidação do *eu* como experiência de estar no mundo, na formação da burguesia como classe social e do individualismo como valor marcante da cultura ocidental moderna (e contemporânea). É consenso dizer que foram as *Confissões* de Jean-Jacques Rousseau, no século XVIII, que inauguraram o gênero autobiográfico como o entendemos hoje¹³. A partir dali, a autobiografia “introduz a convicção íntima e a intuição do eu como critérios de validade da razão” (ARFUCH, 2006, p. 51).

¹³ Como afirma Taylor, em *As fontes do self*, “[Rousseau] é o ponto de partida de uma transformação na cultura moderna no sentido de uma interioridade mais profunda e de uma autonomia radical. Todas as correntes partem dele” (TAYLOR, 1989, p. 464).

Séculos depois de Rousseau, o gênero autobiográfico é problematizado, questionado, reinventado e reproduzido. Mas a máxima de Bernardo Soares (semi-heterônimo de Fernando Pessoa), no *Livro do desassossego*, parece persistir: “Mover-se é viver, dizer-se é sobreviver” (PESSOA, 2008 [1982], p. 379). Com essa afirmação, Pessoa parece escrever em outras palavras o que Philippe Lejeune sintetiza no século seguinte: “transformar sua vida em narrativa é simplesmente viver” (LEJEUNE, 2008, p. 74). Falar de si é ato intrínseco à vida humana. E a narrativa de si, entendida aqui por meio da metáfora *dizer-se*, é nossa ancoragem na realidade: narrar a própria vida é tornar real o que se vive.

Mas de que é feita essa âncora? Qual especificidade do discurso autobiográfico exerce esse *efeito do real*? Para Lejeune, trata-se do pacto autobiográfico: as palavras, dirigidas ao leitor, explícita ou implicitamente, prometem a veracidade do relato ali produzido. Um ato performativo, diz o autor, que afirma a identidade entre o narrador-autor-personagem – são um só. Ao ler a obra, o leitor aceitaria os termos do pacto e entenderia que aquela narrativa tem respaldo real, um personagem em carne e osso – e é o mesmo que escreve aquele texto. Nas palavras do próprio autor: “o pacto autobiográfico é a afirmação, no texto, dessa identidade, remetendo, em última instância, ao nome do autor, escrito na capa do livro” (ibid., p. 26).

Mas, diferentemente do que Lejeune afirmava sobre a autobiografia, argumento aqui que não há nela identificação plena entre autor-narrador-personagem. Diversos outros autores propuseram formas de superá-la. Jean Starobinski (1970), por exemplo, em seu estudo clássico sobre o tema, afirma que o narrador é diferente do personagem, uma vez que a autobiografia tem um “valor autorreferencial” que remete ao momento da escrita, ou seja, ao *eu* que escreve sobre sua vida após ter vivido os acontecimentos relatados. O *eu* personagem é, em última instância, inventado pelas reinterpretações que o *eu* autor faz dos acontecimentos passados – e pelo leitor, que atribui sentido à narrativa a partir da forma específica de identificação com o texto. Ou, como afirma Hodgkin (2007, p. 20), “o paradoxo fundador da autobiografia, notoriamente – e em um sentido de condição de sua existência como narrativa – é a lacuna entre o eu que escreve, no presente, e o eu sobre o qual se escreve, no passado”.

A relação entre autor, personagem, narrador e leitor é uma relação entre temporalidades. Afinal, como afirma Paul Ricoeur (1983), a narrativa é uma forma de organizar a experiência humana para dar sentido ao tempo – ou, em outras palavras, é a narrativa que torna o tempo humano. No âmbito do discurso de si, a narrativa torna-se

uma forma de dar sentido ao próprio tempo – à própria vida, portanto. E, no caso de muitos dos discursos de si sobre transtornos psiquiátricos analisados aqui, há também a distância da “cura” e da “doença”: do lugar do já curado ou em trégua com sua doença, o autor pode inclusive reivindicar a identidade de sua doença, considerando-se produtivo não somente apesar dela, mas por sua causa.

A estrutura dos capítulos foi pensada de modo a não separar a teoria da análise. Como disse, identifiquei em todos os relatos analisados algumas narrativas de maior potência, ressonância e que se repetiam na maioria deles. No entanto, antes de partir para essas narrativas, busco entender, no primeiro capítulo, como são construídas identidades e temporalidades nos relatos analisados. Qual o tempo de quem escreve, do personagem que vive e do leitor que lê (ou do espectador que vê)? De que modo a narrativa da experiência passada muda a forma de compreender o tempo presente da escrita? E o que dizer do momento da entrevista, quando são lembradas não apenas as experiências, mas também o próprio processo de escrita (no caso das entrevistas dos autores)? Quais as especificidades das narrativas de celebridades?

Nesse capítulo, cai por terra a ideia de que o autor tem *uma voz*: se, como já vimos, não há sequer uma identidade entre o narrador, autor e personagem, como se pode falar de apenas uma voz? Aqui, lanço mão dos conceitos de polifonia e dialogismo de Bakhtin, segundo os quais o processo de subjetividade se dá a partir de inúmeras vozes, temporalidades e identidades. Não há uma singularidade na vida narrada. Os conceitos de ipseidade e mesmidade (*ipse* e *idem*) de Ricoeur também são centrais na compreensão desse movediço terreno identitário das narrativas autobiográficas, sob o guarda-chuva da *identidade narrativa*. Identidade esta que entra em crise nos relatos autobiográficos de pacientes psiquiátricos – é quando dou a palavra a Maura e a Rodrigo e às crises como *si-mesmos* pelas quais passam em suas narrativas.

No segundo capítulo, meu foco é a materialidade das doenças mentais – conferida pela ciência, pela mídia e, de certa forma, pelos próprios pacientes. Uma forma interessante de entender a construção da doença mental como orgânica é analisar as narrativas das origens. Assim, tanto as causas atribuídas ao gene – por Rodrigo – e à mãe – por Maura – tornam-se especialmente relevantes para entender as influências da psiquiatria e da psicanálise no discurso de si. Dedico um subcapítulo também a entender a centralidade do cérebro e das imagens cerebrais na configuração da subjetividade contemporânea – aspecto, como vimos, discutido por diversos pensadores. Embora a identificação dessa centralidade seja inquestionável mesmo na literatura, como afirmam

Peacock e Lustig (2013), nas narrativas de si aqui analisadas ela cede espaço a outro tipo de relato – o terapêutico –, e o cérebro deixa de ser o personagem principal.

O terceiro capítulo trata do principal propulsor das narrativas de si analisadas aqui: o diagnóstico – e as noções de estigma, vergonha e orgulho que o acompanham. Após uma breve investigação das categorias de normalidade e patologia, volto-me para as classificações recebidas por Maura, Rodrigo, Paula e Luciana. A loucura é o marco-zero para Maura e Rodrigo, e é ela a responsável pela crise da identidade narrativa em seus relatos. O diagnóstico preciso da doença em si, veremos, funciona como um ponto fixo dessa mesma identidade em crise, algo a que Maura e Rodrigo se apegam para não diluírem-se completamente. Nas narrativas de celebridades, observo como a loucura é sempre mencionada como um “quase”, mas com certa distância – porque elas são vítimas sobreviventes de seus transtornos psiquiátricos. Seu lugar de fala a partir da cura faz com que elas criem outras narrativas de superação (e, portanto, terapêuticas), que serão investigadas no último capítulo. Ainda no terceiro, tento compreender como o rótulo psiquiátrico, primeiramente fonte de vergonha, pode tornar-se fonte de orgulho. O exemplo mais categórico é o autismo, com suas diversas associações, por todo o mundo, que reivindicam a identidade da pessoa autista. Em geral, esses movimentos negam a necessidade de tratamento ou cura para o transtorno, uma vez que não seria de fato uma doença. No entanto, para terem direito a tratamento pelos planos de saúde nos Estados Unidos, o portador de autismo precisa ter seu diagnóstico reconhecido por um código que está presente – surpresa! – no DSM. Sobre a World Hearing Voices Network, Hacking afirma, em um artigo para a *London Review of Books*¹⁴: “É um exemplo de pacientes tentando tomar controle de suas próprias dificuldades”.

No quarto e último capítulo, analisamos as narrativas que encaram a doença mental como algo *positivo*: na representação do doente autônomo e competente, do doente autêntico e no encontro de *si mesmo* por meio do transtorno. Nos discursos das celebridades, entendidas também como modelos para a sociedade em geral, a ideia de superação é constantemente evocada como forma de exemplo: *eu superei a minha doença*. A ideia de um doente bem-sucedido, que utiliza seu transtorno para seu próprio proveito, é outro tropo bastante presente nesses relatos.

Em toda sorte de mídia – literatura de autoajuda, reportagens e televisão –, aprende-se que a regra para o sucesso é ascender profissional, financeira e até

¹⁴ Disponível em: <http://www.lrb.co.uk/v35/n15/ian-hacking/lost-in-the-forest>. Acesso em: 13 ago. 2013.

espiritualmente por si mesmo (FREIRE FILHO, 2011). De reivindicações em um contexto repressor e disciplinar, a autonomia e o bem-estar ativo e pessoal passaram a imperativos que, se descumpridos, são indicadores de “fracasso” e de incapacidade individual. Esse cenário não se configura, necessariamente, a partir de um enfraquecimento das regras sociais ou de um controle social pelo Estado e suas instituições, mas por meio de uma transformação – internalização – dessas regras no escopo da autonomia individual (EHERENBERG, 2005).

Essa vida de sucesso, como o leitor verá, passa necessariamente por palavras-chave como autonomia, responsabilidade e controle. Um exemplo marcante dessa narrativa é a série *Males da Alma*, apresentada pelo midiático doutor Dráuzio Varella, no Fantástico – o segundo programa mais assistido no Brasil¹⁵ –, no começo de 2013. Em todos os cinco episódios que compõem a série, Varella define: a diferença entre um sentimento normal, que todos nós temos (tristeza, euforia, pânico, manias) e um transtorno psiquiátrico passa necessariamente por uma perda de controle sobre a vida. Desse ponto, nem os livros de Rodrigo e Maura – que costumam escapar às narrativas mais comuns na mídia – conseguem fugir. Para tratar desse assunto, o arcabouço teórico de Ehrenberg (2005, 2009) e de Jurandir Freire Costa (2004) são essenciais, entre outros.

Também nesse capítulo, analiso duas narrativas que, em minha opinião, são as mais complicadas: a autenticidade e a performance. Claro: toda narrativa de si é um “ato performativo” (LEJEUNE, 2008; AUSTIN, 1962) ou “ato de fala”. Nas narrativas sobre transtornos psiquiátricos, a ideia de performance esbarra com muita frequência na noção de autenticidade: nestas páginas, revelo-me, e revelo-me ainda mais porque, aqui, exponho uma doença. Ao mesmo tempo, a subjetividade do portador de transtorno mental muitas vezes é construída a partir da autenticidade conferida por esse mesmo transtorno. Não é incomum ler afirmações como a da cantora sertaneja Paula Fernandes no programa *De frente com Gabi* (SBT): “Quando adoeci foi o meu renascimento, ali eu me conheci.”

Vê-se, portanto, que o que está em jogo nesta dissertação não é uma análise literária das narrativas de si, tampouco uma investigação dos relatos escolhidos a partir de uma perspectiva psicológica ou psiquiátrica. Também não tenho em mente a ideia,

¹⁵ Segundo a *Pesquisa Brasileira de Mídia 2014: Hábitos de consumo de mídia pela população brasileira*, divulgada no começo de março pela Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, o *Fantástico* foi o segundo programa da TV aberta e fechada mencionado pelos entrevistados em resposta à pergunta “Que programa de Tv aberta ou paga o(a) sr(a). mais assiste no final de semana?”. O programa mais mencionado foi o *Domingão do Faustão*, do qual Paula Fernandes também participou diversas vezes. A pesquisa pode ser encontrada em:
<http://observatoriodaimprensa.com.br/download/PesquisaBrasileiradeMidia2014.pdf>

sedimentada no senso comum e catapultada com a popularização dos saberes *psi* na sociedade, de que os relatos pessoais expõem uma espécie de verdade que seria inacessível de outras formas. Não há juízo de valor sobre a veracidade, autenticidade, veridicidade ou a factibilidade do que é narrado. Por outro lado, a preocupação com a veracidade e com a autenticidade do autor-narrador compõe um ponto importante para análise. Em outras palavras: por que uma narrativa em primeira pessoa, “baseada em uma história real”, ou um testemunho ouvido da boca de quem viveu a experiência geram tanta curiosidade e interesse? A resposta, como já adiantamos aqui, está justamente no potencial *terapêutico* dessas narrativas.

1. Quem sou *eu* agora? Tempo, identidade e dialogismo

1.1. Vida reconfigurada

Quem é o *eu* que escreve sobre si mesmo? Qual é o sujeito que designa a si próprio? Como a(s) identidade(s) desse autor-narrador-personagem relaciona(m)-se com as temporalidades vividas por cada um desses agentes – somadas, claro, à temporalidade da leitura? A partir dessas perguntas centrais, farei algumas análises neste capítulo que, a meu ver, devem preceder quaisquer outras reflexões a respeito das narrativas de si.

Como adiantei na Introdução, as narrativas analisadas nesta dissertação acabam justamente por construir o *eu* que narra, que é narrado e que escreve. No entanto, entender a relação desses *selves* com o tempo e as temporalidades em jogo é essencial justamente para entender esse *eu* – ou, como sugere já o título deste trabalho, *esses eus*. Se as narrativas autobiográficas diferem-se das narrativas ficcionais por uma ancoragem em uma vida “real”, cabe estudarmos o tempo, pois é no tempo que a vida se configura como narração e a narração configura a vida. Como veremos, o tempo será essencial para discutirmos as identidades da tríade autor-narrador-personagem, sempre confusa no espaço autobiográfico, especialmente no contemporâneo. E, também como será problematizado mais à frente, tanto a temporalidade quanto a identidade serão levadas a um limite quando as narrativas de si as colocam em questão – como é o caso das narrativas de Rodrigo de Souza Leão e Maura Lopes Cançado.

1.1.1 Tempos plurais

Podemos identificar quatro principais temporalidades nas narrativas de si aqui analisadas, relativas a cada elemento da tríade que já mencionamos (autor-narrador-personagem), somada ao leitor. A primeira “camada temporal” seria o tempo vivido pelo personagem da narrativa, quer seja essa uma narrativa linear ou não. Na narrativa, contam-se as ações deste personagem sobre o tempo (ou as ações do tempo sobre o personagem). Tempo este que é distante (mesmo quando é datado) e abstrato, palco de elucubrações imaginativas ou mnêmicas realizadas pelo narrador-autor. Uma segunda camada seria aquela do tempo da narração, do narrador, este ainda mais abstrato porque é variável e dependente da leitura. O tempo da narração é o tempo da enunciação, mais

precisamente da formação da enunciação narrativa: o narrador conta o que viveu como personagem. O terceiro tempo seria o tempo da escrita – o tempo do autor. Um tempo apenas apreendido, intuído e de forma alguma experimentado pelo leitor. Diferentemente do narrador, cuja existência é intrínseca à narrativa e nela começa e termina, o autor sobrevive à história que conta, vive para além daquela narrativa. A figura do autor, afinal, é construída não apenas por aquele texto ou enunciado, mas por uma série de textos e enunciados, em diversas obras, livros, entrevistas, artigos etc. O leitor, por sua vez, tem seu tempo próprio, a quarta camada temporal que identifico aqui: o tempo da leitura. É a imersão do leitor nos outros três tempos e sua experiência de um tempo novo, irreproduzível até por ele mesmo: basta verificar que não temos a mesma experiência quando lemos o mesmo livro mais de uma vez, ou ouvimos/lemos uma entrevista novamente.

Essa identificação empírica das temporalidades presentes nas narrativas autobiográficas tem um paralelo óbvio com duas estruturas de compreensão do ato narrativo: aquela própria do formalismo russo (PROPP, 1968; SHKLOVSKY, 1965) e a tripla mimese que Ricoeur (1985) desenvolve nos três tomos de *Tempo e narrativa* (figura 1). A fábula, ou a mimese I, pode ser equivalida ao tempo vivido: são as ações, fatos, objetivos ou subjetivos, experimentados (no caso da autobiografia) por uma pessoa no tempo de sua vida. Nas palavras de Ricoeur, a mimese I é o mundo *prefigurado*, em seu estado bruto, digamos. Para o formalismo russo, a fábula são os acontecimentos e fatos antes de sua ordenação em narrativa. A mimese II (ou o *sjužet*, segundo o formalismo russo) é a *configuração* da mimese I em narrativa por meio do narrador – e do autor. Divido a mimese II em dois dos níveis temporais apresentados logo acima: o tempo narrado e o tempo escrito. Pois, se há um narrador e um autor – e, como veremos, estes são sujeitos diferentes –, há temporalidades específicas para cada um. A mimese III é o tempo do leitor, a recepção da narrativa e o momento em que ocorre, segundo Ricoeur, a *apropriação* por parte do leitor daquilo que ele lê e ao qual acrescenta algo, num tempo *refigurado*.

Vale enfatizar que essa estrutura da tripla mimese, junto à estrutura narrativa clássica trazida do formalismo russo e acrescentada da estrutura que acabo de esboçar, não se esgota e serve, aqui, para delimitarmos o território por onde caminhamos. Claro, como afirma Ricoeur e outros tantos teóricos, a mimese II é a mediação entre a mimese I e III, e a mimese I (a fábula) *só existe* por meio da mimese II (discurso, narrativa). Um exemplo simples e bastante utilizado é a ideia de que podemos contar uma história de

diversas formas, não apenas de um único jeito – o que validaria a existência da fábula que pode ser organizada em vários sjužets. Da mesma forma, segundo Brooks (1992), a narrativa só é narrativa de fato quando ela é lida e, nesse sentido, a mimese III seria crucial para a sedimentação de suas predecessoras. Há uma relação de codependência, portanto, que faz invalidar o modelo formalista russo como forma finita de compreensão da narrativa, mas que nos serve aqui como instrumento comparativo para começarmos a explorar as muitas questões temporais que surgem quando falamos de *narrativas de si*.

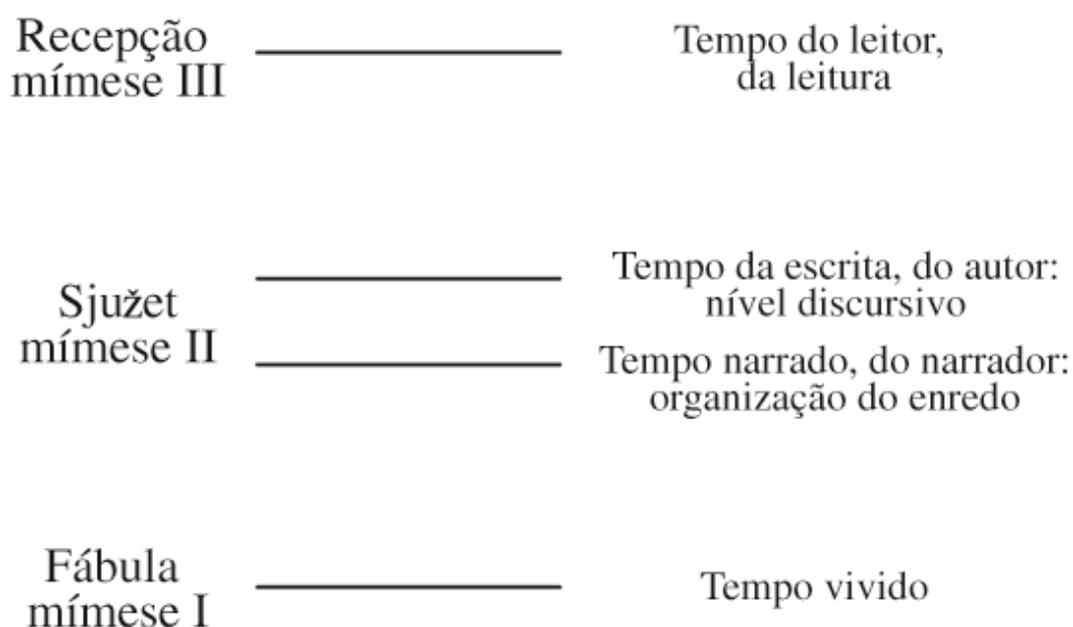


Figura 1.

Ricoeur sugere que a narrativa é responsável pela configuração de um “terceiro tempo” humano, que vai além das perspectivas cosmológica e fenomenológica sobre o tempo. Esse terceiro tempo se daria pelo entrecruzamento da história com a narrativa de ficção, e nele vive uma identidade específica: a *identidade narrativa*. Frente à pluralidade de identidades que se entremeiam nas narrativas autobiográficas (a já tão falada tríade autor-narrador-personagem, somada ao leitor), a identidade narrativa parece-me uma tentativa de resposta a esse cenário confuso: em última instância, é uma síntese de todas elas.

Melhor irmos por partes.

1.2. Identidade narrativa e a dialética do *ipse* e do *idem*

Após esse esboço de análise das diversas perspectivas sobre a multiplicidade de tempos envolvidos na narrativa de si, resta a pergunta: se, na narrativa autobiográfica, há uma ancoragem em um “real”, em uma vida vivida, como garantir a identidade do agente das ações narradas? Em outras palavras, em que medida podemos entender autor-narrador-personagem como identificáveis entre si, embora não idênticos? Se uma pessoa muda ao longo de uma vida, como podemos reconhecer uma unidade na multiplicidade de identidades presentes em sua narrativa? Afinal, é essa suposta unidade (por falta de palavra melhor, por enquanto) que diferencia a narrativa de si das narrativas de ficção, por exemplo. Como foi acenado na Introdução, Lejeune responde a essa questão afirmando que, na autobiografia, há um “pacto autobiográfico” entre autor e leitor que garante, por meio do nome próprio, que quem escreve é o mesmo sobre quem se escreve. Pelo pacto autobiográfico, a pergunta do *quem* teria uma resposta simples: o nome próprio que assina a autoria da narrativa – o meu nome como autora desta dissertação, por exemplo, seria a garantia de que este *eu* é de fato eu. Como também acenamos na Introdução, a tese de Lejeune já se mostrou limitada e superada por diversos teóricos, como Strabinski, Godin, Benveniste, Arfuch e, de certa forma, pelo próprio Ricoeur.

Autores como Alberti (1991) falam sobre a relação de semelhança formada entre as identidades em jogo na narrativa autobiográfica que reforçaria a ideia de um *eu* único, e não múltiplo. Parece, no entanto, que a busca por uma forma de identificação entre essas três instâncias não é o caminho mais frutífero para análise. Arrisco dizer até que essa é a questão menos importante. Por outro lado, a ênfase justamente na impossibilidade de identificação entre autor-narrador-personagem nos leva a buscar uma outra forma de permanência no tempo característica da narrativa autobiográfica: a *identidade narrativa* de Ricoeur. O conceito de identidade narrativa é apenas brevemente analisado nas conclusões de *Tempo e narrativa*, mas é um dos pontos centrais em uma obra posterior do autor, *O si-mesmo como um outro* (1990). O próprio Ricoeur questiona indiretamente o pacto autobiográfico de Lejeune (embora não o refute de fato) quando diz:

Mas qual é o suporte da permanência [da identidade] do nome próprio? O que justifica que se considere que o sujeito da ação, assim designado por seu nome, é o mesmo ao longo de toda uma vida que se estende do nascimento até a morte? A resposta tem de ser narrativa. Responder à pergunta “quem?”, como diz claramente Hannah Arendt, é contar a história de uma vida. A história contada diz o *quem* da ação. *Portanto*,

a identidade do quem não é mais que uma identidade narrativa
(RICOEUR, 2010, p. 418)¹⁶.

Com a identidade narrativa, Ricoeur remete a questão da identidade para a própria pergunta. Qual a relação entre autor-narrador-personagem? Ora, a própria narrativa. É ela que, ao mesmo tempo em que coloca a questão, oferece a resposta. E o faz por meio da dialética entre dois conceitos: o *idem* e o *ipse*. “Idem” é a palavra em latim para “o mesmo” – que usamos inclusive neste trabalho para referências bibliográficas ao longo do texto. A característica conferida pelo *idem* é a *mesmidade*: ela reforça a unicidade da identidade, a reidentificação do mesmo, a invariabilidade e a imutabilidade – o próprio mesmo, enfim. Em outras palavras, o *idem* é uma característica fixa que permite o reconhecimento de X como X: pode ser uma tatuagem ou um jeito de caminhar. O *ipse*, por sua vez, é parte da identidade mutável com o tempo, reflexiva, o “si-mesmo” (significado de “ipse” em latim) – um “si-mesmo refigurado pela ação reflexiva das configurações narrativas” (ibid., p. 419). O *ipse*, portanto, carrega consigo uma metaidentidade, pois é reflexivo. Ele está, por exemplo, em uma descrição que faço da minha própria infância: o tempo passou, mas ainda sou *eu*. Diferentemente do *idem*, é impossível ilustrar a ideia de *ipse* com apenas um exemplo; para fazê-lo, seria necessária toda uma narrativa.

Assim, de modos diferentes, a ipseidade e a mesmidade são formas de permanência no tempo de nossa identidade pessoal. Porque o tempo é um fator de dessemelhança: ele me transforma em outro – daí a impossibilidade de considerarmos o *eu* personagem o mesmo sujeito que o *eu* autor. Pela mesmidade, a permanência no tempo acontece por meio da redução do sujeito a um “substrato” imutável, composto de características e qualidades sobre as quais o tempo não age – por exemplo, a tatuagem que acabo de mencionar. A mesmidade, portanto, responde à questão “o *que* sou eu?”. A permanência do tempo pela ipseidade, por sua vez, se dá não pela identificação desse substrato único e imutável, mas pela própria narrativa, que responde à questão “*quem* sou eu?”. Mesmidade e ipseidade, nesse sentido, seriam operadas em dois polos distintos: o caráter e a palavra dada.

¹⁶ Vale lembrar que Ricoeur não se opõe explicitamente ao pacto autobiográfico de Lejeune. Ele cita seu conterrâneo francês como referência para a pergunta: “Quando me exprimo nos termos de uma narrativa de vida, sou ao mesmo tempo os três, como na narrativa autobiográfica?” (RICOEUR, 1990, p. 189).

O caráter, para Ricoeur, é um “conjunto de marcas distintivas que permitem identificar um indivíduo humano como o mesmo” (1990, p. 144). Não são marcas ou características inatas, como definem certas compreensões sobre o termo, mas disposições *adquiridas* no tempo. A compreensão do caráter como disposições inatas, para o autor, é justamente o que permite, nesse caso, a sobreposição da mesmidade sobre a ipseidade: ao internalizarmos em nós certos traços como inatos, largamos de mão a dimensão histórica desses traços – esquecemos que eles não estiveram sempre conosco, mas os adquirimos em algum ponto de nossas vidas. Os hábitos que adquirimos são interiorizados como intrínsecos à nossa personalidade, da mesma forma que as qualidades com as quais nos identificamos (valores, normas etc.) são dispostas como balizadores de nossas vidas e, assim, integram-se ao caráter como disposições fixas. Para combater esse recobrimento do ipse (si-mesmo) pelo idem (mesmo), Ricoeur sugere a historicização da vida: a narrativa.

Se o caráter provoca a sobreposição do ipse (mutabilidade) pelo idem (imutabilidade), a palavra dada – no sentido corriqueiro de “eu dou minha palavra sobre tal assunto” – gera o movimento oposto: a total dissociação entre os dois conceitos formadores da identidade narrativa. A palavra dada é uma *promessa* de que eu sou aquele sobre quem escrevo (ou, ao menos, fui um dia) – e, por isso, independe de quaisquer mudanças pelas quais este personagem tenha passado, por mais drásticas que tenham sido. À mesmidade reforçada pelo caráter opõe-se, na palavra dada, a “manutenção de si mesmo” na promessa de que o *eu* que escrevo sou o *eu* narrado, apesar do tempo, apesar das mudanças: é a ipseidade, aí, a única responsável pela permanência da identidade pessoal no tempo. Enquanto mediadora da dialética entre idem e ipse, a identidade narrativa seria então uma linha mediana que oscila (como a linha de um eletrocardiograma) entre o recobrimento da mesmidade sobre a ipseidade – o caráter – e a sobrevida solitária da ipseidade, descolada da mesmidade – a palavra dada.

Para deixar ainda mais claro o jogo dialético entre idem e ipse, vejamos como exemplo a narrativa de Paula Fernandes, que analisamos nesta dissertação. Quando Paula diz, em entrevista a Marília Gabriela, “desde menina, sempre fui uma pessoa muito responsável”, ela está afirmando sua *mesmidade (idem)*: a responsabilidade é um traço de caráter que permanece *o mesmo* com o passar do tempo. Paula era responsável na infância e assim continua na vida adulta. Quando a cantora afirma, no programa *Mais Você*, “sou o resultado da depressão que tive aos 18 anos”, sua frase é narrativa, e ela realça sua

ipseidade (*ipse*): a depressão a transformou, e é a própria ocorrência da depressão que a torna ela mesma – Paula Fernandes.

1.2.2 O outro como parte constitutiva de mim

Na direção de uma “hermenêutica do si”, Ricoeur (1990) sugere, então, uma “filosofia da ipseidade” como contraponto para a soberania da mesmidade, que levaria à redução da identidade pessoal a um *quê*, a um substrato imutável – como seria, para muitos teóricos, o caso da subjetividade humana reduzida ao cérebro, que veremos no próximo capítulo. Pois, enquanto na mesmidade o outro é apenas outrem, o alheio, o “que não sou eu”, a ipseidade traz a alteridade para dentro de sua constituição. O outro é parte do si porque o si muda, transforma-se, varia no tempo. Nas palavras de Ricoeur: “É preciso que a irrupção do outro, fraturando a conclusão do mesmo, encontre a cumplicidade desse movimento de desaparecimento pelo que o si se torna disponível ao diverso de si” (ibid., p. 198).

Esse *outro* já estava posto em questão quando consideramos não haver unicidade rígida entre as identidades do autor-narrador-personagem na narrativa autobiográfica, mas cabe ampliarmos sua extensão aqui. É no ponto da alteridade que Ricoeur, como nota Arfuch, cruza o caminho de Bakhtin, especialmente nos conceitos de dialogismo e polifonia, para culminar no “valor biográfico”. Qualquer enunciado, para Bakhtin (e, hoje, para toda as ciências humanas) pressupõe um outro – no caso do texto, um leitor –, para quem o enunciado é implícita ou explicitamente dirigido. A voz narrativa, assim, não é única porque espera uma *resposta* desse outro. Ela mesma, como enunciado, já é uma *resposta* aos enunciados que a precederam, plena de “*tonalidades dialógicas*” (BAKHTIN, 2003, p. 298).

No caso específico da biografia ou da autobiografia (o filósofo não faz distinção formal entre os dois gêneros), a resposta e esse outro tem sempre um caráter axiológico – e, portanto, moral. O autor de fato de biografia, para Bakhtin, é o outro que “está conosco quando nos olhamos no espelho” (ibid., p. 140). O espelho, aliás, é metáfora utilizada por Rodrigo, em *Todos os cachorros*, para mostrar a passagem do tempo – ele mesmo agente de construção do *outro* em nós mesmos: “Detesto espelho. Espelho só serve pra mostrar como a gente piora com o tempo. A primeira coisa que quebrei lá em casa foi o espelho. Nem me importei com os sete anos de azar” (SOUZA LEÃO, 2006, p. 28). Como estamos inscritos sempre em uma coletividade – seja ela a família, a nação

ou outro tipo de comunidade imaginada –, são os membros dessa coletividade, próximos a mim, que configuram esse outro. E é por eles que a narração da minha vida se torna possível: não me lembro da minha primeira infância, mas me foi contado por meus familiares que tive, durante alguns anos, uma amiga imaginária chamada Carolina. Saber esse fato da minha vida – compreendê-lo como tal – torna possível configurá-la como narrativa, pois foi acrescentado a mim um elemento que antes não existia. Entendo-me diferente porque confio no que me foi falado e, portanto, *sei* que tive uma amiga imaginária, embora não tenha dela nenhuma lembrança. “Qualquer memória do passado é um pouco estetizada”, diz Bakhtin, “a memória do futuro é sempre moral”. Nesse sentido, todos os enunciados sobre mim formulados pelos que me são próximos

são necessários para a reconstituição de um quadro minimamente inteligível e coerente de minha vida e de seu mundo, e eu, narrador de minha vida pela boca das suas outras personagens, tomo conhecimento de todos aqueles momentos. Sem essas narrações dos outros, minha vida não seria só desprovida de plenitude de conteúdo e de clareza como ainda ficaria interiormente dispersa, sem *unidade biográfica* axiológica (BAKHTIN, 2003, p. 142).

Se a alteridade participa da narrativa autobiográfica de formas tão diversas e onipresentes, fica impossível afirmar – novamente – uma identidade plena entre autor-narrador-personagem, mesmo que, empiricamente eles compartilhem em alguma proporção da mesma identidade pessoal. A partir dessa impossibilidade de mesmidade completa, como as narrativas autobiográficas mantêm-se firmes (embora muitas vezes transmutadas, questionadas etc.) até hoje? Para Arfuch, o “valor biográfico” de Bakhtin é a resposta. Porque, para o pensador russo, não é qualquer discurso sobre si que configura um enunciado autobiográfico por excelência, mas “a forma transgrediente imediata em que posso objetivar artisticamente a mim mesmo e a minha vida” (ibid., p. 139). O valor biográfico traz consigo um aspecto estético que levaria para segundo plano uma suposta veracidade ou autenticidade dos fatos ali narrados e que, tornando a narrativa de si algo além da informação com fim utilitário, “impõe uma ordem à própria vida – a do narrado, a do leitor –, à vivência por si só fragmentária e caótica da identidade, o que constitui uma das maiores apostas do gênero e, conseqüentemente, do espaço biográfico” (ARFUCH, 2010, p.56).

1.3 Narrativas de doenças mentais e a crise do *si*

O que acontece quando as identidades do autor-narrador-personagem são colocadas em crise? Como entender a ipseidade e a mesmidade (as formas de permanência no tempo da identidade pessoal) em situações nas quais o próprio narrador não se reconhece temporalmente no personagem, quando a identidade é eclipsada e retomada, repetidamente, ao longo da narrativa? E os casos em que as temporalidades dessa tríade se misturam? Ricoeur (1991, p. 176) afirma que a literatura – especialmente a ficção literária – é um “vasto laboratório para experiências de pensamento onde são postos à prova da narrativa os recursos de variação da identidade narrativa”.

De um lado, os contos de fada, folclores e mitos apresentam personagens que podem ser identificados como os mesmos apesar da diversidade de histórias sobre eles contadas aos longo dos séculos: a mesmidade, aí, é o polo mais forte¹⁷. De outro lado, segundo o filósofo francês, estariam os casos das ficções sobre as perdas de identidade, nas quais a própria forma narrativa se desintegra – como acontece em *O homem sem qualidades* (1930), do escritor modernista austríaco Robert Musil, sobre o qual Ricoeur e tantos outros pensadores se debruçaram.

O que quero apontar aqui, entretanto, é que não apenas na ficção literária ou nas elucubrações das ficções científicas a tensão da permanência identitária no tempo entre ipseidade e mesmidade é levada ao limite. Nas narrativas de doenças mentais, como as analisadas aqui, a identidade também entra em crise porque a própria condição chamada doença leva a uma crise de identidade. Essas situações, claro, se desenrolam especialmente nas narrativas literárias que escolhi como *corpus* desta dissertação: *Hospício é Deus* e *Todos os cachorros são azuis*, cujos autores, diagnosticados com esquizofrenia, levaram para suas narrativas suas próprias compreensões limítrofes de si mesmos. Afinal, se o *si* é construído por meio da e durante a narrativa (autobiográfica), que *si* é esse quando o narrador-personagem estão “fora de *si*”? As doenças mentais, como no caso das narrativas de doenças em geral, causam uma “ruptura biográfica na qual a relação entre corpo, mente e vida cotidiana é ameaçada” (BURY, 2001, p. 264). Nesse caso, não é a ficção literária canônica que se oferece como “laboratório” de variações imaginativas, mas a narrativa de si, autobiográfica, dotada portanto de *valor biográfico*,

¹⁷ É por isso que, no modelo aristotélico de narrativa, a intriga sobrepõe-se ao personagem em termos de importância e coloca-o a seu serviço (RICOEUR, 1985).

que desponta como espaço para esse tipo de experiência, tanto para o autor quanto para o leitor.

1.3.1 Maura Lopes Cançado e a ausência de um *outro*

Hospício é Deus configura um tipo específico de narrativa autobiográfica: o diário – mais especificamente, o “diário I”, embora o segundo diário nunca tenha sido publicado. E, como diário, já nasceu fragmentado. Sua ordem cronológica é explicitada pelas entradas datadas de cada trecho, que vão de 25 de outubro de 1959 até 7 de março de 1960. Antes de adentrarmos em uma análise da construção do *eu* no diário de Maura, entretanto, cabe contar um pouco sua história – formando, aqui, uma narrativa paralela de sua vida, sobrepondo narrativas dela própria e outras sobre ela (médicas, acadêmicas, jurídicas).

Maura Lopes Cançado nasce em janeiro de 1929, numa fazenda de São Gonçalo do Abaeté, interior de Minas Gerais. A nona de 13 filhos, Maura casa-se aos 14 anos com um jovem de 18 que conhece num aeroclube. Após um controverso pouso de emergência com o avião que ganhara do pai¹⁸, a futura escritora separa-se do marido e muda-se para Belo Horizonte, levando consigo seu filho Cesarion. Lá, interna-se pela primeira vez numa instituição psiquiátrica, em 1949. Então vai para o Rio de Janeiro, onde volta a se internar de forma intermitente em clínicas psiquiátricas e começa a colaborar com o Suplemento Dominical do *Jornal do Brasil*, no qual publica contos apreciados pela crítica da época – e também por seu chefe no jornal, Reynaldo Azevedo. O mais famoso e elogiado é *O sofredor do ver*, carro-chefe de uma coletânea homônima editada em 1968 – a segunda e última obra publicada por Maura. Em 1972, internada na Casa de Saúde Dr. Eiras por seu filho Cesarion, Maura, em crise, mata uma paciente por estrangulamento¹⁹. A sentença do crime, promulgada quase dois anos depois, confirma Maura como autora do homicídio e como indivíduo “perigoso”, mas considera-a inimputável, “como se trata de personalidade psicopática epileptoide, incapaz, por sua debilidade mental, de entender o caráter criminoso do fato que praticou” (processo penal,

¹⁸ Em artigo para o *Jornal do Brasil*, José Loureiro, colega de Maura, conta que esta teria lhe dito que “sentia vontade de ver um avião cair, e seria muito mais emocionante se estivesse dentro”.

¹⁹ Segundo o médico de plantão, Maura teria lhe contado que “queria mudar de casa de saúde e que havia chegado à conclusão que matando alguém seria a melhor maneira de conseguir isto uma vez que assim teria certeza de que seria transferida para um manicômio judiciário” (Processo penal, fl. 25 *apud* SCARAMELLA, 2010).

fl.172, *apud* SCARAMELLA, 2010, p. 40). Ao ser caracterizada como perigosa, Maura deixa de ser exclusivamente doente – mas também não é propriamente criminosa. Ela cai então num limbo médico-judicial que move todo um aparato institucional cuja função não é exatamente tratar ou punir, mas uma variante entre esses dois polos (FOUCAULT, 2001).

A partir daí, Maura é transferida de um presídio a outro por ausência de um local apropriado para sua internação²⁰. É quando se inicia uma *narrativa jurídica* de Maura, paralela à médica e à autobiográfica, que conta seus passos pelas instituições psiquiátricas, médicas e prisionais brasileiras. Narrativa esta que não deixa de ser também *ubuesca*²¹ – no sentido grotesco –, pois denota o completo absurdo das instituições médico-legais no tratamento-punição daqueles que malgradadamente adentram sua rede. Ubuesco é mesmo o discurso dos laudos psiquiátricos e legais sobre Maura ao longo desses anos. Como observa Scaramella em sua tese de doutorado sobre a escritora, os juízes e a promotoria insistiam repetidamente para que Maura fosse internada num manicômio judiciário, mesmo conhecendo a óbvia impossibilidade dessa internação por simplesmente *não existir* uma ala feminina nos poucos manicômios judiciários fluminenses. Maura torna-se aí personagem de uma narrativa jurídica ubuesca e dantesca – ubuesca porque absurda e dantesca porque assustadora.

No presídio São Judas Tadeu, em 1975, essa narrativa jurídica cruza a autobiográfica uma última vez, numa carta escrita por Maura a um juiz, na qual a escritora faz alguns pedidos de ordem prática para sua vida na prisão – como a possibilidade de sair uma vez por semana para fazer um curso de cultura grega. Em 1978, a vida de Maura dá uma reviravolta: o jornal *O Globo* publica uma reportagem assinada por Margarida Autran e intitulada “Ninguém visita a interna do cubículo 2” (ver Anexo 1). Na matéria, são descritas em forma de denúncia as péssimas condições do presídio e o deplorável estado físico de Maura – que estava praticamente cega. Diz Autran: “ela é um ser humano em desespero. Física e psicologicamente doente, desnutrida, olhos e dentes exigindo cuidados imediatos, sem nenhum tratamento psiquiátrico”²². Em dezembro desse mesmo

²⁰ Na sentença, o juiz impunha a internação de Maura num manicômio judiciário. No entanto, à época, não havia alas femininas nos manicômios judiciários do estado da Guanabara (SCARAMELLA, 2010).

²¹ “Ubuesco”, aqui, tem o sentido de absurdo, grotesco. O adjetivo é derivado da peça *Ubu Roi* (“Ubu Rei”), escrita por Alfred Jarry no final do século XIX. Foucault utiliza Ubu para descrever a psiquiatria judiciária no século XX em *Os anormais*: “Ubu é o exercício do poder através da desqualificação explícita de quem o exerce, se o grotesco político é a anulação do detentor do poder pelo próprio ritual que manifesta esse poder e esse detentor, vocês hão de convir que o perito psiquiatra na verdade não pode deixar de ser a própria personagem Ubu” (FOUCAULT, 2001, p 45).

²² Matéria publicada em 20 de junho de 1977 no jornal *O Globo*.

ano, colegas e amigos de Maura reúnem-se e, por meio do Sindicato dos Escritores do Município do Rio de Janeiro, pedem que a detida seja transferida para a Clínica Corcovado, em Jacarepaguá, às suas despesas. Aceito oficialmente o pedido, Maura fica na clínica até 1980, quando sua medida de segurança judicial chega ao fim e ela passa a morar num apartamento em Laranjeiras. Maura morre em dezembro de 1993 em decorrência de uma “doença pulmonar” (SCARAMELLA, 2010).

Hospício é Deus abrange o período durante o qual Maura se internou voluntariamente no Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, entre 1959 e 1961. Lá, foi diagnosticada como epilética, personalidade psicopática e esquizofrênica. Se até suas doenças não permitiam coesão, não é surpresa que seu texto reflita uma noção igualmente fragmentada de si: as temporalidades (infância, presente, futuro) são misturadas e, muitas vezes, a autora Maura não consegue reconhecer ou perceber a personagem Maura como *a mesma* (idem) ou como *si-mesma* (ipse). A identidade narrativa, assim, é paulatinamente destruída e reconstruída à medida que os polos da ipseidade e da mesmidade aproximam-se, afastam-se ou são diluídos. Uma temporalidade despedaçada, interrompida, que se torna, assim, palco de uma identidade igualmente dilacerada.

Pareço ter *rompido completamente com o passado*, tudo começa do instante em que vesti este uniforme amorfo, ou, depois disto nada existindo – a não ser uma pausa branca e muda. Estou aqui e sou. É a única afirmativa, calada e neutra como os corredores longos. *Ou não sou e estou aqui?* – Cada momento existe independente, tal *colcha formada de retalhos diferentes*: os quadradinhos sofrem alteração, se observados isolados. Entanto *formam um todo*. (...)

Os dias deslizam difíceis – custa. Me entrego. E me esqueço. Ou não me esqueço? Às vezes as coisas ameaçam chegar até mim, transpondo as portas (mas não. Por quê? Hein? Quando? *NADA*). Sinto medo. Parece reinar uma ameaça constante no ar. Ou sou eu quem se alerta para o primeiro gesto? Ando pelo quarto. *Completo um instante. Depois outro quadradinho*: penso fino e reto, sem ameaças, livre de pesar pelo que está guardado ou morto. (LOPES CANÇADO, 1965, p. 34-35, grifos meus).

Esses momentos de descontinuidade na identidade narrativa de Maura, no entanto, “formam um todo”, como diz a própria autora. E mesmo todo o diário é precedido por 11 páginas de uma espécie de prefácio – que não tem esse ou qualquer outro título, tampouco uma data –, no qual Maura descreve sua infância, sua relação com a família, com a fazenda onde morava e, ao final, reflete sobre a loucura e sobre o hospício. Um prelúdio

que constrói uma base bastante linear e cronológica para a narrativa fragmentada, descontínua e cheia de contradições que se segue.

Para Ricoeur, os casos de perda de identidade na literatura – como em *O homem sem qualidades* – são explicados pela privação da ipseidade quando esta perde o suporte da mesmidade (RICOEUR, 1991). No caso das narrativas de doenças mentais como as de Maura, entretanto, parece-me que a situação é outra: a crise do *si* é causada não pela perda do suporte da mesmidade sob a ipseidade, mas pela perda do *outro*. É o outro, para quem a narrativa autobiográfica se dirige e onde ela se erige, que se dilui. E, assim diluído, inexistente como outro relacional, Maura não consegue identificar a si mesma. Como afirma Arfuch, nos identificamos sempre *em relação* a alguém: “*eu sou tal* aqui em relação a certos *outros* diferentes e exteriores a mim” (ARFUCH, 2010, p. 129). Quando o outro deixa de ser um ponto relacional frente ao qual construímo-nos como nós mesmos, perdemos quaisquer referências e, assim, também nossa identidade. É o que Maura descreve quando fala de sua vida “cinza”, usando metáforas como “sem cores”, “falta de som” – em comparação com um tempo anterior, mais agitado (e por isso sofrido):

Ausência total de dor e alegria. Um existir difícil, vagaroso, o coração escuro como um segredo. Sobretudo a *certeza de que estou só*. Sinto, e esta sensação não é nova, como se uma *parede de vidro me separasse das pessoas*, conservando-me à margem e exposta. (...) Se eu transpusesse os limites desse denso existir, meu coração se abriria surpreso, um ponto mais profundo do meu ser se constrangeria de dor aguda e clara. – Como veem o mundo as pessoas do outro lado? Não esse existir sem momentos: luz fria avançando lenta, uniforme, enquanto o *corpo é um carro blindado* (...).

O *desfalecimento das cores* é uma evidência, constato mergulhada na *neutralidade do cinza que me despersionaliza*. Nem ao menos me acho “agitada”, como já estive em algumas vezes. Porque então minha angústia desperta impulsionava-me a falar, agredindo – meu corpo de encontro às coisas se deixava ferir com alívio, o sangue escorrendo quente, doce e amável das minhas mãos, ao quebrar com elas os vidros de uma janela. (...) Como me achava lúcida: meu cérebro vertiginoso deixava-me solta no ar. (...) Foram períodos faiscantes, luminosos, sobretudo a dor estava presente. Eu sofria acima das minhas forças, gastando-me com energia. Agora *caí na ausência* – nenhum sentimento me atinge direto. – *É? Pergunto do fundo da minha existência, vaga e sem contornos – Quê? E eu, meu deus, onde estarei na verdade, enquanto as coisas ensurdecem de tamanha falta de som?* Porque então, se me viessem dizer, que me esperavam para um banho de mar, eu, da minha surpresa, responderia distante e vaga: que o mar fora uma invenção tardia, da imaginação de uma criança já morta (LOPES CANÇADO, 1975, p. 79-80, grifos meus).

O mundo de Maura sem o *outro* é cinza: ele lhe tira a humanidade (despersonaliza) e impede seu corpo de ser afetado por outrem (está blindado). O ponto de comparação, aí, é um período anterior de angústia, sofrimento – de vida, portanto. A perda do *outro* como parte constituidora de *si* leva Maura a empreender uma conversa consigo quando criança, na entrada do dia 4 de dezembro de 1959. Claro, o *eu* criança de Maura é também uma forma de existência do outro, mas um outro que ameaça destruir a identidade da autora por sua existência apenas no passado remoto, indefinido. Quando o *eu* menina de Maura impõe-se, ele deixa de fazer parte de seu ipse (mutável), mas causa uma tensão, justamente porque, ao impor-se, nega a mudança (passagem do tempo). Nega, portanto, a própria ipseidade. Diz a Maura adulta para a Maura criança:

– Maura, quanto à sobrevivência de uma de nós, nada posso dizer, a não ser que temo a morte. *Nem sei mesmo se estou viva em função de você, ou se você permanece, para que eu me destrua aos poucos, apodrecendo cada dia* – lábios pintados, lutando para tomar-lhe o lugar (ibid., p. 91)

As variadas temporalidades presentes na narrativa autobiográfica mesclam-se no diário de Maura; e uma interrupção da ipseidade no passado (a infância) impede também o desenvolvimento de sua identidade narrativa. O *self* isolado, que não se entende em relação a outro, separado das pessoas por uma “parede de vidro”, também é fragmentado porque é momentâneo, circunstancial, sobre o qual a passagem do tempo não age. O resultado é uma espécie de encenação do *eu*, que Maura insiste em explicitar ao dizer que é uma invenção de si mesma – ou que mente sobre si o tempo todo.

Como estou presa à infância. Nego realidade ao que me veio depois. Até as pessoas, não são – porque não as aceito. (ibid., p. 40)

Esta incapacidade de sofrer torna-me árida, vazia – invento a cada instante, invento-me a cada instante (ibid., p. 124).

Estou brincando há muito tempo de inventar, e sou a mais bela invenção que conheço. Antes me parecia haver um depois. Agora não me parece haver além de agora. Há muito tempo o tempo parou. – Onde? Sou o marco do esquecimento (ibid., p. 150).

Prefiro mentir, mentir-me, estou cansada: este vácuo. Nem triste nem alegre; sem esperanças, porque não há o que esperar (amanhã deverei escrever inteiramente diferente, e se me leio não posso reconhecer-me de uma página para outra) (ibid., p. 124).

Mas é claro que a identidade narrativa de Maura não é plenamente diluída. A ipseidade é interrompida pela perda *do outro* como relação e também pela perda de sentido do tempo. A mesmidade, entretanto, mantém-se presente por meio justamente

daquilo que faz Maura questionar sua própria identidade: a doença mental diagnosticada – seja ela esquizofrenia, personalidade psicótica ou qualquer outra. É nela que Maura se apega, em diversos pontos de seu diário, e é nela que o leitor pode se apegar para defini-la. Afinal, se já adiantamos que *Hospício é Deus* é uma “narrativa de doença”, cravamos desde o começo que Maura é *doente*. É como doente, portanto, que Maura inventa-se, é o ponto em que Maura é reconhecida como *mesma*. Como ela diz, “[ao internar-me num hospício], o que eu buscava sem cessar era uma coerência que desse sentido à minha vida”. Ao mesmo tempo em que a loucura provoca a dissolução de seu *ipse*, ela atua também como a estrutura que mantém seu *idem*. Veremos essa invenção de si por meio da doença mental com mais detalhes no terceiro capítulo.

Visitei-me no futuro: a memória não tem culpa.
Sou a desocupada no tempo, a não fixada.
Gota a gota esvaiu-se sangue róseo: estou branca, confundível.
Perdi meus pés na areia – e choro os sapatos roubados.
Não importa a estação – amoras machucadas ameaçam tingir-me os dedos.
Esta grinalda de cerejeiras não tem pátria: o Japão está ali, onde meu braço alcança.
Entrei num salão de festas, dancei ao lado de um rei. À meia-noite saí (brincava de Cinderela).
O pintor para quem posei desistiu das linhas, abandonou as tintas:
Meu retrato é uma tela branca
(*ibid.*, p. 143).

1.3.2 Rodrigo de Souza Leão e o sujeito apofático

Rodrigo de Souza Leão nasce em novembro de 1965, no Rio de Janeiro – curiosamente, ano de lançamento de *Hospício é Deus*. Os cruzamentos de Rodrigo com Maura dão-se na vida e na literatura: ambos diagnosticados como esquizofrênicos ainda na juventude, são internados diversas vezes em instituições psiquiátricas. Escrevem para revistas literárias (Maura, contos; Rodrigo, poemas) e publicam, em vida, narrativas autobiográficas. A semelhança entre os dois autores é lembrada até mesmo na orelha da primeira edição de *Todos os cachorros são azuis*. Rodrigo tem dois irmãos – um deles, Bruno, sofre de transtorno bipolar. Forma-se em jornalismo em 2008 e tem uma banda de rock na qual toca bateria e escreve as letras.

O diagnóstico de esquizofrenia chega aos 23 anos. Em 1989, Rodrigo é internado pela primeira vez, numa clínica particular. Em 2001, acontece a segunda internação. Nas entrevistas de Rodrigo, a primeira internação é lembrada como a mais “traumática”:

colocam-no num cubículo, preso numa camisa de força. A segunda é considerada por ele “mais light”. A narrativa de *Todos os cachorros* mistura as duas interações, como frisa o autor diversas vezes em suas entrevistas. Nelas, ele também reitera que inventou algumas partes do livro, como as alucinações de que o personagem sofre: os poetas franceses Rimbaud e Baudelaire, que são seus amigos. Sobre a mania de perseguição que perpassa toda a obra, no entanto, Rodrigo conta tê-la experimentado na carne: aos 15 anos, ele achava ter engolido um grilo e, durante a vida toda, convive com a sensação de que “eles” querem matá-lo.

Em 2009, a dramaturga Gloria Perez assumidamente inspira-se em Rodrigo para construir o personagem Tarso (Bruno Gagliasso) na novela *Caminho das Índias*. Em certo ponto da trama, Tarso atira no irmão durante um surto de esquizofrenia. Ao saber que o personagem esquizofrênico inspirado nele cometeu um ato de violência, Rodrigo fica preocupado e entra ele mesmo em um surto. “Ele me disse: ‘Mas esquizofrênico não mata. Meus amigos e vocês vão ficar com medo de mim, achando que sou um assassino?’ [...] Depois da cena da novela, ficou com medo de matar o irmão”, lembra a mãe do escritor em entrevista ao *Estado de S. Paulo*²³. Uma semana depois, Rodrigo sofre um ataque cardíaco e morre, amarrado à cama do hospital psiquiátrico aonde foi levado, após dias de gritos e uma tentativa de estrangular a enfermeira. “Se Rodrigo se suicidou, ou se provocou uma hipermedicação, ou até se foi morto, permanecerá um mistério”²⁴.

Publica dezenas de *e-books* de poesias e contos e dois livros impressos em vida: *Há flores na pele* (Trema, 2001) e *Todos os cachorros são azuis* (7Letras, 2008). Edita e colabora com sites de literatura e tem um blog, *lowcura*. Mais conhecida no meio literário virtual, a obra de Rodrigo ganhou projeção com *Todos os cachorros*, que foi um dos cinquenta finalistas do prêmio Portugal Telecom de 2009.

Diferentemente de Maura, entretanto, a morte de Rodrigo não foi um passo a mais para o esquecimento. Ao contrário, a partir de então a repercussão de sua obra na mídia ampliou-se: a editora Record publicou mais três livros que estavam engavetados (e até

²³ Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,vivo-numa-bomba-relogio-circular,401498,0.htm>. Acesso em 01 mai. 2012.

²⁴ Disponível em: <http://oglobo.globo.com/blogs/arnaldo/posts/2010/06/27/um-surto-de-arte-morte-ressureicao-de-rodrigo-souza-leao-303591.asp>. Acesso em: 31 jun. 2012.

inacabados)²⁵, o MAM exibiu uma mostra de pinturas até então desconhecidas do escritor²⁶, e uma peça de teatro baseada em *Todos os cachorros* foi encenada em 2011²⁷.

Todos os cachorros são azuis não é um diário, tampouco um romance autobiográfico *stricto sensu*. Os críticos da obra têm dificuldade em precisar um gênero, e Sérgio Medeiros afirma na orelha que Rodrigo “passa por muitas maneiras de narrar sem se fixar em nenhuma”. Talvez por essa imprecisão, alguns preferiram chamar *Todos os cachorros* de autoficção – gênero recente que, por si só, já questiona a suposta “autenticidade” da narrativa autobiográfica, “relato de si que coloca armadilhas, brinca com as pistas referenciais, dilui os limites” (ARFUCH, 2010, p. 137). De qualquer forma, a classificação de gênero mais adequada para *Todos os cachorros* não é importante para a análise que se segue – tampouco o é o grau de veracidade da narrativa. O que nos interessa, aqui, é entender a relação de identidades-temporalidades nos relatos autobiográficos de Rodrigo – especialmente em *Todos os cachorros* – e como se constrói a identidade narrativa na dialética entre ipseidade e mesmidade.

A narrativa de Rodrigo se assemelha a uma escrita poética e, especialmente, ao que se convencionou chamar de “fluxo de consciência”. Como acontece em *Hospício é Deus*, em *Todos os cachorros* as temporalidades de autor-narrador-personagem se misturam, não há cronologia e tampouco linearidade. Ora Rodrigo fala como se estivesse internado no hospital psiquiátrico e fosse amigo de Rimbaud e Baudelaire, ora narra como se ele, autor, estivesse em um momento futuro a tudo isso, ora o narrador é o Rodrigo criança. Como acontece no relato de Maura, a ipseidade é posta em questão: como falar de ipse quando se para no tempo, quando não há tempo ou quando o tempo é fragmentado?

Assim, o *eu* de Rodrigo também é fragmentado: “Quebrei, porque sou feito de cacos e quando os cacos me convidam, desordeno tudo” (SOUZA LEÃO, 2008, p. 28). Daí a confrontação de Rodrigo com o nada, que ele usa para negar-se:

Não aguento fazer papel de vítima. Meu papel é o higiênico. Sou criança e não conheço a verdade. A verdade, lá fora, está nos olhos do meu irmão Bruno que não sabe de nada e não se importa com coisa alguma: vive feliz com seu nada. Todo mundo tem um nada (ibid., p. 60).

Não sou nada, Rimbaud. Quer um cigarro?

²⁵ *Carbono pautado* (2012), *Me roubaram uns dias contados* (2012) e *O esquizoide* (2012).

²⁶ A exposição foi exibida em 2011, foi intitulada *Tudo vai ficar da cor que você quiser* e teve curadoria de Ramón Mello.

²⁷ Baseada em *Todos os cachorros são azuis*, a peça homônima foi encenada em 2011 no teatro Maria Clara Machado, no Planetário do Rio de Janeiro.

Nunca serei nada. Não posso querer ser nada (idem).

No entanto, como afirma Ricoeur (1993), mesmo o “não-sujeito” permanece uma figura de sujeito, embora no plano negativo. Diz o filósofo sobre a negação da identidade: “A frase ‘eu não sou nada’ deve conservar sua forma paradoxal: ‘nada’ já não significaria nada, se ‘nada’ não fosse, com efeito, atribuído a um ‘eu’” (ibid., p. 196). Quando Rodrigo diz que não é nada, ele obviamente *é*, mas o quê? Aí está o ponto nodal: a resposta “nada”, na verdade, leva-nos justamente à pergunta do *quem* (e não do *quê*), explicita-a e revela “a nudez da própria questão” (RICOEUR, 1993). Somos levados a confrontarmos nós mesmos – leitores que somos – com pergunta do “quem sou eu?” justamente quando a literatura nos oferece essa possibilidade. No caso de *Todos os cachorros*, possibilidade pautada em uma vida real – a de Rodrigo.

Essa ancoragem num “real” provoca uma reflexão para além da universalidade da identidade pessoal, como o faz Ricoeur sobre a ficção literária. A narrativa autobiográfica, quando nos revela um conflito como o de Rodrigo – ou de Maura – nos mostra formas de existência diferentes das nossas como possibilidades “concretas”. Escolho essa palavra não por acaso, mas para frisar a *materialidade* dessas vidas construídas nas narrativas de si, vidas que, por contingência ou ação deliberada, não são as nossas, *mas poderiam ser*. Vidas que podemos encontrar na próxima esquina, vidas que se afirmam como nada, mas que por isso são muito – e podem ser nada e tudo ao mesmo tempo. O próprio Rodrigo diz: “Eu sou o samba. Eu sou Jesus Cristo. Eu sou tudo e nada. Sou louco legal. Eparrei, Iansã! Ogum bolum ai iê” (SOUZA LEÃO, 2008, p. 36). Se, a literatura nos permite habitar mundos estranhos a nós, a narrativa literária autobiográfica nos permite habitar mundos estranhos a nós que poderiam ser nossos.

Numa filosofia da ipseidade como a nossa, devemos poder dizer: a posse [de pensamentos, ações, paixões, “experiências”] não é o que importa. O que sugerem os casos-limites gerados pela imaginação narrativa é uma dialética da posse e da espoliação, da preocupação e da despreocupação, da afirmação de si e do desaparecimento de si (RICOEUR, 1991, p. 198).

1.4 O “espetáculo da interioridade”: entrevistas de celebridades

Como enfatizamos na Introdução deste trabalho, as narrativas de si aqui analisadas não pertencem apenas ao espaço biográfico literário. As entrevistas – tanto de

celebridades quanto de escritores – que escolhi para compor o *corpus* merecem atenção especial justamente por suas diferenças em relação às obras literárias autobiográficas de Rodrigo e de Maura. Em ambos os casos, a direção da entrevista é contrária àquela da obra autobiográfica escrita: ela vai do público ao privado, transformando a entrevista num “espetáculo da interioridade” alheia – da celebridade, em especial – que, de outra forma, não seria conhecida com tal imaginada proximidade (ARFUCH, 2010).

Diferentemente de uma narrativa escrita, pensada e editada, a entrevista também traz consigo uma *corporeidade* mais acentuada, uma vez que (à exceção da entrevista por e-mail, com frequência puramente informativa) ela expressa também trejeitos, pausas, risadas, pensamentos irrefletidos etc. No caso da entrevista presencial, essa corporeidade é mais nítida, principalmente na televisão: ao vermos uma pessoa sendo entrevistada, podemos mais do que em outros casos supor uma *verdade* ali, para além da própria verbalização do enunciado. É quando, por exemplo, duvidamos de algo que o entrevistado diz justamente por considerarmos seu comportamento na resposta a determinada pergunta (hesitação, dúvida, contradição, nervosismo etc.) contraditório com o que é exposto verbalmente.

Se o outro participa ativamente da construção da identidade de si na narrativa autobiográfica escrita, como vimos há pouco, ele tem uma presença ainda mais sólida na entrevista: o entrevistador. Mas podemos entender, como faz Arfuch, que há ainda uma terceira pessoa suposta durante as perguntas e respostas: o telespectador/leitor/ouvinte, para quem, afinal, a entrevista é dirigida (ARFUCH, 2010). O entrevistador, aqui, ocupa uma posição plural, na qual representa vários *outros* além dele próprio: o veículo no qual trabalha e os leitores/telespectadores/ouvintes. Como narrativa autobiográfica midiática (nossa forma de compreensão aqui), a entrevista é composta por “momentos autobiográficos”, mesmo que o assunto em questão seja a obra da pessoa entrevistada. No caso das celebridades, os momentos autobiográficos compõem quase toda a entrevista, uma vez que, como celebridades, suas vidas são suas “obras” escrutinadas pela crítica (público geral).

Paula e Luciana são nascidas e criadas em cidades do interior e vieram para a capital em busca de seus sonhos no meio artístico-midiático. Ambas se dizem portadoras de transtornos psiquiátricos e costumam discorrer longamente sobre eles em entrevistas para revistas, sites e, principalmente, programas de TV. As duas têm profissões que as alçaram primeiramente à condição de pessoas famosas. No entanto, ao longo do tempo, o interesse do público por suas vidas pessoais é equivalente àquele por suas obras. Esse

espetáculo da interioridade – contribui para seu *status* midiático e para a manutenção da imagem da celebridade. Basta ver o espaço dedicado às carreiras de Paula e Luciana nas entrevistas televisivas comparado com o espaço para a vida pessoal, criando, nas palavras de Schickel (1985), uma “ilusão de intimidade”.

Um exemplo marcante: no programa *De frente com Gabi* (SBT), em 2011, cujo gancho foi a participação de Luciana Vendramini na novela *Amor e revolução* (SBT)²⁸, quase todos os assuntos giram em torno da vida pessoal da atriz. A própria entrevistadora, Marília Gabriela, insinuou em tom de brincadeira, no começo do terceiro bloco: “Lucianinha, um pouco da vida pessoal (...), como se não tivesse falado até agora na vida pessoal (risos)” (sic).²⁹ A exposição pública da intimidade na mídia, entretanto, não faz parte apenas da forma de construção da figura da celebridade. Ela denota um cenário mais amplo e central para a análise deste trabalho: o *éthos* terapêutico. Cunhado pelo sociólogo americano Philip Rieff na década de 1960, o termo “cultura terapêutica” tem sido usado para descrever a disseminação da compreensão do indivíduo como sujeito como psicológico e emocional, bem como uma sociedade onde o vocabulário *psi* não ocupa apenas consultório do analista, mas permeia todas as instâncias sociais – governo, mercado, relações pessoais, profissionais etc. – e é utilizado para explicar e solucionar problemas que, antes, já foram tratados sob as lentes da política, da economia e da religião (RIEFF, 1966; LASCH, 1977; ROSE, 1996; FUREDI, 2004; FREIRE FILHO et al, 2008, 2012; ILLOUZ, 2008). Nas palavras de Furedi, “a tendência de reinterpretar não apenas as experiências problemáticas, mas também as experiências normais por meio do *script* emocional pode ser observada pela fenomenal expansão dos rótulos psicológicos e termos terapêuticos” (2004, p. 2).

Como locais privilegiados de confusão entre os espaços público e privado, os *talk shows* costumam ser palco para a exposição de intimidades sob um código psicológico e emocional – e, por isso, essenciais para observação e análise da cultura terapêutica. Nos casos de Paula e Luciana, um *talk show* em particular merece uma observação mais atenta: aquele conduzido pela jornalista Marília Gabriela, *De frente com Gabi* (SBT). Jornalista desde 1969, Marília já passou pelas principais emissoras de TV do país, mas foi em 1987 que se lançou no gênero televisivo que a consagrou: o programa de entrevistas *Cara a Cara* (Band), que comandou até 1994. A partir daí, apresentou o *Marília Gabriela*

²⁸ Vale notar que o gancho foi, mais especificamente, o fato de Luciana ter protagonizado o primeiro beijo gay entre mulheres da TV aberta brasileira.

²⁹ Disponível em: <http://youtu.be/wqqRcIgmVCA>. Acesso em: 20 ago. 2013.

entrevista, no GNT; o *Roda Viva*, na TV Cultura (de 2010 a 2011); *Gabi*, na RedeTV! (2000 a 2002); *De frente com Gabi* (SBT); e o *talk show* sobre sexo *Gabi quase proibida*, também no SBT (2013 a 2014).³⁰ Atualmente, a jornalista conduz simultaneamente o *Marília Gabriela entrevista* e o *De frente com Gabi*, programas com propostas claramente diferentes. A atração veiculada no GNT entrevista personalidades mais ligadas ao universo da classe média ou média alta, como empresários milionários, estilistas de grifes, artistas plásticos, atores de novelas de horário nobre, diretores de cinema etc. Já em *De frente com Gabi*, voltado para a classe C, os entrevistados, em sua maioria, são representantes da cultura popular de massa do país, comumente ligada aos gostos da “classe C”. Já passaram por ele a cantora brega Gaby Amarantos, a ex-dançarina do grupo *É o Tchan* Scheila Carvalho, o cantor de axé Netinho, a funkeira Anitta, o cantor sertanejo Michel Teló e, claro, Paula Fernandes e Luciana Vendramini. Luciana, aliás, foi entrevistada por Marília Gabriela nesse mesmo programa em duas ocasiões, em 2004 e em 2011; Paula Fernandes foi convidada no começo de 2013. O cenário do programa corrobora para um clima íntimo, porém sóbrio: fundo preto, mesa de acrílico transparente e duas cadeiras, uma de frente para a outra, sugerem proximidade entre entrevistador e entrevistado. Uma breve pesquisa evidencia que, atualmente, *De frente com Gabi* é o único programa entre os quatro canais mais assistidos da TV aberta brasileira (Globo, SBT, Band, RedeTV!) que dedica cerca de quarenta minutos à entrevista de uma personalidade.

Como se desenha esse cenário midiático sob a lógica da dialética entre ipse e idem? Ora, como tanto Luciana e Paula quanto Rodrigo e Maura dão várias entrevistas, para diversos entrevistadores, sobre suas vidas e obras, podemos entender que, a cada vez, eles realizam narrativas distintas. Essa diversidade narrativa construída ao longo das entrevistas, diz Arfuch (2010), pode ser compreendida como intrínseca à flutuação entre o ipse e o idem da *identidade narrativa*. As variadas narrativas que surgiriam de entrevistas diferentes seriam nada mais do que a ipseidade flutuante, mutável (idem). Como foi dito no começo deste capítulo, o autor tem uma temporalidade específica (diferente do narrador e do personagem) e, portanto, essa temporalidade está presente

³⁰ Informações retiradas do site do programa *De frente com Gabi* (<http://www.sbt.com.br/defretecorgabi/apresentadora/>) e do Portal dos Jornalistas (<http://www.portaldosjornalistas.com.br/perfil.aspx?id=141>).

também nas entrevistas. Nesse sentido, as entrevistas do autor seriam uma espécie de *manutenção de si* pela ipseidade da palavra dada³¹.

Essa diversidade narrativa presente nas entrevistas que Arfuch comenta, no entanto, não existe em mesmo grau nas entrevistas de celebridades. Uma característica desse tipo de entrevista que pude notar no material que colhi sobre Luciana e Paula é justamente o caráter repetitivo das narrativas – muitas vezes, as frases são idênticas. Mas por quê? Uma explicação para essa redundância envolve a ideia de que a celebridade é, afinal, uma imagem construída por e na mídia e, por mais próxima de sua audiência que ela possa parecer (“Lucianinha”), sempre terá *algo* a mais que a diferenciará do cidadão comum – seu fã, consumidor de material sobre celebridades – e a emoldurará como símbolo e/ou modelo de comportamento (MEYERS, 2009). Embora lógica, essa explicação cruza o caminho de outra: a de que as entrevistas de Luciana e Paula têm um papel fortemente *terapêutico*, tanto para si mesmas quanto para a audiência que as vê, lê e ouve. Como terapêuticas, suas narrativas compartilham de uma mesma matriz, que se repete a despeito das histórias contadas: “Todas essas narrativas têm o objetivo de explicar uma grande variedade de ‘histórias fracassadas de si’, com o resultado de que elas processam uma ampla gama de discursos biográficos em padrões rotineiros e previsíveis” (ILLOUZ, 2003, p. 186).

O uso do passado (e especialmente das relações familiares) para a explicação de um sofrimento posterior é uma marca das narrativas de doenças da cultura terapêutica, na construção do sujeito psicológico, emocional. E, como terapêuticas, as narrativas de Paula e Luciana têm em comum uma *matriz narrativa*, na qual seus *selves* são construídos a partir do sofrimento relatado, em uma estrutura pouco variável. A estrutura narrativa nomeia as disfunções: Paula teve depressão; Luciana teve TOC. Elas em seguida descrevem os efeitos dessas disfunções: Paula “não comia, não dormia”; Luciana “ficava oito horas no banho”. O ponto seguinte é explicar as disfunções por meio de uma configuração específica do passado: Luciana começou a “sentir falta de ter uma adolescência”; Paula conta que “foram muitos *nãos* e a juventude perdida”. E, finalmente, a narrativa revela o caminho percorrido para a melhora: tanto Paula quanto Luciana atribuem a recuperação a uma “tomada de consciência” da doença.

Como veremos no último capítulo, a imagem da celebridade construída nesse pêndulo entre a proximidade e a distância em relação a seu público como exemplo

³¹ Esta última análise diz respeito apenas às entrevistas de autores como Maura Lopes Cançado e Rodrigo de Souza Leão, uma vez que eles são *autores*.

paradigmático da *cultura terapêutica* pavimentará o caminho para a construção da *celebridade autêntica*, cujo discurso baseia-se justamente, nos casos aqui analisados, na superação de seus transtornos psiquiátricos. Com o pêndulo para o lado da construção midiática, é compreensível então que as narrativas construídas por celebridades sejam repetitivas, uma vez que pouco têm de real ou de “humano”. Essa repetição, assim, minaria a possibilidade completa de intimidade ou proximidade da audiência com a celebridade e seria seu lado menos humano.

Esse lado menos humano contribui também para a posição prescritiva das celebridades frente seu público – são os momentos em que seu papel é o de orientar a conduta da audiência. Como veremos também no terceiro capítulo, essa função prescritiva embasa-se na vivência dessas figuras. De qualquer forma, não parece mero acaso que a repetição de frases e da própria narrativa de Paula Fernandes seja mais incisiva em entrevistas focadas, por exemplo, no transtorno psiquiátrico – mais do que na vida pessoal –, como acontece nos programas matinais. São nos momentos prescritivos em que o telespectador (o *outro*) é mencionado diretamente, como nos casos do programa *Manhã Maior* (RedeTV), do programa *Eliana* (SBT) e no programa *Mais Você* (Globo).

Descobri que aquilo era comum, que realmente é o mal do século, que pode acontecer com qualquer pessoa, de qualquer idade. Tem neném, tem criança que fica deprimida, tem idoso que fica deprimido. É uma coisa universal que pode acontecer (...). Então, se a galera de casa tá aí "ah, porque eu não quero mais fazer aquilo", às vezes é o que você mais quer, mas é uma questão orgânica. (*Manhã Maior*)³²

Não tem idade, não tem beleza, não tem nada. Descobri que crianças de dois [anos] tem, criança de um [ano] tem. Deixo o recado aí pra quem tá em casa que é possível. (*Eliana*)³³

Bebês têm, crianças têm, adolescentes têm, velhinhos têm. Isso é uma coisa que atinge qualquer pessoa, independente da condição financeira, da beleza, isso não tem nada a ver. (*Mais Você*)³⁴

O objetivo terapêutico no convite para que celebridades falem de seus sofrimentos psicológicos torna-se bastante óbvio durante uma participação de Paula Fernandes no *Domingão do Faustão* (Globo) em 16 de outubro de 2011. Era a segunda vez que a cantora levantava o assunto naquele mesmo programa – a primeira foi durante uma

³² Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lSCDY-ZApRY>. Acesso em: 20 mai. 2012.

³³ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hWAONI9SXpA>. Acesso em: 20 mai. 2012.

³⁴ Disponível em: <http://globoTV.globo.com/rede-globo/mais-voce/v/paula-fernandes-sou-o-resultado-da-depressao-que-tive-aos-18-anos/2139067/>. Acesso em: 20 mai. 2012.

participação mais breve, em setembro do mesmo ano –, e Faustão deixa claro o motivo para convidá-la a falar novamente sobre o assunto:

A última vez que você esteve aqui, quando você falou desse assunto, muita gente escreveu, muita gente ficou informada, e principalmente gente que tem problema desse tipo na família. Então é importante que você fale sobre esse assunto, você que conseguiu superar uma depressão.³⁵

Em seguida, Faustão apresenta um depoimento de “dona Josefa, de Timbaúba, Pernambuco”. Dona Josefa conta que passou por diversos períodos depressivos após a morte do filho num afogamento e o assassinato do marido na porta de casa. Mais tarde, conta a senhora, quando foi para São Paulo a convite de uma filha, descobriu que esta havia abandonado “um casamento muito bom” para “viver com outras mulheres” (ou seja, ter relações homossexuais), e a situação a deixou ainda mais deprimida³⁶. Não por acaso, a estrutura da narrativa de dona Josefa é a mesma das narrativas midiáticas de Luciana e Paula, pois também é terapêutica. Em seguida, dona Josefa conta o ápice e a reviravolta de sua narrativa:

Eu não sei o que seria da minha vida se eu não tivesse visto o programa de Faustão e Paula Fernandes naquele dia. Eu acho que eu não existiria mais. No dia três de julho desse ano eu tava com o vidro de veneno na mão, pra me matar. Aí foi aí que eu pedi perdão a Deus porque eu ia tirar a minha vida. Eu... Senti vontade de ligar a televisão. Liguei, mesmo com a imagem ruim. Ali tava uma moça que eu nunca tinha visto cantando, e depois ela começou a contar a situação dela da depressão que ela tinha tido e tinha ficado curada. E aquilo eu fui colocando cada palavra dela na minha cabeça, no meu coração, e já fui soltando o vidro de veneno. Eu disse “meu Deus do céu, o que que tá acontecendo? Uma moça dessas, nova, teve depressão e ficou curada. E eu, com essa idade toda, eu tenho que aprender com ela agora. Ela tão jovem, e ela tá me dando uma lição de moral”. Então [eu disse], “meu Deus, eu vou viver”. Eu quero lhe agradecer do fundo do meu coração por você ter me tirado dessa depressão e que continue sendo essa pessoa maravilhosa que você é, doce, amável, e que deus lhe abençoe sempre. Eu te amo, Paula Fernandes (sic).

Para Dona Josefa, a narrativa autobiográfica de Paula Fernandes teve um efeito terapêutico. Foi ao ouvir a celebridade narrando seu sofrimento que a dona de casa, pessoa “comum”, curou-se. A narrativa de Paula é, portanto, um “projeto terapêutico” (ILLOUZ, 2003) que mobiliza outras narrativas autobiográficas de cunho terapêutico sobre depressão – como o depoimento de dona Josefa. Isso é explicitado pela própria Josefa,

³⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OqjeFAELfc0>. Acesso em: 12 dez. 2013.

³⁶ Homofobia ou quaisquer questões relacionadas a direitos LGBT não são mencionadas no programa.

quando afirma que Paula lhe deu “uma lição de moral”: a narrativa da cantora serviu para a dona de casa pernambucana como prescrição de uma visão de mundo, de sentido dado ao sofrimento e, conseqüentemente, de resolução desse sofrimento. A situação tem sua carga terapêutica ainda mais acentuada porque não sabemos nada de Dona Josefa. Ela não tem idade, sobrenome, endereço, situação econômica ou social. O que importa ali não são as possíveis explicações de cunho político, ou material para o sofrimento de Dona Josefa porque este tem raiz psicológica. Naquele quadro do *Faustão*, Dona Josefa não é um sujeito social, mas emocional e psicológico. Ela é a epítome do éthos terapêutico.

Embora não se baseiem em informações científicas, as narrativas prescritivas das celebridades têm como catalisadora a mesma “paixão pelo real” que permite a disseminação, na mídia, de um discurso sobre transtornos mentais construído sobre um vocabulário psiquiátrico e apoiado sobre imagens cerebrais. Embora por vias diferentes (científica e vivencial), esses dois discursos pautam-se pelo mesmo *tom de realidade* que confere àquele discurso uma espécie de *garantia*: isso de que falo é real, pois a) é comprovado cientificamente (verbal ou imageticamente); ou b) eu vivi e experimentei eu mesmo. No próximo capítulo, exploraremos com maior detalhe as situações em que o discurso científico e autobiográfico se misturam, e tentaremos entender por que, nos casos aqui analisados, os transtornos psiquiátricos constroem-se como reais mais pela *palavra dada* do que pela materialidade da doença comprovada por cientistas ou imagens cerebrais.

2. O cérebro e a mãe: (i)materialidades da doença

2.1. Espelho do interior

Em 22 de julho de 1854, um editorial do jornal londrino *The Times* levantou a seguinte questão:

Nada pode ser mais vagamente definido do que a linha de demarcação entre a sanidade e a insanidade. Médicos e advogados têm se angustiado com tentativas de definição em um caso no qual a definição é impossível. Nunca foi apresentado ao mundo nada remotamente parecido com uma fórmula sobre essa questão que não possa ser destruída em cinco minutos por qualquer lógico. Se a definição for muito limitada, ela se torna insignificante; se for muito abrangente, toda a raça humana é envolvida nessa rede. Tecnicamente, somos todos loucos quando damos espaço à paixão, ao vício, à vaidade; mas se todos os apaixonados, viciados e vaidosos deste mundo devem ser trancafiados como lunáticos, quem deverá ficar com a chave do hospício? (*apud* ROSE, 2013, “All in the Brain?”, par. 1)³⁷

Menos de trinta anos depois, do outro lado do Atlântico, Machado de Assis oferecia uma resposta – irônica, obviamente – à pergunta. Seria Simão Bacamarte, o célebre alienista da cidade de Itaguaí, quem deveria ficar com a chave do hospício após ali trancar todos os “apaixonados, viciados e vaidosos deste mundo”. As consequências da empreitada, entretanto, se revelariam desastrosas. No afã de descobrir uma teoria classificatória da loucura que desse conta de toda a sociedade – exatamente como questiona o *Times* –, o médico começa a internar em seu hospital de alienados, a Casa Verde, todos os que julga ter o menor desvio da perfeita sanidade. E sim, como também previu o jornal inglês, para lá foram o poeta apaixonado, o invejoso, o tagarela: quatro quintos da população itaguaiense acabaram dentro das celas da Casa Verde.

A história de Bacamarte, no entanto, não termina aí. Indiferente à comoção política e popular que suas internações massivas provocaram, o médico novamente recorre à lógica para duvidar de sua teoria. Decide, então, invertê-la: “[...] se devia admitir como normal e exemplar o desequilíbrio das faculdades, e como hipóteses patológicas todos os casos em que aquele equilíbrio fosse ininterrupto” (ASSIS, 1974, p. 281). Dessa maneira, a norma passa a ser a presença de algum desequilíbrio mental – e o equilíbrio

³⁷ Utilizo nesta dissertação o *e-book* de *Neuro* para Kindle. Essa versão, no entanto, não disponibiliza o número das páginas da obra e, por isso, sigo aqui as normas do manual da American Psychological Association (APA). Para citações diretas, a APA orienta a menção da seção da citação referida, seguida do número do parágrafo. Todas as citações diretas ao livro *Neuro* serão feitas dessa forma.

torna-se desvio. Para curar seus novos pacientes, de caráter e índole imaculados, Bacamarte provoca neles defeitos e falhas de acordo com o que têm de mais supostamente correto: aos modestos, inflige o orgulho; aos sinceros a mentira etc.

Quando a Casa Verde se esvazia totalmente, o analista se vê mais uma vez insatisfeito. “Mas deveras estariam eles doidos, e foram curados por mim, ou o que pareceu cura não foi mais do que a descoberta do perfeito desequilíbrio do cérebro?” (ibid., p. 287). Eis, então, que Bacamarte formula sua derradeira teoria: todos aqueles cujas faculdades ele julgava perfeitas, na verdade, não as tinham – os desequilíbrios eram apenas latentes. Como é impossível uma cidade não abrigar um louco sequer, o cientista percebe que o único habitante cujas faculdades mentais são perfeitamente equilibradas – doente, portanto – é ele próprio. E interna-se, morrendo 17 anos depois sem encontrar uma cura para si mesmo.

Em uma análise superficial de “O alienista”, publicado na coletânea *Papéis avulsos*, caberia dizer que Machado ironiza a volatilidade das disciplinares classificações de loucura, além da ciência absolutista – e acaba por internar o próprio alienista na instituição onde exerce seu poder. Parte da fortuna crítica de “O alienista”, que alcançou imenso sucesso logo após sua publicação, tem justamente esse viés (PEREIRA, 1958; MEYER, 1955; MOOG, 1939 apud MALLARD, 2001)³⁸. Mais tarde, o crítico Luiz Costa Lima defenderá que o conto é uma crítica humorística à ciência positivista da época – e, nesse caso, Itaguaí seria metonímia para o Ocidente. Para ele, Machado tentou devolver a loucura ao seu patamar clássico (COSTA LIMA, 1993), segundo o qual a sociedade internava os loucos, os criminosos, os devassos e os blasfemadores em um mesmo “hospital geral” onde não havia distinção entre os desviados e todos eram “furiosos” (FOUCAULT, 1972).

O que friso aqui, entretanto, é a expressão dita por Bacamarte: “o perfeito desequilíbrio do cérebro”. Ora, estamos no final do século XIX e a psiquiatria começa a voltar suas atenções para *dentro* do corpo humano. “[O] cérebro começou a ser realmente entendido como um órgão análogo a outros, e áreas e estruturas específicas no cérebro passaram a ser vistas como responsáveis por certas funções (...)” (ROSE, 2013, cpt. 1, “The Path via the Brain”, par. 1). Em relação às doenças mentais, no entanto, embora houvesse relativo consenso de que suas origens estivessem no cérebro, a investigação

³⁸ Ao mesmo tempo, o pessimismo mordaz de Machado foi ele mesmo alvo de classificações psiquiátricas: o escritor chegou a ser considerado portador de patologia mental em críticas das décadas de 1920, 1930 e 1970 (LIMA, 1993).

médica ainda se limitava à superfície do corpo. Mais especificamente, na fisionomia, que ascendia desde o século XVIII, cujas ilustrações médicas centravam-se tanto nas características fixas – como formato e tamanho do crânio e de outros ossos – quanto nas aparências visuais mais efêmeras – como expressão ou posição dos músculos (GILMAN, 1982). Um exemplo clássico são as ilustrações compiladas por Jean-Étienne Dominique Esquirol, pupilo do célebre médico francês Philippe Pinel, que integraram em 1838 o primeiro atlas da aparência da loucura, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal: 27 gravuras feitas por Ambroise Tardieu em hospitais psiquiátricos franceses* (figura 2). Algumas das ilustrações eram acompanhadas por estudos de caso bastante detalhados de alguns pacientes de Esquirol. Segundo Gilman, o atlas de Esquirol

faz a ponte entre o teórico e observável. (...). Esquirol enfatiza a aparência física (tanto aspectos móveis quanto imóveis, incluindo a cor da pele) bem como a atitude do paciente no asilo. O paciente é visto e as ilustrações são desprovidas de contexto. O retrato austero na gravura, a ausência de qualquer plano de fundo, a posição detalhada e o tipo de tratamento (quando utilizado) criam uma imagem do louco como objeto de um estudo lineano, categorizável pela aparência externa (ibid., p. 81).



Figura 2: Gravura para representar a “lipemania” (profunda tristeza, melancolia) feita por Ambroise Tardieu e comissionada por Jean Etienne Esquirol, para seu atlas. Fonte: Wellcome Images (CC BY 2.0).

Ao longo do final do século XIX, as gravuras deram lugar a fotografias de pacientes internados em hospitais psiquiátricos e entre os tipos de insanidade. O caso mais célebre são as fotos de Jean-Martin Charcot e de seus alunos, que fotografaram internos no hospital da Salpêtrière, na França, na segunda metade do século XIX (figura 3). Na Inglaterra, em 1856, o médico Hugh Welch Diamond publicou o artigo “On the Application of Photography to the Physiognomic and Mental Phenomen of Insanity” no periódico *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, no qual apresentava fotografias de pacientes de um asilo psiquiátrico do país (figura 4) e enfatizava a objetividade das fotos em relação às ilustrações médicas.

A superfície do corpo, portanto, permanecia como local privilegiado para a investigação da loucura – com seus espasmos musculares, expressões faciais, tamanho e formato do crânio, dobras, cor e textura da pele. Afinal, como investigar o cérebro humano de outra forma que não a dissecação de animais e pessoas mortas? Embora alguns cientistas desse século (como Paul Flechsig³⁹) tenham se aventurado na exploração da massa cerebral humana, suas “descobertas” a respeito da localização de determinadas funções no cérebro foram baseadas justamente no estudo *post mortem* de pacientes com doenças cerebrais. Ou seja: antes dos mecanismos de produção de imagens cerebrais e de artifícios correlatos, só era possível ter acesso ao cérebro de forma mais imagética por meio de autópsias craniais, feitas – mais comumente – em cadáveres. O cérebro analisado, portanto, era externo a nós, um cérebro morto. Éramos representados pela imagem do corpo-cadáver (ORTEGA, 2010), sempre um *outro* que não sou eu – eu vivente e pensante.

³⁹ Flechsig, aliás, foi aluno de Charcot em Paris, e posteriormente tratou o jurista alemão Daniel Paul Schreber em uma clínica para doenças nervosas de Leipzig. Mais à frente, no capítulo 4, falaremos mais sobre Schreber, mas vale mencionar que, em seu livro de memórias, o jurista acusa Flechsig de “assassinato de alma” no decorrer do tratamento (SCHREBER, 1975).

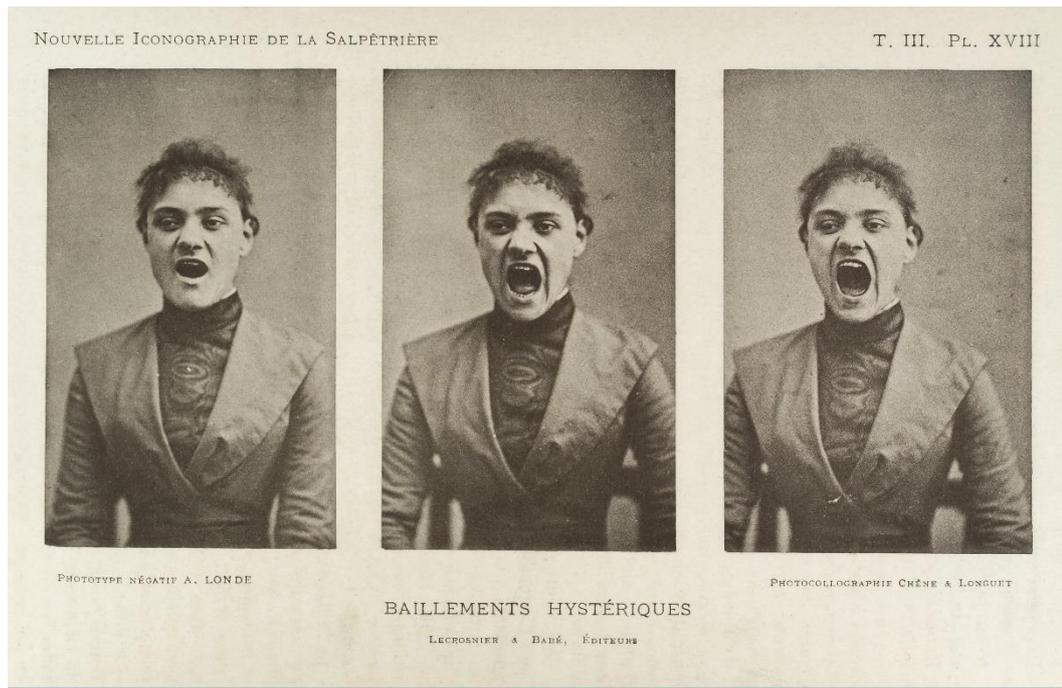


Figura 3: Histérica boceja em uma das várias séries de fotografias de Albert Londe, contratado por Jean-Martin Charcot para fotografar o hospital da Salpêtrière e integrar o livro Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Fonte: Wellcome Images (CC BY 2.0).

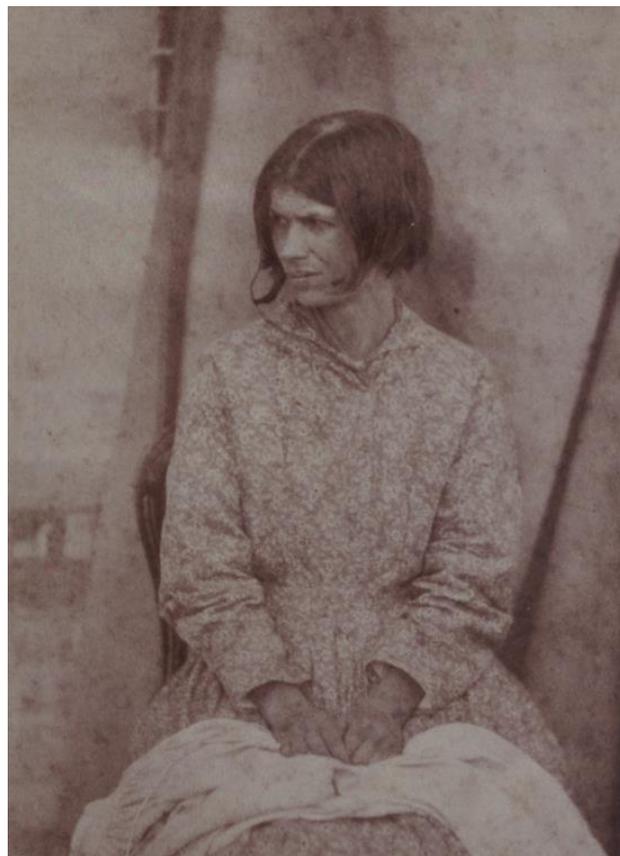


Figura 4: Paciente do asilo psiquiátrico do condado de Surrey fotografada pelo médico inglês Hugh Welch Diamond. Para ele, a fotografia transmitia uma objetividade inalcançável pelas ilustrações médicas da loucura disseminadas no século XIX. Fonte: The Royal Photographic Society Collection.

2.2. O avesso da cabeça

O cenário começou a mudar no século XX, quando o cérebro, que havia aparecido timidamente na psiquiatria do século anterior, revela-se com mais força, detalhe e, digamos, retórica imagética. As supostas relações encontradas pelos cientistas entre doenças mentais e tecido cerebral morto durante o século XIX foram quase imediatamente provadas equivocadas. A esperança, então, jazia no cérebro vivo, em funcionamento, pensante. E observá-lo nesse estado só foi possível com o advento, nos anos 1950, da tomografia computadorizada e da ressonância magnética – que exibiam a *estrutura* do cérebro – e, principalmente, no final do século XX, da tomografia por emissão de pósitrons (os *pet-scans*) e da ressonância magnética *funcional* (fMRI) – que, pela primeira vez, permitiam a observação do funcionamento cerebral com uma suposta objetividade. Com a ampla utilização dos raios-X, no começo do século, viramo-nos pela primeira vez do avesso ainda enquanto seres *viventes*. Mas agora, a partir da década de 1950, não enxergamos a nós mesmos em chapas em tons de cinza: por dentro, somos coloridos, diversos, animados. Preferencialmente, somos vermelhos onde temos mais atividades e azuis onde estamos mais “tranquilos” (ROSE, 2013).

A mudança foi drástica: se, até meados do século XX, o cérebro só podia ser acessado em seu estado inativo – morto –, a partir de então as imagens passaram a ocupar um novo lugar do imaginário científico. Passamos a ter a consciência de que aquele é um cérebro vivo e, ao mesmo tempo, de que aquele cérebro pode representar nosso próprio cérebro, mesmo que não o seja de fato. Autores como Ortega e Franco Ferraz acenam para a frieza e fragmentação de nossos corpos operados em grande parte por esse “regime de visibilidade digitalizante” (FRANCO FERRAZ, 2013, p. 172) que dá origem ao “sujeito cerebral” (EHRENBERG, 2009), “a figura antropológica que incorpora a ideia de que o ser humano é essencialmente reduzível a seu cérebro” (ORTEGA, 2007, p. 257). Temos, assim, uma espécie de relação metonímica com nosso cérebro, agenciada por essa profusão de imagens cerebrais (o cérebro sou eu, minha subjetividade). Mais à frente neste capítulo, contestarei essa visão do cérebro como órgão redutor de subjetividade, mas por ora considero importante falar das consequências da popularização das imagens cerebrais na cultura ocidental.

Pet-scanners, ressonâncias magnéticas e outros dispositivos de visibilidade corporal – em especial os que mostram não apenas a estrutura, mas o funcionamento cerebral – buscam tornar manipuláveis (ao menos imageticamente) todo e qualquer

processo subjetivo. Da felicidade à tomada de decisões, do sentimento amoroso à dor da perda, todas essas sensações já foram objeto de estudos neurocientíficos que tentaram desvendar sua atuação no cérebro⁴⁰. Em 2011, por exemplo, uma repórter da revista norte-americana *New Scientist* participou um experimento no qual deveria se masturbar até alcançar o orgasmo dentro de um aparelho de ressonância magnética, que monitoraria sua atividade cerebral durante o ato (figura 4)⁴¹.

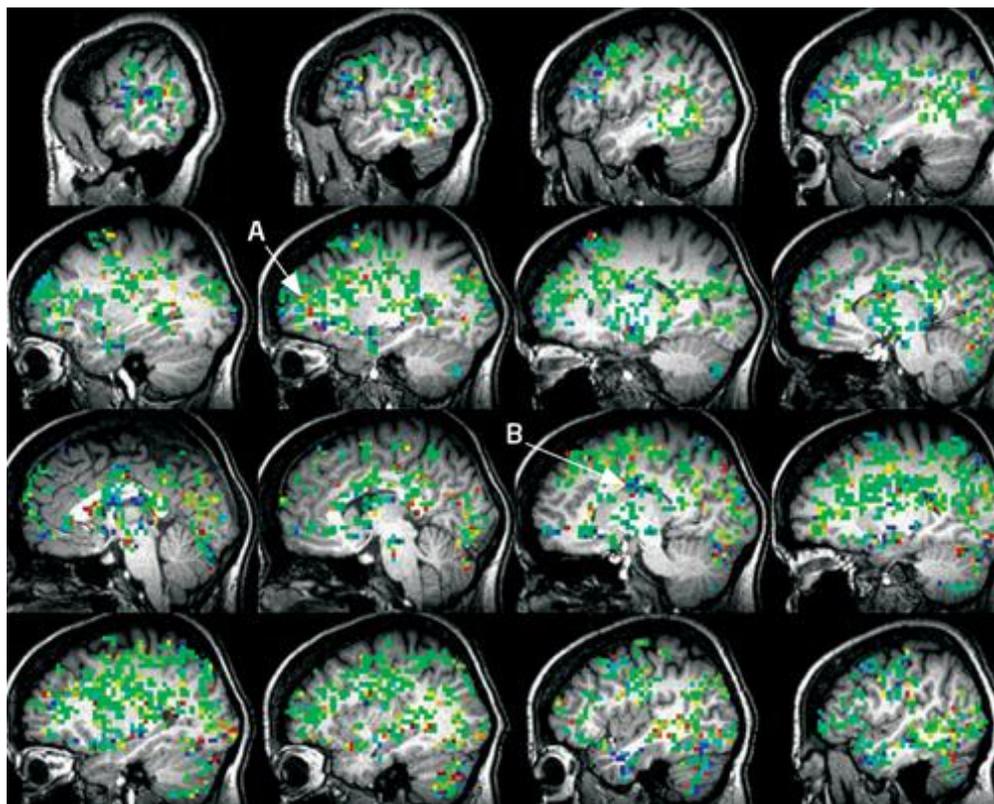


Figura 5: É assim que o cérebro da jornalista Kayt Sukel fica quando ela tem um orgasmo. Como de praxe, as cores mais frias representam menor fluxo sanguíneo, ao contrário das cores mais quentes. A legenda da imagem original diz: “é possível ver, pela extensão da atividade [cerebral], que o orgasmo é uma experiência que ocupa todo o cérebro. Ativação no córtex pré-frontal (A) é claramente visível, bem como atividade no córtex anterior cingulado (B), que pode ter relação com a experiência da dor.

⁴⁰ Por exemplo, um estudo publicado em 2009 em *The Journal of Neuroscience* buscou apreender a ativação cerebral durante e após o momento de escolha de uma opção (<http://www.sciencedaily.com/releases/2009/03/090324171554.htm>); outro artigo, publicado no *American Journal of Psychiatry*, explicou o mapeamento do cérebro de mulheres saudáveis durante sensações temporárias de felicidade e tristeza (<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/152/3/341>). Há ainda uma matéria da revista *Mente & Cérebro* intitulada “Tramas de amor e desejo - Imagens de um cérebro apaixonado”:

(http://www2.uol.com.br/vivermente/dossie/imagens_de_um_cerebro_apaixonado_imprimir.html)

⁴¹ Disponível em:

<http://www.newscientist.com/article/mg21028124.600-sex-on-the-brain-orgasms-unlock-altered-consciousness.html>. Acesso em: 20 mai. 2011.

Não por acaso, explicações de base neurocientífica sobre fenômenos subjetivos e psicológicos parecem ser as mais atraentes para pessoas não especializadas – e, se vierem acompanhadas de imagens cerebrais, tanto melhor. Um estudo realizado na Universidade Yale ofereceu a alunos de uma aula de neurociência e a estudiosos do assunto explicações para fenômenos psicológicos que envolviam neurociência e explicações sem essa característica. Os aspectos neurocientíficos das explicações eram totalmente irrelevantes para a compreensão do assunto. Ainda assim, os alunos não especializados escolheram as explicações de fundo neurocientífico como as mais satisfatórias. “Imagens de manchas em cérebros levam a pensar que agora é possível observar diretamente processos psicológicos” (HENSON apud WEISBERG et al, 2008: 476).

Outro artigo, publicado na revista científica *Nature*, em 2003, discute a conotação de realidade embutida na divulgação de imagens cerebrais na mídia. Os autores chamam esse efeito de “neurorrealismo”, produzido principalmente na comunicação de estudos neurocientíficos para um grande público – tanto em revistas especializadas em divulgação científica quanto na mídia geral. “Nosso conceito de neurorrealismo descreve como a cobertura do fMRI [ressonância magnética funcional] pode tornar um fenômeno acriticamente real, objetivo ou eficaz aos olhos do público” (RACINE et al, 2003).

Outro conceito levantado pelo artigo tem óbvia importância para as reflexões deste trabalho. Trata-se do “neuroessencialismo”: quando as imagens cerebrais da ressonância magnética funcional servem como uma espécie de metonímia para a subjetividade e identidade pessoal, e as diferenças individuais são reduzidas a diferenças cerebrais. “Nesse sentido, o cérebro é usado implicitamente como atalho para conceitos mais gerais, como a pessoa, o indivíduo ou o *self*” (RACINE et al, 2003). O que é o neuroessencialismo que não justamente a relação metonímica com o cérebro que mencionamos há alguns parágrafos?

Todos esses três artigos foram realizados por neurocientistas e publicados em revistas prestigiadas da área. Vê-se, assim, que dentro do próprio campo da neurociência a proliferação de imagens cerebrais é vista, às vezes, com desconfiança. Não se trata, entretanto, de apenas autocrítica ou de uma reflexão aprofundada sobre o próprio campo da neurociência. O foco dos autores é a cobertura midiática: é ela a responsável pela conotação de neurorrealismo e neuroessencialismo apreendida pelo público. Segundo Racine, há uma espécie de falha de comunicação entre os estudos propriamente ditos, a mídia que os divulga e o público, que acaba por ter uma percepção de certeza e realidade não compartilhada, teoricamente, pelos estudos em si. Entretanto, é claro que a construção

de conhecimento promovida pela própria neurociência muitas vezes isenta-se de responsabilidade pela sensação de objetividade e realismo neutros frente a imagens e teorias que, na verdade, passaram por diversos processos de subjetivação até chegar às páginas das revistas científicas – e mais ainda, claro, para chegar à mídia e aos olhos do público mais amplo. Como afirma Ehrenberg, por rigor metodológico, o biólogo – e o cientista biológico de maneira geral – deve ignorar o social e focar apenas no corpo, mas ele dá um passo “demais” quando esse rigor se transforma em “cegueira conceitual; o ser abordado segundo o corpo sendo frequentemente assimilado, implícita ou explicitamente, ao ser considerado em sua totalidade” (2009, p. 194). Rose aprofunda essa questão em seu mais recente livro, lançado em 2013, *Neuro*, no qual apresenta três “preocupações” das ciências sociais sobre a tradução de dados quantitativos em imagens e, finalmente, em conclusões. São elas: a localização, o laboratório, a transformação de pixels em imagens e a interpretação (ROSE, 2013).

O primeiro problema, a localização, diz respeito à correlação direta feita por muitos cientistas entre regiões materiais do cérebro (sinapses, conexões neuronais, córtices etc.) e processos mentais específicos. Essa correlação, dizem os críticos, é impossível de ser demonstrada “objetivamente”. A segunda questão parte da ideia de que o laboratório científico não é um não-lugar, mas sim “um arranjo específico e um tanto incomum de espaço, pessoas, maquinaria, sons e visões, sem mencionar a própria experiência de estar em um scanner” (ibid., cap. 2, “The lab: place or non place?”, par. 1). Ou seja, o laboratório tem uma configuração tão específica de sociabilidade, técnica e subjetividade compartilhada que é impossível desconsiderar essas particularidades na leitura do conhecimento ali produzido. Fazê-lo seria uma espécie de alienação autoinflingida pelos próprios objetos de estudo e de consumo desses laboratórios – nós.

O terceiro problema tem relação direta com o efeito das imagens cerebrais na cultura contemporânea. Ele parte de uma constatação bastante simples, embora amplamente ignorada: o fato de que as imagens cerebrais produzidas por aparelhos como *pet-scanners* ou fMRI não são fotografias do cérebro⁴². Elas são, na verdade, algoritmos transformados em pixels por *softwares*. Apesar de passar por diversos estágios que envolvem idiosincrasias, moral, ética e estatística, as imagens produzidas no estágio final

⁴² Embora a fotografia seja apenas uma representação visual, desde sua criação ela é imbuída de uma “efeito de realidade”, que depende “da força de intensificação da imagem que cria uma ilusão de realidade maior do que a nossa percepção amorfa do cotidiano” (JAGUARIBE, 2010, p. 8-9).

são descoladas do seu processo de criação, causando, assim, o conhecido efeito de realidade. Como afirma Rose:

O poder dessas imagens está em seu ponto mais frágil: onde a simulação alega ser não apenas uma forma de isolar determinados elementos de um sistema mais complexo para análise (como, por exemplo, a simulação de um terremoto no computador), mas a imagem pensada do próprio sistema (ibid., cap. 2, “Pixels to Pictures”, par. 4).

O problema da interpretação de evidências, por outro lado, é mais óbvio e conhecido. A imagem não fala por si mesma – ela precisa de alguém que fale por ela, que explica o que ela tem a dizer. A compreensão das “evidências” apresentadas nas imagens cerebrais como fatos absolutos, assim, é um dos principais fatores para a falsa concretude que lhe atribuída por boa parte dos cientistas, pela mídia e, conseqüentemente, pelo público.

Como insinua Hacking (2007), o desenvolvimento tecnológico – exemplificado, aqui, nas máquinas de visibilidade cerebral – são apenas parte de uma rede complexa de elementos de controle, conhecimento, discursos e, finalmente, invenção de pessoas (ver capítulo 3). Ortega nos lembra que o ano de 1895 foi marcado, simultaneamente, pelo advento do cinema, pela descoberta dos raios-x e pelo nascimento da psicanálise. As três práticas, a seu modo, tornavam visível o invisível, e elas mesmas se mesclariam posteriormente.

[...] tentando expor as anatomias do corpo, do movimento e da psique, respectivamente. As três tecnologias não só mudaram o estatuto do referente ou o documento de interioridade, elas também transformaram os termos nos quais tais interioridades eram contempladas. (LIPPIT apud ORTEGA, 2010: 82)

Com o advento também das imagens cerebrais, a visibilidade do corpo e da psique se sobrepuseram. Não de modo que o aparelho psíquico pudesse ser observado por meio dos sonhos, mas como se a bioquímica cerebral, agora de certa forma visível, pudesse explicar comportamentos normais e desviantes (idem). Hoje, podemos ver, teoricamente, como o cérebro se comporta durante um orgasmo, como contou uma repórter da *New Scientist*, e também o quão diferente são as atividades cerebrais de um portador de transtorno mental daquelas observadas em uma pessoa “sadia”. Temos a sensação de que essas imagens produzidas em tomografias computadorizadas e técnicas semelhantes nos mostram o cérebro com transparência e neutralidade – ilusão esta também considerada perigosa.

Os efeitos e potências das técnicas de visualização cerebral não param aí. A repórter que se submeteu ao experimento que buscava entender a atividade cerebral durante o orgasmo conta como os cientistas que empreenderam o estudo pretendem utilizar seus resultados:

[E]le [o cientista] espera um dia usar *neurofeedback* para permitir mulheres com anorgasmia verem sua atividade cerebral em tempo real durante estimulação genital. A esperança é que esse *feedback* possa ajudá-las a manipular sua atividade cerebral para aproximá-la de um padrão orgásmico de atividade. Ele também acredita que futuros estudos sobre o orgasmo ofereçam um insight muito necessário sobre como podemos usar apenas o pensamento para controlar outras sensações físicas, como a dor.⁴³

A anorgasmia está no recém-criado DSM-5 sob o nome de transtorno orgásmico feminino, inserido no amplo leque dos transtornos sexuais e de gênero. Mesclam-se, na reportagem da *New Scientist*, um transtorno psiquiátrico, tecnologias de imagem cerebral e o uso dessas imagens para além da visibilidade em si. Se utilizadas da maneira correta, segundo os pesquisadores, essas imagens poderiam ser manipuladas como tratamento de tal desordem mental. Segundo eles, ao verem as imagens do cérebro de mulheres durante o orgasmo com o córtex pré-frontal ativado (ou seja, colorido), aquelas portadoras de transtorno orgásmico poderiam ser estimuladas a ativá-lo conscientemente. E mais: talvez, no futuro, esse *neurofeedback* possa ajudar a controlar o sofrimento de maneira geral.

Mais uma palavra com prefixo *neuro-* para adicionar ao inventário feito por Rose em seu livro: *neurofeedback*. Com ela, os cientistas conseguem resumir em um único pensamento questões alegóricas da contemporaneidade: controlar a atividade cerebral para que sejamos *donos de nós mesmos* e possamos explorar ao máximo nossas potencialidades, sem sofrimento, a fim de ter um corpo e uma mente sãos e ainda mais eficientes. “Nos nossos dias, a transparência aumentou em muito seu espectro de conotação, incluindo perfeição, modificabilidade, maleabilidade e controle sobre a fisiologia humana” (TUCHERMAN & SAINT-CLAIR, 2008: 11).⁴⁴

⁴³ Disponível em: <http://www.newscientist.com/article/mg21028124.600-sex-on-the-brain-orgasms-unlock-altered-consciousness.html?full=true>. Acesso em: 12 mai. 2011.

⁴⁴ A visibilidade de si não se dá apenas no terreno da medicina e do corpo. Inúmeras tecnologias virtuais também buscam tornar visível nossa subjetividade. É o caso do aplicativo para Facebook da marca de processadores Intel, uma campanha de marketing da empresa para chamar atenção para seu novo produto – os processadores de segunda geração Intel i5, cujo slogan é “Visualize a si mesmo. O processador de segunda geração Intel Core i5: desempenho visivelmente inteligente com um impulso”. Chamado de *The Museum of Me* (O museu do eu, em tradução livre), o aplicativo monta uma exposição virtual, como em um museu, de apurado detalhamento gráfico, com a disponibilização dos elementos no perfil do usuário

Todo esse aparato tecnológico contribuiu para a formação de um cenário contemporâneo pautado por esse vocabulário *neuro*, no qual o cérebro – em seu nível molecular – torna-se o principal agente e local de investigação da experiência humana. Tornamo-nos, como já teorizaram diversos pensadores, *selves* neuroquímicos ou sujeitos cerebrais que vivem de acordo com uma individualidade somática – uma maneira de interpretar os sentimentos, medos e angústias do *self* codificados em termos contemporaneamente corporais. Nesse sentido, essas sensações abstratas – bem como anormalidades dessas sensações – seriam traduzidas na linguagem da bioquímica orgânica, especialmente do cérebro (ROSE, 2003).

Uma reportagem recente da revista *Veja* exemplifica bem esse entendimento metonímico do cérebro em relação à construção de subjetividades. Intitulada de “A conquista da mente”, a reportagem é capa da edição de 4 de julho de 2012 da publicação semanal e discorre sobre um aparelho desenvolvido por um neurocientista que “ajuda a entender o enigma da consciência e abre o caminho para a prevenção e a cura de doenças mentais” (p. 84). O tom é, como de costume, messiânico e lança mão do clichê de que “certas hipóteses verossímeis apenas em obras de ficção científica começam a ficar mais palpáveis” (p. 90). O aparelho em questão é o iBrain, elaborado pelo neurocientista Philip Low, e teria a capacidade de “ler” impulsos cerebrais para transformá-los em linguagem. O mote da matéria é o experimento do iBrain no físico de renome mundial Stephen Hawking, portador de uma doença degenerativa que causa uma paralisção crescente dos músculos. Hawking, segundo a reportagem, tem uma “mente brilhante ainda altamente produtiva” que “será para sempre uma prisioneira silenciosa do corpo imóvel” (p. 85). O corpo, portanto, não é em si o responsável pela concretização do potencial humano, ao contrário: ele, deficiente, é o que impede esse potencial de se concretizar. E, não por acaso, o detentor de tal capacidade é o cérebro – ele próprio, no entanto, parte do corpo.

Vale notar que, obviamente, a *Veja* não é a primeira a apresentar o corpo como uma prisão ou um elemento causador de restrição – já na Antiguidade, Platão encarava o corpo como uma “prisão da alma”, ideia que o filósofo sedimenta em diversos escritos e diálogos, como o *Fédon*. Diferentemente da ideia platônica de que é a alma o elemento restrito pelas amarras corporais, na reportagem é o cérebro, com seus neurônios, sinapses

que, supostamente, caracterizam sua subjetividade: os amigos, as fotos, os vídeos, as palavras mais usadas, as redes formadas entre os seus contatos etc. É uma espécie de “terceirização” de si mesmo. A sensação ao assistir à exibição de si mesmo não é muito diferente daquela de ver seus órgãos em uma radiografia ou tomografia: estranhamento e não pertencimento. Disponível em: <http://www.intel.com/museumofme/r/index.htm>. Acesso em: 20 jun. 2011.

e neurotransmissores entendidos como materiais. Em um dos infográficos, o perfil de um homem “transparente” deixa ver seu cérebro, do qual saem setas e boxes explicando o funcionamento do aparelho-mote da reportagem (ver Anexo 2). O título da ilustração é, sugestivamente, “A esperança está no cérebro” e apresenta técnicas de interferência no órgão que podem atenuar e curar doenças, além de aprimorar habilidades. Nomes técnicos explicam que áreas cerebrais como o “giro do cíngulo”, “cápsula anterior” e “área subcalosa” são associadas à depressão, e que eletrodos implantados ali podem reestabelecer o equilíbrio da região; impulsos no lobo temporal (que fica na parte de trás do cérebro, aponta a seta) podem melhorar a memória.

A ideia básica da reportagem, que explica o funcionamento do iBrain, é que o aparelho poderá ler os impulsos de Hawking e, assim, realizar o que seu cérebro comanda comunicar. Preenchida por dois grandes infográficos que exibem um cérebro numa estética de radiografia – de transparência, portanto –, a reportagem acena para a o iBrain 2, que poderá ler com maior precisão os impulsos cerebrais. Embora uma espécie de benefício comum seja sugerida no texto (Hawking poderá explicar como chegou à conclusão revolucionária para a física de que as partículas subatômicas neutrinos têm massa), o maior ganho do iBrain e dos aparelhos que o sucederão é:

[S]e todas ou a maioria das atividades cerebrais puderem ser mapeadas, digitalizadas e estocadas, o corpo da pessoa poderá morrer, mas seu cérebro viver para sempre gravado em um chip? Teoricamente, sim (p. 90).

A sugestão é, portanto, que a pessoa vive se seu cérebro estiver vivo – independentemente da morte corporal. O que determina a vida não é precisamente as batidas do coração, a capacidade de fala ou de comunicação, mas o que cérebro supostamente produz: pensamentos, desejos, identidades. Se as doenças mentais já foram explicadas por seu viés psicológico, como afirmou Susan Sontag (1989), são as desarmonias nas áreas cerebrais explicitadas no infográfico da reportagem (giro do cíngulo, por exemplo) que causam transtornos psiquiátricos como a depressão e a epilepsia. O que veremos a seguir é que esses dois modelos de entendimento de si não são excludentes. Ao contrário, eles convivem em certa harmonia e, em determinados discursos, inclusive se retroalimentam.

2.3. Cérebro: o personagem principal?

Em *How to Talk About the Body*, Bruno Latour propõe uma nova teoria normativa sobre o corpo que vai de encontro tanto à visão dos neurocientistas mais positivistas quanto à de pensadores humanistas que alertam para a redução de nossas subjetividades a cérebros ou à fragmentação do corpo, antes uno, em pedaços frios a serem dissecados e analisados em laboratório e imagens técnicas. Para isso, o filósofo lança mão do conceito *articulação*:

Um sujeito inarticulado é alguém que sente, faz e diz sempre o mesmo, independentemente do que os outros disserem ou fizeram (por exemplo, repetir *ego cogito* a tudo o que afeta o sujeito é uma prova clara de burrice inarticulada!). Um sujeito articulado, ao contrário, é alguém que aprende a ser afetado pelos outros – e *não por si mesmo* (LATOUR, 2009, p. 210).

Assim, Latour pretende questionar o tipo de realismo associado aos empiristas ingleses que – embora muito difícil de sustentar filosoficamente depois de Kant – parece ainda ser tacitamente sustentado pelas ciências naturais: a ideia de qualidades primárias e secundárias⁴⁵. Segundo Curley, qualidades primárias para o empirista inglês John Locke são aquelas “absolutamente inseparáveis dos corpos independentemente das forças que agem sobre eles” (CURLEY, 1972, p. 439) – como, por exemplo, a solidez e a textura. As características secundárias, por sua vez, seriam “nada nos objetos em si, mas poderes de produzir variadas sensações em nós por meio de suas qualidades primárias” (ibid., p. 440). Essa divisão entre o objetivo, isto é, o que existe na *natureza*, e o subjetivo, que existe em nossa mente, para Latour, não é interessante. Com o conceito de articulação, o corpo passa de uma matéria pronta que responde a estímulos para uma construção operada gradativamente *também por meio de aparatos técnicos*. O exemplo utilizado pelo filósofo é o “treino de narizes” para a indústria de perfumes por meio do *kit* de odores: o aluno aprende a perceber as diferenças mais sutis entre odores que, antes das aulas, eram para ele idênticos. Os odores não seriam, no entanto, sentidos ou coisas, mas *proposições* articuladas. Posto de outra forma, não se poderia dizer dos odores afirmações referentes a eles como “questões de fato” (*matter of facts*) – algo real, concreto, dado sensorial e indiscutível, em contraposição a questões abstratas, discutíveis e porosas –, apenas proposições *negociáveis* (daí a diferença em relação a “questões de fato”) sobre as quais não cabe a pergunta “é real ou construído?”, uma vez que elas não se pretendem referências a uma suposta realidade em oposição a uma construção (social). As

⁴⁵ Latour faz, aqui, referência implícita (explícita apenas nas referências bibliográficas do artigo) a Robert Boyle e ao filósofo empirista John Locke, principais articuladores desses conceitos.

proposições articuladas – como os odores –, enfim, nos tornariam (a nossos corpos) mais sensíveis às diferenças e, portanto, corpos com mais elementos para sustentar essas diferenças. E esses corpos articulados construiriam seus próprios mundos, de acordo com suas articulações particulares – e mutáveis (LATOUR, 2009).

Para propor uma nova teoria normativa sobre o corpo, Latour sugere também uma nova epistemologia política da ciência, proposta inicialmente por Isabelle Stengers e Vinciane Despret. Os detalhes dessa epistemologia fogem ao escopo deste trabalho, mas vale dizer que a ideia de Stengers e Despret não se pretende meramente relativista, e sim fornecer outros parâmetros para julgar uma boa ou uma má ciência – ou, no nosso caso, uma boa ou uma má articulação (idem). De qualquer forma, nessa nova teoria, Latour usa o exemplo de um neurocientista que guarda na carteira a foto de sua mulher. A esposa é representada não por seu corpo sorridente, mas por seu cérebro, em cores. Para esse neurocientista, num futuro próximo será possível descartar todas as características que observamos em uma pessoa para diferenciá-la de todas as outras, e atentar apenas para seu cérebro. O ponto de Latour é que, mesmo em seu discurso (entendido como) reducionista, esse neurocientista *não pode* ser reducionista nem reduzir a compreensão de nós mesmos a uma parte específica do corpo. Se assumimos essa possibilidade, para ele, estaríamos concordando com uma visão tradicionalista da ciência segundo a qual haveria *qualidades primárias* às quais se reduzir um corpo/pessoa – que, na crítica de Latour às ciências humanas, seria a “subjetividade”. Afinal, como reduzir se não há um substrato ao qual se chega com essa redução? Da mesma forma, é impossível minar a subjetividade do sujeito, uma vez que não haveria distinção entre subjetividade e objetividade. Como afirma Latour:

Esse é o resultado um tanto paradoxal dos estudos sobre a ciência voltados para o corpo. Não é uma luta contra o reducionismo, nem uma reivindicação pelo corpo subjetivo pessoal, completo que deveria ser respeitado, e não ‘cortado em pedaços’. É, ao contrário, uma demonstração da *impossibilidade de um cientista reducionista ser reducionista!* No laboratório dos jalecos brancos mais escandalosamente eliminativistas, os fenômenos proliferam: conceitos, instrumentos, inovações, teorias, bolsas, preços, ratos e outros jalecos brancos... O reducionismo não é um pecado do qual os cientistas devem se redimir, mas um sonho tão inalcançável quanto estar vivo e não ter corpo *nenhum* (ibid., p. 227).

As imagens cerebrais, assim, seriam incapazes de reduzir ou minar nossas subjetividades, tampouco seria possível dizer que ‘eu sou meu cérebro’, como diz Ortega. Segundo a teoria proposta por Latour, os aparelhos tecnológicos – entre eles, os de

produção de imagens cerebrais – só têm a capacidade de somar sensibilidades e diferenças aos corpos, ou seja, propor cada vez mais articulações. Segundo essa lógica, não haveria um caráter especialmente negativo na existência de um “sujeito cerebral”, como propõem Ehrenberg (2009), Ortega (2010), Vidal (2005), Rose (2010), Sibilía (2008) e outros, que resumiria a “redução da pessoa humana ao cérebro: a crença de que o cérebro é a parte do corpo necessária para sermos nós mesmos, no qual se encontra a essência do ser humano, ou seja, a identidade pessoal entendida como identidade cerebral” em detrimento de uma construção de si pautada pela intimidade e pela interioridade, em uma perspectiva menos *psicológica* – e mais *neurológica* (ORTEGA, 2008, p. 492). Na modernidade, o entendimento das doenças orgânicas como enfermidades psicológicas sensibilizavam o homem para aspectos intangíveis da sua existência – o inconsciente, os sonhos, os “desejos”. Atualmente, podemos dizer que a compreensão das doenças mentais como físicas e concretas nos faz perceber de outra forma o cérebro; adquirimos uma nova parte do corpo que até então não havíamos notado de forma tão central. Ou seja: para Latour, é um equívoco das ciências humanas focar no discurso reducionista da ciência, uma vez que esse tipo de luta e crítica admite a possibilidade de reducionismo – quando não há.

Essa redução do *si-mesmo* ao cérebro nos remete ao capítulo anterior, quando Ricoeur, no primeiro ano da década de 1990, já deu a pista, ao falar sobre os *puzzling cases* de ficção científica propostos por Derek Parfit em *Reasons and Persons* (1975).

O cérebro, com efeito, difere de muitas partes do corpo, e do corpo completo como experiência integral, no sentido de que ele é despojado de todo estatuto fenomenológico e, portanto, do traço da minha dependência. Tenho uma relação vivida com meus membros como órgãos de movimento (a mão) ou de percepção (o olho), de emoção (o coração) ou de expressão (a voz). Não tenho nenhuma relação vivida com meu cérebro. (...) Sua proximidade na minha cabeça confere-lhe o caráter estranho de interioridade não-vivida (RICOEUR, 1991, p. 159).

Se voltarmos à dialética da ipseidade e da mesmidade do primeiro capítulo, o entendimento de nós mesmos como nosso cérebro (sadio ou doente) – a relação metonímica sobre a qual já falamos diversas vezes – pode ser compreendido também como uma redução de nós mesmos a uma característica física e, portanto, à *mesmidade*. Num cenário onde o cérebro é o principal elemento de identidade, é o *idem*, o *mesmo* que a embasa. No entanto, para Ricoeur, o cérebro é a marca de *qualquer corpo*, não do meu próprio corpo. É a característica generalista do cérebro impediria que não tivéssemos com ele uma relação pessoal, única, como a que temos com nossos órgãos sensíveis (RICOEUR, 1991). Daí seria possível a matéria da *New Scientist* e da *Veja*: que, por meio

do mapeamento cerebral de um indivíduo, é possível curar toda a humanidade (ou todas as mulheres diagnosticadas com transtorno orgásmico). Entretanto, ao mesmo tempo em que é possível ver o meu cérebro como o cérebro do outro e *qualquer cérebro*, a experiência contrária, individual, também está ganhando força. É a diferença que Ehrenberg assinala entre *individuação* e *individualização*. Quando vemos uma imagem cerebral e imaginamos que aquele é um cérebro humano, e pensamos na possibilidade de uma intervenção no cérebro ter efeitos em toda a humanidade, estamos falando de individuação, “identidade pessoal que faz com que uma coisa seja ela mesma (uma mosca ou um homem)” (EHRENBERG, 2009, p. 197). Por outro lado, a experiência acenada por Latour de um cérebro exclusivamente meu, que permite o neurocientista identificar afetivamente sua esposa por uma imagem cerebral, faria parte do campo da *individualização*, “o sentido que atribuímos a essa identidade [pessoal], a consciência que se tem dela” (idem). A diferença é que, para Latour, a individualização do cérebro por meio da neurociência é impossível, por mais insistentemente que a reivindicuem cientistas e revistas *Veja* – e isso porque não há distinção entre subjetividade e objetividade.

Se, como afirma Latour, estamos começando a entender nosso cérebro como um órgão único a cada um de nós, diferente um do outro, seu aspecto específico (no sentido de espécie humana, *homo sapiens*) cai por terra e o cérebro torna-se um órgão *vivido* como o é o nariz (ou a mão, o olho, a voz etc.), dotado de afeto. Em *O si-mesmo como um outro*, Ricoeur recorre aos *puzzling cases* de ficção científica de Parfit para imaginar um mundo onde o cérebro é manipulável. Hoje, é no campo da própria ciência e, principalmente, da mídia que esses *puzzling cases* se desenrolam e colocam em questão nossa identidade pessoal.

É inegável que vivemos numa cultura somática na qual o entendimento de nós mesmos é cada vez mais pautado por um vocabulário neuroquímico, que empiricamente constatamos a importância do cérebro para a constituição de nossos *selves* – seja na tradução de sentimentos, emoções ou processos cognitivos. A reportagem da revista *Veja* há pouco mencionada é apenas uma ilustração da miríade de matérias, programas de TV, blogs e vídeos no YouTube dos quais essa perspectiva *neuro* pode ser apreendida. A esse respeito, não há discordância dos trabalhos de Ehrenberg, Bezerra Júnior, Freire Costa, Ortega (e outros pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ), Vaz, Franco Ferraz e Tucherman – contexto acadêmico no qual está dissertação está inserida. Livros e artigos de autoajuda que apresentam o cérebro como forma de manter uma vida boa e

longa (CASTELLANO, 2014). Problemas sociais – que no século XX passaram a ser traduzidos a partir de um vocabulário psicológico (FREIRE FILHO et al, 2008) – agora são explicados por diferenças neuronais (ORTEGA, 2010).

Mas o que dizer do objeto de estudo desta dissertação? O que dizer dos relatos autobiográficos – literários e midiáticos – a respeito dos transtornos psiquiátricos? Será que os autores dessas narrativas (escritores e celebridades, neste caso) compartilham dessa visão de si mesmos como sujeitos cerebrais, neuroquímicos, fragmentados? Ao que parece, não exatamente – ou, ao menos, não de forma tão categórica como o faz a mídia jornalística. O que pude perceber na análise do objeto desta dissertação foi um cenário que corrobora, de certa forma, a proposição de Latour: as subjetividades construídas durante essas narrativas não sugerem um *self* reduzido ao cérebro, embora este tenha sim uma participação na compreensão dos transtornos mentais. Ao contrário, elas constroem um entendimento de si como sujeito dotado de um *interior psicológico* – este mesmo interior moderno que estaria em declínio com a ascensão da cultura somática. Os livros autobiográficos – *Todos os cachorros são azuis* e *Hospício é Deus* –, em sua linguagem literária, não acompanham a “virada neurológica” da literatura ocidental, que, “em suas explorações dos fatores neurológicos, e também genéticos, que afetam a existência humana, (...) abordam uma mudança de paradigma no nosso entendimento do mundo e de nós mesmos” (PEACOCK & LUSTIG, 2013, p. 5). Eles se inserem com maior generosidade justamente na cultura terapêutica e psicológica cujo suposto declínio vem sendo anunciado nas humanidades. Em linhas gerais, a cultura terapêutica surge quando o éthos terapêutico se dissemina e se instala em muitas ou todas instituições sociais, e o entendimento de si a partir de um interior psicológico se populariza. Nas palavras de Eva Illouz, “o discurso terapêutico cruzou e borrou as esferas compartimentalizadas da modernidade e passou a constituir um dos maiores códigos pelos quais expressamos, moldamos e orientamos nossa individualidade” (ILLOUZ, 2008, p. 6).

O relato de Rodrigo de Souza Leão em *Todos os cachorros são azuis* é o que mais se aproxima da construção de uma bioidentidade. Diversas vezes ao longo do livro, o autor menciona a genética como causa para a esquizofrenia:

A origem da loucura em mim não deve vir do meu pai e nem da minha mãe. Mas o gene com certeza é da família de meu pai. Minha avó tem uma mania de perseguição horrível. Acha que meu pai não gosta dela. Acha que deveríamos pagar o aluguel pra ela (SOUZA LEÃO, 2006, p. 46, grifos meus).

Ainda assim, a palavra gene só aparece duas vezes ao longo do livro. Já “cérebro” não tem nenhuma figuração. Nem mesmos nas entrevistas que o autor deu a sites, jornais e blogs há a menção à esquizofrenia ou à loucura como doença cerebral, tampouco a um entendimento de si mesmo a partir de circuitos neuroquímicos de seu corpo. Em *Todos os cachorros*, a materialidade da doença se revela em seu tratamento: remédios, injeções, choques. Tudo é mencionado pelo nome farmacêutico ou até científico, conferindo à esquizofrenia de Rodrigo um aspecto mais concreto e mundano. É só na menção aos tratamentos que palavras referentes ao corpo como *organismo* surgem. “À parte disso, tenho em mim todos os remédios do mundo” (p., diz Rodrigo, em paráfrase do célebre verso de Álvaro de Campos no poema Tabacaria, que guarda muitas semelhanças com narrativa de Rodrigo: “Não sou nada./ Nunca serei nada./ Não posso querer ser nada./ À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”)

O próprio título do livro é referência ao medicamento mais mencionado pelo narrador: o haloperidol, antipsicótico vendido sob o nome de Haldol pela empresa Janssen na forma de um comprimido *azul*. Azul também é a cor de um cachorro de pelúcia que Rodrigo tinha na infância. Não raro, o autor faz o paralelo entre o brinquedo – que lhe dava conforto, e era sua “melhor companhia” – e o medicamento: daí o título da obra. “O cachorro azul é da cor do Haldol. É meu amigo” (ibid., p. 16). Mesmo na menção mais materialista de sua doença – o medicamento –, Rodrigo recorre a uma abordagem psicológica e psicanalítica para si e para sua subjetividade. Ele não é feito de cérebro e conexões nervosas, tampouco somente de genes. Em *Todos os cachorros* e nas entrevistas que deu sobre o assunto, Rodrigo é feito de pedaços (“Quebrei, porque sou feito de cacos e quando os cacos me convidam, desordeno tudo”), de problemas (“Sou um problema ambulante”), de bestialidade (“sou um pterodátilo numa gaiola”), de infância (“Será que a minha infância definiu quem eu ia ser? Eu era um menino quieto. O olhar perdido”) e de remédios (O mar verde Lexotan 6. O céu azul Haldol 5. O Rivotril branco das nuvens”). O *self* que Rodrigo constrói em sua narrativa de si não é neuroquímico, mas vive em um mundo onde a ciência e a medicina têm papel irrevogável nessa construção por meio de medicamentos. O discurso da interioridade psicológica (e, obviamente, a prosa poética, que Rodrigo conta em uma entrevista ter querido aproximar da “linguagem da loucura”) é também bastante presente. Seu discurso é um discurso terapêutico, mas não por excelência. Este parte de outra esfera, a midiática, e é aqui representado por Paula Fernandes e Luciana Vendramini.

Na mídia, a narrativa terapêutica ganha uma estrutura mais ou menos fixa, como acenamos no primeiro capítulo. A começar pelo objetivo do relato. Luciana e Paula não narram suas histórias para mostrar como se tornaram celebridades, elas narram suas histórias para falar sobre o sofrimento pelo qual passaram. É o sofrimento a base da narrativa terapêutica: mesmo o sucesso das celebridades no mundo profissional (e no pessoal, como elas enfatizam ao longo das entrevistas) não é o que motiva a narrativa. “[É] precisamente a possibilidade de que o *self* está ou pode ser desfeito em meio ao sucesso mundano” (ILLOUZ, 2008, p. 182).

No universo da música sertaneja pop, a cantora Paula Fernandes revela seu avesso para o público – não seu cérebro ou suas vísceras, mas seu interior psicológico, sentimental, como diz fazer em suas músicas. Como já comentamos, Paula sofreu de depressão ainda jovem, quando começava a fazer sucesso. E, desde 2011, recebe a mídia periodicamente para falar sobre a doença que experimentou e *superou* – e aconselhar ouvintes e leitores sobre o que fazer quando se tem os sintomas da depressão. Falaremos mais sobre essa narrativa de Paula no próximo capítulo.

A depressão de Paula não é um desequilíbrio neuroquímico no cérebro, tampouco apresenta uma dimensão molecular: a palavra orgânica só é timidamente mencionada uma vez, quase inaudível antes de ser cortada por uma das apresentadoras do programa *Manhã Maior*: “é uma questão orgânica”⁴⁶. A causa se apresenta como psicológica: a cantora, inclusive, atribui a doença a um excesso de sensibilidade: “Eu descobri que eu tive depressão porque sou uma pessoa sensível”⁴⁷. Não foi a genética, tampouco uma imperfeição neuromolecular o responsável pela doença da cantora. A depressão, em seu relato, caminha na esfera emocional e muitas vezes pretensamente psicanalítica – mas raríssimas vezes no campo *neuro*. Em sua narrativa, a ênfase é muito maior no caminho de superação da depressão e, principalmente, em como a depressão a tornou a pessoa que ela é: não um cérebro defeituoso, mas um sujeito emocional, espiritual, cujo interior é revelado nas entrevistas e nas músicas.

O diálogo entre Paula e a jornalista Marília Gabriela, no programa *De frente com Gabi* (GNT), exibido em 2011, demonstra com clareza a visão de Paula sobre a doença mental. O assunto daquele momento é o início da carreira profissional da cantora, quando ela fazia inúmeros shows em rodeios em todo o país, numa rotina estafante.

⁴⁶ Disponível em: <http://youtu.be/ISCDY-ZApRY>. Acesso em: 10 jan. 2014.

⁴⁷ Disponível em: <http://globoTV.globo.com/rede-globo/mais-voce/v/paula-fernandes-sou-o-resultado-da-depressao-que-tive-aos-18-anos/2139067/>. Acesso em: 5 dez. 2013.

Marília Gabriela: É uma época de perder a infância.

Paula Fernandes: Sim.

MG: Você se ressentiu disso ou não?

PF: Ahn... Os conflitos vieram. Aos 18 anos, quando eu entrei em depressão.

MG: Você entrou em depressão, você já trabalhava muitíssimo.

PF: Já.

MG: Você já fazia sucesso?

PF: Não.

MG: [Algum] tipo de sucesso?

PF: Eu tinha uma vida de quem tinha sucesso, mas eu não tinha sucesso.

MG: Então vamos dizer, você lidava com o que talvez... Não, lidava com o fato de você estar sendo rejeitada profissionalmente, isso também?

PF: Hum, também me incomodou. Mas eu pulei etapas, obviamente, tanto da infância quanto da adolescência. Na época das festinhas com as amigas, eu era a festa, né, eu é que fazia a festa. E pulei etapas sim, e acho que isso causou um conflito muito grande, sim...

MG: Você lembra qual foi o gancho, o que foi que fez...

PF: Eu sabia que estava faltando alguma coisa, mas não sabia exatamente o que que era. Eu me lembro que fui ao cinema aos 15 anos pela primeira vez. E depois não mais. Eu sabia que estava faltando alguma coisa, eu sempre trabalhei demais. Eu acho que, assim, eu segui o caminho certo, meus pais deram o que eles tinham de melhor e acreditavam que era o correto pra mim, mas... Os erros acontecem, obviamente. Não os culpo de forma alguma, porque eu também escolhi. Mas estava faltando alguma coisa dentro do meu núcleo familiar. Então, além dos ‘nãos’ que eu levava sempre por ser mulher, por ser compositora, por ser uma única artista, quer dizer: por ser menina, ainda era uma menina. Chama até de muito verdinha ainda; eu queria ter vivido muita coisa, e eu não sabia o que que era⁴⁸.

A figura que se constrói aí, paradigmática das narrativas terapêuticas, é a da vítima. O trecho acima reproduzido do depoimento de Paula é um exemplo. Marília Gabriela sugere a causa da depressão como uma espécie de *ressentimento*, ao que Paula responde de forma evasiva: “Os conflitos vieram”. A causa do sofrimento da cantora (a depressão) não está em seu cérebro, mas em seu passado, em sua infância perdida no sobretrabalho juvenil. Ela não tem *culpa* pelo surgimento de sua depressão, pois a doença é “realmente é o mal do século, que pode acontecer com qualquer pessoa, de qualquer idade. Tem neném, tem criança que fica deprimida, tem idoso que fica deprimido. É uma coisa universal que pode acontecer”⁴⁹. Como afirma Frank Furedi (2004), a vulnerabilização dos *selves* é característica central desse éthos terapêutico: todos são vítimas potenciais de males que estão “à solta” – entre eles, a doença mental. Diz Furedi:

⁴⁸ Disponível em http://youtu.be/1fDqs_IztWQ. Acesso em: 12 dez. 2013.

⁴⁹ Disponível em: <http://globoTV.globo.com/rede-globo/mais-voce/v/paula-fernandes-sou-o-resultado-da-depressao-que-tive-aos-18-anos/2139067/>. Acesso em: 30 fev. 2014.

A cultura terapêutica não apenas orienta as pessoas para se resignarem a um estado de desamparo, ela também aconselha o público a extrair sentido desse desamparo. A vítima personifica a impotência do *self* vulnerável. Essa subjetividade é ratificada pela crença de que nossas ações são sujeitas a forças poderosas fora do nosso controle. No passado, esse sentido de impotência era explicado como resultado de circunstâncias socialmente determinadas. Hoje, essas explicações são muito mais individualizadas – elas envolvem a vulnerabilidade do *self* a danos mentais de longo prazo causados por pais, amantes, parceiros e amigos (2004, p. 115).

Essa vitimização e a vulnerabilização do *self*, segundo Furedi, são aspectos-chave da cultura terapêutica, as narrativas de Luciana e Paula. Ela explica o passado – a origem das doenças –, exime os indivíduos de responsabilidade sobre o sofrimento que os colocaram na condição de sujeitos passivos, impotentes, desamparados e necessitados de ajuda – de especialistas, em particular. “Segundo a versão terapêutica de individualidade, as pessoas não são autores, mas vítimas das circunstâncias”, diz o autor (ibid., p. 114). Faz sentido que, no parágrafo seguinte a essa frase, Furedi mencione o “pai” da psicologia positiva, Martin Seligman, como “um psicólogo importante (...) que adota a perspectiva de que a influência da narrativa do ‘não podem fazer nada’ na verdade tem o efeito de roubar das pessoas a capacidade de lidar com o sofrimento” (idem, ibidem). Ora, mas a psicologia positiva de Seligman enseja uma característica tão marcante na cultura contemporânea quanto a vitimização enfatizada por Furedi, embora oposta: o imperativo da felicidade, a ideia de que “qualquer um” pode ser bem-sucedido e feliz, basta desejá-lo – e, caso isso não aconteça, não se deve culpar outras pessoas ou instituições, tampouco o Estado. É neste ponto que discordamos de Furedi, e somos corroborados justamente pelas celebridades aqui analisadas. O que torna as narrativas de Paula e Luciana tão atraentes e interessantes aos olhos do público e da mídia é, além do sofrimento ali relatado e do reconhecimento moral que ele carrega, a possibilidade de *superação* desse sofrimento e de “tomar as rédeas” da própria vida. É essa a mensagem transmitida por Paula e Luciana: não temos culpa pelos males que nos assolam, mas temos a responsabilidade de superá-los e nos realizarmos como pessoas. Para isso, a assistência de psicólogos, terapeutas, livros de autoajuda etc. é mais do que bem-vinda. O discurso da autoajuda, que Furedi menciona como mais uma marca do éthos terapêutico, é justamente aquele que insta as pessoas a serem melhores, mais felizes, mais realizadas.

É importante notar que os dois discursos – de vitimização e de empoderamento de si – coexistem e às vezes se chocam, mas não necessariamente são excludentes. Tampouco a prevalência do discurso do “faça você mesmo” vai de encontro ao éthos

terapêutico, uma vez que ele é insuflado pelo mesmo vocabulário psicológico de “mergulho dentro de si”. A chave está dentro de nós. Foi dentro de si mesmas que Paula e Luciana contam ter encontrado a capacidade de superação de seus sofrimentos psíquicos.

O discurso de Luciana, por exemplo, a constrói como autoridade em transtorno obsessivo-compulsivo – a atriz inclusive escreveu um livro sobre o assunto, ainda não publicado. Sua fala é permeada por referências a teóricas (Freud, Jung) e a uma suposta erudição que a atriz insiste em demonstrar. Em um trecho da entrevista a Marília Gabriela, Luciana chega até mesmo ao didatismo:

Os psicóticos são diferentes dos neuróticos, né. O psicótico, ele se desliga do mundo e vai para uma outra esfera. O neurótico, que são os saudáveis, que somos nós, a gente tem cura e consegue ter o discernimento do real e do sonho.⁵⁰

Luciana se mostra como intelectual, interessada na literatura sobre a mente humana. Ela fala com frequência sobre o tratamento da doença, com o qual se envolveu por meio de leituras e pesquisas. “Eu quis tratar, fui a fundo. Mergulhei no estudo, na psicanálise e na alopatia para entender como funciona o mecanismo, se preciso de remédio ou não.” Essa mistura entre o conhecimento formal e informal, segundo Illouz, demonstra o movimento intrínseco à cultura terapêutica na direção de identidades não apenas puramente *experts* ou *populares*, mas uma mistura dos dois. “Na narrativa terapêutica, tornamo-nos sofredores e também especialistas, bem como terapeutas uns dos outros, pois a linguagem terapêutica padronizou trajetórias de vida e discursos autobiográficos” (ILLOUZ, 2003, p. 168).

O entendimento de si como indivíduo “neuropsicológico” fica claro quando, no auge de sua persona *mezzo* especialista, *mezzo* paciente, ela delimita um limiar para os tipos de tratamento:

Todo processo que a gente passa, ou de depressão, de angústia, ou algum transtorno mental, é o desejo de autoconhecimento. Às vezes a gente busca a resposta na palavra, numa psicanálise, que é muito importante. Mas no meu caso foi muito difícil na psicanálise, eu tive que buscar tratamentos médicos, assim mesmo, até entender que é um momento que não é mais de interiorizar, você não tá mais se olhando pra dentro. É um problema, é uma doença que você tem que tratar com coisas químicas mesmo⁵¹.

⁵⁰ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3UigeK2njyM>. Acesso em: 12 abr. 2013.

⁵¹ Disponível em: <http://youtu.be/udwA6x31pEg>. Acesso em: 20 set. 2013.

2.4. O *self* neuropsicológico

Ao mesmo tempo em que o “sujeito cerebral” desponta como *self* prevalente na cultura contemporânea, ele, obviamente, convive com outras formas de estar no mundo – como o éthos terapêutico. As narrativas de Rodrigo, Paula e Luciana demonstram essa coexistência e, especialmente no caso das celebridades, convivência. Remédios psiquiátricos, baseados em estudos científicos sobre sua atuação no organismo, são administrados em conjunto com terapias comportamentais, psicanálise e “autoconhecimento” como forma de tratamento para transtornos mentais. Para entender essa coexistência de *modos de existência* entre a cultura somática e a cultura terapêutica, vale recordarmos uma narrativa muitas vezes deixada de lado nos estudos sobre a cultura somática: aquela que explica a etiologia da loucura na sociedade, na comunidade e na família, cujo auge se deu nas décadas de 1960 e 1970. Essa narrativa será fundamental justamente para o surgimento da cultura terapêutica nos Estados Unidos no final da década de 1970 e início dos anos 1980 – chamada pela revista *Time* de “revolução da emoção” (STAUB, 2011).

Essa história é contada por Michael Staub (2011). Como vimos no início deste capítulo, uma etiologia biológica para as doenças mentais já era defendida desde meados do século XIX. A busca por correlatos cerebrais e orgânicos para esses transtornos intensificou-se com o advento de tecnologias de visualização médicas, que viraram o corpo do avesso e abriram espaço para investigações nos cérebros animal e humano. No período após a Segunda Guerra Mundial, no entanto, essa busca começou a dar sinais de desgaste, principalmente porque não haviam sido encontradas relações entre o organismo e a ocorrência de doenças mentais, e o modelo biológico para essas doenças começou a ser questionado. Ao mesmo tempo, uma “fascinação transdisciplinar” pelos diagnósticos de doenças na sociedade começou a fortalecer as hipóteses sociológicas para suas origens⁵² (STAUB, 2011). Segundo o autor,

Estas quatro ideias centrais – a etiologia social mais que a biológica para a loucura, a maleabilidade da mente humana, a ideia de “fingimento” e inautenticidade como veneno para as relações humanas e a ideia de uma sociedade doente – formariam uma estrutura complexa e interligada na qual cada fator tinha pesos diferentes em diferentes pontos, mas na qual o pensamento sobre cada fator se desenvolvia de forma interdependente com o pensamento sobre os outros. Em última

⁵² Em seu estudo hoje clássico *O suicídio* (1897), Durkheim apresenta a hipótese de que grupos com forte integração social exibem uma taxa de suicídio menor do que os grupos menos integrados (HORWITZ, 2002).

instância, essas teorias da loucura produziram um esquema convincente para entender tanto a natureza humana individual quanto problemas sociais (ibid., p. 41).

Essa estrutura culminou no final da década de 1960, quando o psiquiatra liberal Robert Coles proclamou que as doenças mentais nunca teriam fim por meio de avanços médicos porque a doença mental era “um problema social envolvendo a família, a criação, a comunidade, a nação e sua condição econômica ou política” (apud STAUB, 2011, p. 63). A sociedade, portanto, deveria ser o alvo do tratamento. E a loucura, em uma sociedade doente, tornava-se uma “reação adequada e saudável a injustiças sociais grotescas” (ibid., p. 7). Não à toa, as décadas de 1960 e 1970 foram o auge do movimento antipsiquiátrico, que no Brasil foi representado principalmente pela psiquiatra junguiana Nise da Silveira. Nise, contemporânea de Maura Lopes Cançado (autora de *Hospício é Deus*), foi responsável pela introdução do tratamento da loucura por meio da arte. Internada no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, Maura fez parte da Ocupação Terapêutica fundada pela médica – única parte do hospital elogiada pela escritora. Por meio da arte, os pacientes psiquiátricos abriam seu inconsciente para novas vias de comunicação com o outro. A loucura, naquele cenário antipsiquiátrico brasileiro, portanto, não era uma doença a ser combatida, mas um estado de “caos consciente”, para usar o termo junguiano, que poderia ser contornado por meio da arte. Faz sentido, portanto, que o discurso antihospitalar de Maura também expresse uma visão da loucura “pura”, que a escritora diferencia da “doença mental”. A loucura, para Maura, é por vezes a única forma de ser são – ou santa: “O louco é divino, na minha tentativa fraca e angustiante de compreensão” (LOPES CANÇADO, 1975, p. 28). Já a doença mental é uma espécie de estado entre-estados, o da não-loucura e o da loucura *verdadeira*, liberta. Diz Maura:

Estar internado no hospício não significa nada. São poucos os loucos. A maioria compõe a parte dúbia, verdadeiros doentes mentais. Lutam contra o que se chama doença, quando justamente esta luta é que os define: sem lado, entre o mundo dos chamados normais e a liberdade dos outros. (...)

O doente, ainda preso ao mundo de onde não saiu completamente, tratado com brutalidade, desrespeito, maldade mesmo, reage. Tenta agarrar-se ao mundo de onde não saiu completamente. Apega-se a seus antigos valores, dos quais não se libertou tranquilo. Principalmente teme: a característica do doente mental é o medo (não o medo das guardas, dos médicos. O medo de se perder de todo antes de se encontrar). Considero um noviciado, depois do que as provas perdem a razão de ser. (...)

De novo: o que me assombra na loucura é a eternidade.

Ou: a eternidade é a loucura.
Ser louco para mim é chegar lá (ibid., p. 29).

Também em consonância com a etiologia e tratamento sociais para os transtornos psiquiátricos, em *Hospício é Deus*, a esquizofrenia de Maura (ou personalidade psicopática, ou os tantos outros diagnósticos que a escritora recebe) está em sua família e, muitas vezes, na sociedade como um todo. Embora se considere uma pessoa “diferente” desde a infância, ela aponta sua criação como responsável pelo desenvolvimento da loucura – aprofundada durante suas internações:

Teria sido diferente meu modo de ser se meus pais soubesse orientar-me? Naturalmente sim, creio (...). Evidentemente, parece-me, já se manifestava em mim um temperamento paranoide. Uma boa orientação, entretanto, podia ter corrigido esse defeito de personalidade.

Se não estamos completamente doidas, ficamos vindo para cá (ibid., p. 87).

A escritora também tem à sua disposição no hospital um tratamento psicanalítico, além do psiquiátrico. No caso de Maura, seu psiquiatra estava terminando a formação psicanalítica – e a tratava nas duas esferas. A relação do médico e paciente era, portanto, ambígua: Maura o desdenhava em seu posto de autoridade, mas admirava-se com o orgulho em si mesma proporcionado pela análise. Em seu diário, é descrito todo o cenário de desconfiança em relação à psiquiatria, num questionamento à autoridade do médico, ao mesmo tempo em que a psicanálise a atrai. Em um trecho do livro intitulado “O jogo”, Maura descreve como vê suas sessões de análise:

Qualquer reação, se estamos diante de um analista (ou com pretensões a), é sintomática, reveladora de conflitos íntimos, ponto de partida para as mais variadas interpretações. (...) Jamais expressamos a verdade – que passa por caminhos sinuosos, apenas conhecidos do “monstro” à nossa frente, o analista, único que não se deixa enganar. (...) E julga flagrar-nos quando fazemos observações puras e autênticas. Ah, ele sabe que não são autênticas. O tal de analista sabe. Uhhhhhhhhhhhhhh! (ibid., p 40).

O poder psiquiátrico, antes inquestionável e irrestrito, é, nos anos 1960 e 1970, colocado em dúvida – como todas as instituições, à época: governos, igrejas, famílias. Pois são elas as causadores dos males psíquicos, do sofrimento experimentado nos hospícios e nas mentes. Ao mesmo tempo, os tratamentos psicológicos, no Brasil, começavam a ser mais utilizados e respeitados, daí a atração de Maura pelo seu doutor A. – “O tratamento me fascina e preciso fazê-lo” (p. 38).

Nos anos 2000, como vimos, a medicalização psiquiátrica se expande cada vez mais no tratamento de desvios comportamentais entendidos como transtornos e doenças que prejudicam a produtividade e causam sofrimento. O embasamento científico é a justificativa para essa expansão psiquiátrica: os remédios agem sobre o cérebro – mais especificamente, sobre neurotransmissores, moléculas, elementos químicos desequilibrados –, uma vez que trata-se de doenças orgânicas. Mas a visão psicológica do *self* não foi sobrepujada, muito pelo contrário. Por se sentirem vulneráveis e, por consequência, doentes, Paula e Luciana buscam ajuda: de remédios e de terapia. Luciana conta que “o remédio foi 50%, e a terapia cognitiva 50%” de sua “cura”⁵³.

⁵³ Disponível em: <http://gente.ig.com.br/luciana-vendramini-eu-achei-que-ia-ficar-louca/n1238009084618.html>. Acesso em: 20 set. 2013.

3. O diagnóstico

Quem precisa das 947 páginas do DSM-5? Tudo de que a maioria dos consumidores precisa é mesmo do aplicativo para celular com os critérios de diagnóstico do DSM-5 (HACKING, 2013).

No primeiro capítulo desta dissertação, discorremos sobre a construção de temporalidades e identidades nas narrativas de si a respeito de transtornos psiquiátricos, principalmente a partir da dialética da *ipseidade* e da *mesmidade* de Paul Ricoeur (1990). No segundo, exploramos as diversas compreensões desses transtornos como orgânicos e vimos que, apesar de vivermos em uma cultura somática pautada em um discurso neuroquímico sobre o *self*, as narrativas midiáticas e literárias que escolhi para o *corpus* privilegiam outras explicações para as doenças mentais – como a sensibilidade, o passado, a vida em sociedade etc. Agora é a hora de nos debruçarmos sobre o principal catalisador dessas narrativas, aquilo que torna possível a invenção desses *eus* que tratamos aqui: o diagnóstico psiquiátrico.

Afinal, como disse na Introdução, é isto que busco entender neste trabalho: como se dá a *invenção de si* nessas narrativas autobiográficas, como seus enunciadores entendem-se como *eus*, que tipos de identidade constroem e em que medida elas são pautadas pelos transtornos psiquiátricos com os quais os narradores foram diagnosticados. Eis a palavra é fundamental: diagnóstico. É ele que catapulta as narrativas que anunciei ao longo destes capítulos. É ele que possibilita as explicações de origens das doenças, de superação, do entendimento de si mesmo como autêntico, como veremos no próximo capítulo. Sem o diagnóstico, não haveria linha para costurarmos o percurso desta dissertação.

Antes de tudo, vamos lembrar os diagnósticos de que tratamos aqui. Maura Lopes Cançado, ao longo de sua vida, foi diagnosticada com personalidade psicopática, epilepsia e esquizofrenia. Rodrigo de Souza Leão foi diagnosticado com esquizofrenia – mais especificamente, a esquizofrenia com distúrbio delirante. Luciana Vendramini foi diagnosticada com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Paula Fernandes foi diagnosticada com depressão. Ora, independentemente das nomenclaturas ou dos transtornos específicos supostamente identificados por elas, todas essas classificações partem de um solo comum: a patologia mental. Como tal, a patologia se constrói sempre em relação a um contraponto: a normalidade. Parafraseando Ehrenberg (2005), nosso estudo não pretende delimitar fronteiras mais ou menos reais entre doença e normalidade, mas sim entender a relação entre uma e outra.

3.1 A norma da normalidade

O que é ser normal? Como nota Hacking, a palavra *normal* é “tanto atemporal quanto datada, uma ideia que em certo sentido sempre esteve conosco, mas que pode, em determinado momento, adotar uma forma de vida completamente nova” (HACKING, 1990, p. 160). E, atualmente, ela tem também um significado duplo: a normalidade é tanto o que as coisas são em seu estado usual, estatisticamente predominante, quanto o que as coisas deveriam ser (CANGUILHEM, 1990; HACKING, 1990). “Normal”, portanto, carrega também um sentido moral bastante forte, principalmente desde que o filósofo francês Auguste Comte adotou a palavra também em sentido político e social (idem). Foi em Comte, em seu resgate do médico oitocentista francês Broussais no século XIX, que o normal deixou de ser o inverso do patológico para ser o centro, o padrão – e o patológico, assim, tornou-se o desvio da normalidade.⁵⁴ A partir do final do século XX, entretanto, o patológico deixou de ser apenas um desvio presente na normalidade, mas também entrou no campo do *risco*: o patológico, assim, pode abrigar também o risco do patológico (BEZERRA JR., 2006). Um exemplo foi a disputa para a inclusão, no recém-lançado DSM 5, da “síndrome do risco de psicose”. A síndrome, que acabou excluída do manual, era voltada para jovens e adolescentes que manifestassem algum(ns) sintomas psicóticos cujas consequências pudessem ser doenças psiquiátricas como o transtorno bipolar, esquizofrenia ou até a depressão (MAXMEN, 2012)⁵⁵.

A ambiguidade da palavra “normal” – entre o que é estatisticamente dominante e o que é *normativo* – é essencial para a categorização da patologia. Esta é uma alteração qualitativa (portanto normativa) do eixo da normalidade, não apenas uma alteração quantitativa. A patologia, assim, carrega consigo um valor axiológico que a caracteriza como tal. Não é um número maior de artérias em determinada parte do corpo que configura a patologia, mas quando uma artéria funciona *mal*, não cumpre a *norma* para a qual foi designada. Como afirma Bezerra Jr., em sua análise de Canguilhem:

⁵⁴ Hacking (1990) também lembra, ironicamente, que o resgate de Broussais feito por Comte foi mais enfático no momento em que o filósofo francês se recuperava de um período de crise psíquica. Em meio às aulas do curso de filosofia positivista que lecionada em 1826, Comte entrou em surto depressivo, que foi administrado por ninguém menos que o já mencionado Esquirol. Para Comte, a teoria de Broussais explicava que sua depressão era causada por inflamação e irritação nos tecidos do corpo. Ou seja: ele não tinha *culpa* sobre ela, posto que era orgânica.

⁵⁵ Disponível em: <http://www.nature.com/news/psychosis-risk-syndrome-excluded-from-dsm-5-1.10610>. Acesso em: 25 jan. 2014.

Tomar o normal como normativo implica, assim, definir o patológico não como desvio em relação a um padrão objetivamente definido, mas como expressão de uma potência normativa constrangida, uma resposta criativa mas “infeliz”, não tão bem-sucedida quanto a norma saudável, às injunções da vida no meio em que o ser vivo se encontra (BEZERRA JR., 2006, p. 101).

No caso de algumas patologias, o caráter axiológico toma proporções mais exorbitantes, e o doente torna-se também um desviante, um anormal. É o que acontece com a doença mental, como veremos no próximo capítulo: na sociedade contemporânea, os transtornos mentais denotam vontade fraca, estultícia, falta de controle etc. Assim, pessoas que se inventam como doentes mentais o fazem dentro dessa mesma moralidade, e utilizam para si mesmas as mesmas normas sociais. Inventam-se, portanto, como estigmatizadas. Como afirma Goffman, em seu clássico estudo sobre o tema: o estigmatizado “tende a se agarrar às mesmas crenças que nós” (GOFFMAN, 1963, p. 6). Claro, *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* foi publicado na década de 1960, o auge da teoria social como explicação para os transtornos psiquiátricos (ver Capítulo 2). Entretanto, considero o estigma – assim como o rótulo, o diagnóstico, o estereótipo – um conceito importante para entender as formas de invenção de si empreendidas nas narrativas que analiso nesta dissertação. O próprio Goffman usa a expressão “vontade fraca”, como o faz Freire Costa (2004) e Ehrenberg (2009) em textos mais contemporâneos, para se referir a um tipo específico de estigma, o “de caráter individual” – diferente do estigma corporal, tribal de raça, nação e religião (idem). Em um trecho de *Todos os cachorros são azuis*, Rodrigo expressa a sensação de estigma: “Meu cachorro azul não tinha nome. Nada que eu gosto tem nome. Tudo que é perigoso tem nome. O nome não é dado a alguém para diferenciá-lo. Senão nenhum nome seria igual. O nome é dado para você se igualar ou ser diferenciado dos outros” (SOUZA LEÃO, 2006, p. 15).

Também em *Hospício é Deus* Maura Lopes Cançado expressa o sentimento de marginalização provocado pelo diagnóstico – principalmente quando associado ao poder médico que subjuga o paciente. É quando sua narrativa mais se aproxima da figura estigmatizada de Goffman: quando o rótulo desumaniza, despersonaliza e tem fins estatísticos. É a pessoa transformada em número.

Na minha ficha do hospital meu nome não tem valor. A ficha tem a finalidade de acrescentar mais uma psicopata para a estatística. Estatisticamente sou considerada Personalidade Psicopática – mais nada. (...) Terminarei pela vida como essas malas, cujos viajantes visitam vários países e em cada hotel por onde passam lhes pregam uma

etiqueta: Paris, Roma, Berlim, Oklahoma. E eu: PP, Paranoia, Esquizofrenia, Epilepsia, Psicose Maníaco-Depressiva, etc. Minha personalidade mesma será sufocada pelas etiquetas científicas. Serei a mala ambulante dos hospitais, vítima das brincadeiras dos médicos, bonitos e feios. Terei a utilidade de servi-los ao lançarem a sigla: PP (LOPES CANÇADO, 1965, p. 44).

Está claro que o diagnóstico de transtorno psiquiátrico pode servir como forma de estigma do diagnosticado. Mas o efeito do rótulo vai mais além. Resumir a questão do diagnóstico apenas ao estigma é reduzi-la a apenas um ponto possível. As classificações de pessoas engendram em si e ao redor de si muitos saberes, poderes, conhecimentos, instituições e posições sociais. O estigma é apenas um dos resultados possíveis. Dizer que Maura Lopes Cançado inventa-se como pessoa estigmatizada faz sentido, mas é por demais simplista frente à complexidade da identidade (pessoal e narrativa) criada pela autora.

3.2 Inventando pessoas

Nesse sentido, é esclarecedora a análise de Hacking em *Kinds of People: Moving Targets*, na qual o filósofo propõe uma estrutura de elementos cuja interação resulta na invenção de *tipos* de pessoas, de classificação. Hacking se aventura a compreender como os rótulos interagem com os rotulados, e vice-versa. Seu argumento: diferentemente do que uma visão naturalista da psiquiatria possa fazer parecer, a classificação de uma pessoa como louca (ou, contemporaneamente, portadora de TDAH, depressão, transtorno bipolar etc.) influencia o classificado e o meio onde ele vive de tal forma que a própria classificação eventualmente se transforma.

Nós fazemos isso [vemos tipos de pessoas como objetos de investigação científica] às vezes para controlá-las [...], e às vezes para ajudá-las [...]. Às vezes o objetivo é organizar e ajudar, mas ao mesmo tempo deixar a sociedade segura [...]. Às vezes nós tentamos mudar os outros pelo que é considerado para seu próprio bem [...] (HACKING, 2007, p. 293).

Classificações, portanto – e focamos aqui nas de cunho psiquiátrico – engendram em si e ao redor de si conhecimentos, poderes, modos de ser, de viver e toda uma rede influenciada por essas classificações. Segundo Hacking, essas classificações são instrumentos utilizados para o conhecimento, mas acabam também por “inventar pessoas” (HACKING, 2007). Obviamente, os nomes, por eles mesmos, não “inventam

peças”. Hacking constrói aqui um esquema um tanto fixo – nas suas palavras, até positivista – que abrange toda essa dinâmica.

Um exemplo extraído do *corpus* deste trabalho: há a esquizofrenia (classificação, diagnóstico, doença); mas também pessoas como Rodrigo de Souza Leão, classificado como esquizofrênico; os psiquiatras e outros médicos (especialistas, ou experts, que classificam, estudam e tratam); as universidades, centros de pesquisa, hospitais e a clínica onde Rodrigo foi internado duas vezes, onde se desenvolvem os antipsicóticos e outras drogas utilizadas no tratamento da esquizofrenia, e onde os esquizofrênicos são tratados (instituições apontadas por Hacking como os meios pelos quais as autoridades controlam); e todo o conhecimento e cultura em torno da esquizofrenia, exemplificado aqui na forma da própria obra de Rodrigo (HACKING, 2000, 2007).

Neste último elemento, Hacking diferencia o conhecimento especializado – aquele produzido nas instituições oficiais pelos experts, como o DSM-5 – e o conhecimento popular, difundido por meio de meios de comunicação, principalmente (e.g. talk shows e livros de autoajuda, mas também – por que não? – *Todos os cachorros são azuis*). A inserção da indústria farmacêutica no espaço das instituições é minha, pois o filósofo não delimita, com clareza, em qual parte de seu esquema elas podem ser incluídas. Poderiam também estar abrangidas no escopo dos *experts* (uma vez que são esses os que ministram e prescrevem as drogas), e também no âmbito do conhecimento. Na verdade, os medicamentos são os elementos que transitam entre todas essas categorias, compondo como que interseções entre elas – exatamente como o Haldol aparece no livro de Rodrigo quase como um personagem, como sua ligação entre o mundo alucinatorio e o mundo “real”. Não pretendo aqui definir um novo elemento no esquema tão claro e didático proposto por Hacking, apenas atentar para os múltiplos aspectos da medicação. A participação fundamental dos medicamentos na classificação de “tipos de pessoas” levou Lakoff a cunhar a expressão “razão farmacêutica”: uma lógica pela qual a administração de medicamentos tem a capacidade de “restaurar um sujeito à condição normal de cognição, afeto ou volição” (LAKOFF, 2005, p. 7). Segundo o autor, os medicamentos têm até mesmo uma influência direta sobre os diagnósticos, pois a doença diagnosticada passa a ser, cada vez mais, delimitada de acordo com a ação do medicamento – algo que, em minha visão, também pode ser chamado de efeito *looping*, embora de caráter mais perverso.

Não é preciso lembrar que todos esses elementos interagem entre si. E terminam por “inventar” um novo tipo de pessoa: o esquizofrênico. No nosso caso, terminam por

possibilitar que um novo tipo de pessoa *invente-se a si mesmo*. Ou seja: em meio a diagnósticos, remédios, psiquiatras, pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, livros de autoajuda, programas de TV etc., ser esquizofrênico se tornou uma nova forma de viver, de ser, de ver o mundo e a si próprio.⁵⁶

Não mencionado diretamente por Hacking, o papel do marketing das empresas farmacêuticas no efeito *looping* e na construção de um “novo” transtorno mental é fundamental. Por exemplo, no caso da depressão, um dos transtornos psiquiátricos mais estudados e citados (EHRENBERG, 2000; HEALY, 2006; ROSE, 2003). A Merck foi o primeiro laboratório a patentear o uso da amitriptilina como antidepressivo, mas quem pagava pela droga não comprava apenas o remédio: no pacote, vinha a ideia de que a depressão podia ser diagnosticada de maneira fácil, e que, por mera ignorância, a maioria dos casos permanecia no escuro.

Como? Em 1961, foi publicado o livro *Reconhecendo o paciente depressivo*, no qual Frank Ayd defendia justamente a idéia de que o diagnóstico da depressão podia ser feito não apenas pelo psiquiatra, mas em consultórios de medicina geral e de primeiros socorros. À época, a Merck comprou 50 mil exemplares da obra e os distribuiu mundo afora. A partir daí, surgiram outros antidepressivos e foram desenvolvidas escalas para identificar a depressão. “Isso gerou novas formas de depressão que eram usadas não apenas para testar a eficácia de drogas, mas também mudaram a forma do próprio transtorno” (ROSE, 2004: 54). As estratégias de marketing das empresas farmacêuticas vão desde a expansão da venda para outros países, a sugestão de usos *off-label* dos medicamentos, a sedução do médico – seja contratando-o para escrever artigos científicos favoráveis a determinada droga ou oferecendo benefícios financeiros tacitamente em troca de mais prescrições para um determinado laboratório – até a influência sobre o próprio consumidor, que deve então passar a entender-se como doente (VAZ & PORTUGAL, 2012; LAKOFF, 2005). Esta última estratégia é a que mais nos interessa aqui, porque seu resultado, se positivo, é justamente o de “inventar pessoas”.

Quando fala em inventar pessoas, Hacking aponta para o que chama de “efeito *looping*”: como já explicamos, um diagnóstico – classificação – é proferido e, a partir do

⁵⁶ Não pretendo discutir se a esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão ou quaisquer transtornos apresentados no DSM 5 são ou não “reais”. Tampouco pretendo defender puramente o discurso de que transtornos mentais são “socialmente construídos”, em oposição ao seu respaldo “real” defendido por alguns. Hacking já acenou que a banalização do termo “socialmente construído”, embora tenha a intenção de conscientizar de que algo não é inerente ao ser humano – e consiga de fato, às vezes, ter um sentido libertário –, acaba por simplificar e polarizar o debate (HACKING, 2000). Esse terreno pantanoso não é território explorado neste trabalho.

conhecimento de sua classificação e do pertencimento a algum grupo, o classificado muda sua forma de viver e de experimentar seu próprio transtorno: sua subjetividade é transformada, enfim. O efeito *looping* consiste na eventual mudança também da própria classificação – quanto mais as pessoas são influenciadas pela classificação que lhes é feita e pelo ambiente daí cultivado, mais provável é que essa transformação gere, posteriormente, uma mudança na própria classificação.

Um exemplo é o fim das categorias de depressão endógena e exógena, diferenciação presente até o DSM-III-R (final da década de 1980). A depressão endógena teria explicações exclusivamente químicas, enquanto a exógena seria mais leve e desencadeada por acontecimentos externos. Um processo semelhante se deu com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e com o próprio autismo (HACKING, 2007). E, de certa forma, foi isso que aconteceu com a Casa Verde de Simão Bacamarte, no conto de Machado de Assis que lembramos no segundo capítulo. Embora o rótulo tenha permanecido imutável durante toda o conto (“louco”), as formas de entender a loucura, na visão do alienista, mudaram justamente porque a classificação prévia ocasionou a transformação dos alienados, de suas famílias e de toda Itaguaí. Se “a criação de uma nova classificação está articulada à transformação na moralidade, a qual implica uma nova atitude diante do sofrimento e da morte” (VAZ et al, 2007, p. 125), a invenção de si pautada por determinada classificação implica também uma nova forma de sofrer, de dar sentido ao sofrimento, à vida e à morte.

Ao mesmo tempo em que buscam um respaldo real, a biologização e geneticização dos transtornos mentais seriam elas mesmas instrumentos de classificação que acabam por “inventar pessoas” – embora sejam pensados como mecanismos de descobertas científicas (HACKING, 2007) e aproximação de uma Verdade. Tais elementos contribuem principalmente para o caráter onipresente e permanente das doenças psiquiátricas. Eis:

1. Contar!
 2. Quantificar
 3. Criar normas
 4. Correlacionar
 5. Medicalizar
 6. Biologizar
 7. Geneticizar
 8. Normalizar
 9. Burocratizar
 10. Reivindicar nossa identidade
- (HACKING, 2007, p. 305).

Hacking afirma que esses instrumentos de classificação – também de criação, controle, descoberta e produção de conhecimento – atuam sobre alvos móveis, uma vez que eventualmente desencadeiam mudanças nas próprias classificações. É com esse pensamento que analiso aqui as representações dos transtornos mentais vivenciados pelos autores e por seus leitores, na internet. Não se trata de objetos fixos e imóveis, passíveis de análises que se sobrepõem e se acumulam, mas de objetos que mudam de foco, de ponto, de ênfase à medida que eles mesmos transformam pessoas, instituições, especialistas e o conhecimento a seu respeito.

O resultado final de todo esse aparato é a invenção de pessoas, como frisamos diversas vezes. Mas as pessoas inventadas não são meramente excluídas da sociedade como desviantes ou como uma sujeira que macula a pureza social. Elas – e aí incluo os autores dos discursos que analiso aqui, especialmente Luciana e Paula – participam de uma rede de poderes *positiva e inclusiva*.

Um poder *que fabrica*, um poder que observa, um poder que sabe e um poder que se multiplica a partir de seus próprios efeitos. (...) Um poder que age não por exclusão, mas sim por inclusão densa e analítica dos elementos. Um poder que não age pela separação em grandes massas confusas, mas por uma distribuição de acordo com *individualidades referenciais*. Um poder que não é ligado ao desconhecimento, mas, ao contrário, a toda uma *série de mecanismos que asseguram a formação, o investimento, a acumulação, o crescimento do saber* (FOUCAULT, 2001, p. 60, grifos meus).

Ora, o que é a estrutura de invenção de pessoas esboçada por Hacking que não essa “série de mecanismos”? A análise de Foucault sobre o poder desde a Idade Clássica é perfeita para o nosso trabalho, justamente porque ela se entrecruza com a ideia de *normalidade* como norma que analisamos há alguns parágrafos. O próprio Foucault faz referência a Canguilhem quando fala de normalização. Entretanto, como se sabe, Foucault debruça-se principalmente sobre o que ele chama de *sociedade disciplinar* e, nesse sentido, os cenários descritos por Maura e Rodrigo são exemplos perfeitos – os hospitais psiquiátricos: locais fechados onde a vigilância, o controle, a gerência sobre a vida são implacáveis. Se entendermos que, na contemporaneidade, vivemos uma espécie de consequência da sociedade disciplinar que é a *sociedade de controle* (DELEUZE, 1990), o cenário muda, embora o poder seja hoje mais positivo do que jamais foi. O hospício de Maura e Rodrigo é um local exemplar de exercício da sociedade disciplinar, mas o que dizer da reforma psiquiátrica, que desde a década de 1960, no Brasil, tem diminuído drasticamente o número de locais de internação para pacientes psiquiátricos? O que dizer

da medicalização generalizada da sociedade, e não apenas daquela população cuidadosamente contabilizada, gerida e detida em um espaço mais ou menos confinado? O que dizer da inclusão de virtualmente *todos* em categorias que antes eram destinadas aos anormais, com o desenvolvimento e evolução dos manuais de diagnósticos psiquiátricos? Os exemplos de mudança desse panorama são extensos, mas a existência de uma estrutura de poder positivo ainda vale, e muito.

As ideias centrais do próximo capítulo – *autonomia e autenticidade* –, não à toa, fazem mais sentido nesta sociedade de controle do que na sociedade disciplinar. Com a saída de espaços confinados e o controle dos indivíduos diluído e fragmentado entre eles, a busca por um “eu” mais verdadeiro pautado numa identidade cada vez menos fixa e mais volátil, as normas deixam de ser pautadas por instituições, mas pelo mercado. Mas, como se percebe, não aconteceu uma sobreposição de uma vida controlada sobre uma vida disciplinada. Ambos os tipos de vida em sociedade coexistem, e é nessa coexistência onde podemos inserir as narrativas de si analisadas neste trabalho. Tanto Foucault como Deleuze falam do poder a partir de uma perspectiva generalista, abrangente, uma perspectiva de fora sobre algo que está à sua frente. Mas como funciona o diagnóstico – como manifestação de controle – quando o discurso é do próprio diagnosticado? Como entender o diagnóstico na formação de identidades? Como já acenamos no primeiro capítulo, nessas narrativas o diagnóstico acaba por “resolver” a crise da identidade pessoal. Vejamos como isso acontece.

3.3 O eu diagnosticado

3.3.1. A saída niilista de Maura

Podemos entender as narrativas de Maura e Rodrigo como essencialmente diferentes daquelas de Luciana e Paula não apenas por seu lugar de fala (escritores e celebridades), mas também pelo local da narrativa em si: a instituição psiquiátrica, clássico modelo disciplinar amplamente estudado por Foucault que resiste até hoje, embora em menor número, em lugares afastados dos centros urbanos. Em suas narrativas, fica claro que o rótulo dado de antemão tanto a Maura quanto a Rodrigo é claro: são loucos. São loucos antes de serem doentes. São loucos antes de receberem um diagnóstico específico de suas doenças, pois estão internados em clínicas e hospitais psiquiátricos. Aquilo que os rotula como loucos, entretanto, é a causadora justamente da crise de suas

identidades. É como loucos que sofrem, é como loucos que se perdem em temporalidades, é como loucos que se constroem como estigmatizados. O rótulo da loucura, aí, traz consigo a dilaceração da identidade narrativa, que vê-se perdida sem um *outro* perante o qual construir-se – no caso de Maura – e confrontada com a possibilidade de *não ser nada* – caso de Rodrigo. Em entrevista ao site *Germina Literatura*, Rodrigo fala justamente sobre o que significa ser classificado como louco:

Julia Debasse: Qual é a diferença entre o louco, o maluco e o doido? A palavra “louco” é muito mais presente no seu livro do que qualquer um dos outros, tidos como, sinônimos.

Rodrigo de Souza Leão: Acho que há uma vulgarização das coisas. Por exemplo, a palavra “surreal”, que tem uma história, é tratada de forma sempre corriqueira. Tudo que é diferente é surreal. A maioria das pessoas que a utilizam sabem pouco dessa história. Vira moda. A coisa toda vira moda e todo mundo sai falando o que quiser. A palavra “loucura” também é usada assim. Vulgarizada, melhor, estereotipada. Quanto às palavras “maluco” e “doido”, a coisa toda é muito pior. Depois de “Maluco beleza”, que é uma beleza mesmo, todo mundo passou a se definir assim, gratuita e banalmente. Não gosto da loucura como algo bom. Para quem realmente tem uma doença mental, é uma coisa ruim. Quando o Luciano Huck entra no programa dele e repete a palavra loucura três vezes, ele colabora para essa história triste, acho. Um desserviço. Pra que isso? Por que banalizar algo péssimo? Algo que só atrapalha e destrói vidas. *Ser louco não é ser livre: é estar preso a grilhões que tornam as pessoas comprometidas com uma realidade hostil. Usei mais “louco”, porque é mais grave. O conceito de “louco” é forte ainda* (grifos meus).⁵⁷

Para Hacking, a esquizofrenia e os transtornos bipolares são rótulos modernos e contemporâneos para o que antes se denominava simplesmente loucura ou insanidade. Mas “ainda não entendemos essa forma clássica de loucura” (HACKING, 2013) e, como resultado, o DSM-5 lista uma infinidade de subtipos para essas categorias. A consequência, fica cada vez mais difícil “enxergar a árvore toda” (a esquizofrenia), pois ficamos “perdidos entre os galhos” (por exemplo, o tipo bipolar e o tipo depressivo, entre tantos). O próprio Rodrigo era diagnosticado com um tipo específico de esquizofrenia – provavelmente parte do DSM-IV –, distúrbio delirante. Essa especificidade, por si, já fazia com que o escritor se visse de outra forma, enquadrado em outra classificação. “Ele é doente mental, esquizofrênico. Tem distúrbio delirante, tem delírios persecutórios. Ninguém acredita numa pessoa com distúrbio delirante e delírios persecutórios. Aquela

⁵⁷ Disponível em:

http://www.germinaliteratura.com.br/2009/pcruzadas_rodrigodesouzaleao_mar2009.htm. Acesso em 20 jun. 2012.

pessoa pode estar sendo perseguida realmente e ninguém acreditar na história dela (SOUZA LEÃO, 2008, p. 32)

O diagnóstico específico da doença mental, por outro lado, parece ter uma função contrária: eles conferem à identidade narrativa um aspecto *fixo*, uma *mesmidade* que de outra forma seria inalcançável naqueles relatos. Assim, o diagnóstico torna-se, além de um estigma, uma tábua de salvação, um nome ao qual Maura e Rodrigo se apegam para inventarem-se como si mesmos. É o diagnóstico da doença mental que lhes permite identificarem-se na confusão de temporalidades porque é uma espécie de justificativa.

Em *Hospício é Deus*, Maura conta a pluralidade dos diagnósticos que recebe: personalidade psicopática, epiléptica e esquizofrênica. Maura busca entender-se a partir de todos esses, a depender da entrada do diário. Como afirma neste trecho, de 26 de novembro de 1959, sobre o diagnóstico de “personalidade psicopática”:

Devo escrever sempre no princípio de cada página do meu diário que sou uma psicopata. Talvez essa afirmação venha despertar-me, mostrando a dura realidade que parece tremular entre esta névoa longa e difícil que envolve meus dias, me obrigando a marchar, dura e sacudida – e sem recuos (LOPES CANÇADO, 1965, p. 77).

Vale notar que os dois primeiros diagnósticos foram dados a Maura antes da internação durante a qual ela escreve o livro e, por isso, ela leva para seu novo médico o baú com os rótulos passados. No alvorecer da psicanálise brasileira, entretanto, o “dr. A.” de Maura parece fazer parte de uma espécie de movimento antipsiquiátrico, porque se recusa a diagnosticá-la com uma doença mental específica. A recusa do diagnóstico não alivia a paciente, não a desmarginaliza nem lhe confere maior autonomia. Ao contrário, fere sua identidade até então construída com base nos rótulos psiquiátricos com que lhe nomearam anteriormente. A diferença de tratamentos médicos confunde Maura: é louca, epiléptica, psicopata, doente?

Desconheço até meu diagnóstico. Creio haver divergência a este respeito. Os médicos são tão complicados. Costumam discordar uns dos outros e acabam nos pondo loucas. Alguns me julgam epiléptica. São categoricamente desmentidos por outros. Estes afirmam que tenho uma personalidade psicopática e creio que devo ser também esquizofrênica (ibid., p. 90).

Dr. A. também procura desmoralizar meu “mal sagrado” [epilepsia]. Nega meus dois antigos diagnósticos [epilepsia e personalidade psicopática], e, segundo ele, não quero deixar de tomar anticonvulsivo (não sabe por quê. Mas eu sei). E os equivalentes continuam. Afirma que meu mal é psíquico, diariamente conversa comigo em busca das “causas”, já que conhece de sobra os efeitos. Assim vamos indo: ele insistente me desmoralizando epilepticamente, enquanto resisto. Dr. A.

despreza rótulos: “– Somos todos loucos em estado latente. Trazemos em nós componentes de todas as doenças mentais, dependendo seu progresso de uma série de fatores”.

Medito sobre isto: eu andava, até conhecê-lo, muito bem equipada, com os dois rótulos dados por dra. Sara: Personalidade Psicopática e Epiléptica. Dr. A. atacou-os com carga pesada. Isto, se me alivia, também me deixa desorientada e sem justificativas. Acostumara-me a temer estes dois males, temê-los e usá-los como desculpa e até refúgio, chegando a cair num conformismo absoluto, ao qual dava o nome decisivo de fatalidade.

Vejo-me perdida: serei louca? Se não o sou, por que não me comporto como as outras pessoas? (ibid., p. 144, 145).

O “conforto” dos diagnósticos psiquiátricos havia sido diluído por dr. A., que insistia num “problema psíquico” de Maura mais do que numa doença mental propriamente dita. Sem o suporte da mesmidade solapado por dr. A., Maura vê-se novamente defrontada com seu rótulo primeiro: serei louca? O confronto com a loucura sem sobrenome científico a desespera e a internada, frente à impossibilidade de seu médico diagnosticá-la, segue um percurso bastante curioso. Resolve, ela mesma, diagnosticar-se, tomando para si o papel do médico rotulador recusado por dr. A. Maura não apenas internaliza a norma – o *modus operandi* da sociedade disciplinar –, ela vai além. Ela não apenas se julga dentro da moralidade da sociedade como um todo, como faz o estigmatizado. E, aí, a estrutura de Hacking é deturpada. Ao fazê-lo, Maura não se marginaliza de todo, mas se inventa como uma nova pessoa, cria uma nova identidade narrativa ao dar a si mesma uma possibilidade de reconhecer-se como a *mesma*. A catarse acontece a partir da reação de Amílcar de Castro – colega do *Jornal do Brasil* – ao ler um texto seu.

– Mas isto é esquizofrenia pura.

Um clarão iluminou o que estava nebuloso e difícil. A frase esclarecia tantos anos de dúvida. Foi tão certo que doeu-me, em alívio e desgraça – e eu continuava ainda viva. Por que dr. A. não me disse, ele que sempre soube a verdade? (ibid., p. 157)

Estimulada pelo comentário despropositado do colega, Maura corre a um livro de psiquiatria para confirmar, ela mesma, a doença que julga ter. E enxerga a descrição da doença sob o nome de “demência precoce (esquizofrenia)” como um espelho de si mesma: encontra-se.

Aí estou eu retratada. Mesmo na infância fui uma menina estranha. Mas não quero aceitar isto. Recuso-me a ser psicopata, ainda quando tenho a realidade deste livro diante de mim. Que fazer? (ibid., p. 160)

Sei agora o que significa tudo isto: esquizofrenia. É uma palavra, mas encerra um inferno e estou neste inferno. Ou não é inferno? Sinto-me até calma e lúcida, como se o futuro fosse longa estrada – tranquila, calada e só. Não respondo por mim. Jamais respondi, embora ignorando. Viver esquizofrenicamente, me parece viver também; apenas esquizofrenicamente. A cada um o seu papel. (ibid., p. 162-163)

A trajetória de Maura narrada em *Hospício é Deus* é singular. Impossibilitada de ser afetada pelo *outro* (ver cap. 1), ela se perde em temporalidades vagas, frequentemente prendendo-se ao tempo de criança. Sua identidade narrativa, assim, dilui-se na falta de um *ipse* (porque o tempo não passa) e de um *idem* (porque ela não se reconhece como *si-mesma*). A mesmidade só acontece a partir da identificação com dois diagnósticos médicos – epilepsia e psicopatia – que ao mesmo tempo em que a marginaliza, estigmatiza, rotula e despersonaliza, é a única possibilidade de *mesmidade*, de reconhecimento de si-mesma, para Maura. A tensão arquitetada nesse cenário, no entanto, não é fácil: a esquizofrenia resolve uma questão, confere-lhe uma identidade e explica seu passado (“mesmo na infância fui uma menina estranha”), mas também “encerra um inferno”. O diagnóstico autoconferido, em suas próprias palavras, é “alívio e desgraça”.

A saída de Maura para esse conflito é niilista – como ela mesma diz – porque não vê sentido ou valor na vida ou em qualquer forma de vida. Se o único destino final é a morte, Maura sequer *deseja*, pois o “objetivo inconsciente é não ser”. Nesse sentido, também não importam as classificações psiquiátricas que ela recebeu ou se atribuiu – e, portanto, também não importa a marginalização que a esquizofrenia lhe confere.

Não quero nada, não desejo nada. Nem mesmo ter a consciência de que não quero: custa. Não lutarei por coisa alguma, quem me obriga? A ideia da morte não me deixaria lutar por nada. Curioso: eu era bem menina: se me dispunha a estudar, caía logo em profundo desânimo: “Para que, se depois morro?” Este niilismo não me deixa força ao menos para afirmar que sou niilista. Não devemos lutar diante da ausência do objetivo porquanto o objetivo inconsciente é não ser. Vivendo bem morrerei; vivendo mal, também morrerei. *Esquizofrênica, paranoica, normal (que palavra), temos um caminho e todos os caminhos convergem para o mesmo ponto; nada* (LOPES CANÇADO, p. 185, 186, grifos meus).

Como a narrativa de Maura é fragmentada e frequentemente contraditória, é difícil apreender nela uma constância, qualquer que seja. Durante a análise de seu diário, muitas vezes deparei-me com a questão: como posso dizer que Maura pensa dessa forma se, trinta páginas depois, ela afirma o contrário? Mesmo a postura niilista que a escritora adota, como mostrei acima, é alternada com outras formas de se pensar esquizofrênica: pelo viés do estigma, pelo viés trágico (aceita as contingências e indeterminação do

acaso). Essa dificuldade de apreensão de uma *mesmidade* é justamente um sintoma de um si-mesmo que se equilibra, mambembe, sobre a única característica de Maura que permite – a nós e a ela – reconhecê-la como Maura. O nome próprio não é o suficiente, mas sim o diagnóstico, mesmo plural e discordante, serve como baliza única da identidade narrativa de *Hospício é Deus*.

3.3.2. “Eu achei que ia ficar louca [mas não fiquei]”

Uma diferença crucial dos relatos de Maura e Rodrigo para aqueles de Luciana e Paula é o tempo: enquanto os dois escritores falam da doença (ou da loucura) como algo com que convivem diariamente, no presente, nos relatos das celebridades o transtorno psiquiátrico é sempre mencionado no passado. Como vimos no capítulo anterior, seu lugar de fala é o da superação e o da sobrevivência. O transtorno obsessivo-compulsivo de Luciana “já é passado com certeza”, como afirmou a atriz em entrevista ao site Famosidades⁵⁸. Paula também “deixou o quadro depressivo”. Ao falarem sobre *cura* e *superação*, Luciana e Paula expressam também narrativas muito diferentes em relação aos seus diagnósticos. Luciana *teve* TOC e Paula “passou por um período de depressão”. Os transtornos foram fundamentais para que elas se tornassem o que são hoje (ver cap. 3), mais “fortes”, “autênticas”, “melhores”, mas definitivamente não são mais fonte de sofrimento presente.

Luciana e Paula também tiveram seus transtornos e foram tratadas fora de um hospital psiquiátrico. Com isso, evitaram o diagnóstico primeiro de “loucura” que Maura e Rodrigo arrastaram por quase todas as suas vidas de internações intermitentes. A loucura, na narrativa de Luciana, foi um “quase” – é dela a frase no título deste subcapítulo, em entrevista ao site iG: “Porque o medo de ficar louca já passou. Eu achei que ia ficar louca! Minha terapeuta falava que, enquanto eu estava achando, estava ótima, porque o louco não sabe que ficou louco”⁵⁹. Luciana pensou que ficaria louca, mas não, seu diagnóstico não foi de loucura, mas uma doença psiquiátrica pontual.

⁵⁸ Disponível em: <http://entretenimento.br.msn.com/famosos/luciana-vendramini>. Acesso em: 05 jun. 2013.

⁵⁹ Disponível em: <http://gente.ig.com.br/luciana-vendramini-eu-achei-que-ia-ficar-louca/n1238009084618.html>. Acesso em: 05 jun. 2012.

Na narrativa de Paula, a loucura era nada mais que um diagnóstico equivocado feito ela mesma ou por familiares, quando nada sabiam de sua *verdadeira* doença, a depressão. Em entrevista a Marília Gabriela, a cantora diz:

No dia em que me falaram que eu tinha que visitar um psiquiatra, eu achei que tava ficando doida. Todo mundo acha que procurar psiquiatra é coisa de doido (sic).

Primeiro porque eu não sabia o que [é] que era, a família nunca tinha se deparado com uma situação parecida, semelhante. As pessoas achavam que eu estava enlouquecendo, né, “ficou doida”. Era muito mais simples de dizer, “ficou doida”. E eu naquele conflito sem saber, “gente, o que [é] que tá acontecendo comigo?” (sic).⁶⁰

Como demonstraremos no próximo capítulo, o diagnóstico de Luciana e Paula fez com que elas se inventassem como doentes, mas não só: elas *foram* doentes responsáveis e autênticas. E, mais do que isso, elas são *sobreviventes*. Essa narrativa da sobrevivência é paralela à narrativa da vítima, como acenamos também no capítulo 3: não são elas as culpadas pelo surgimento de suas doenças, mas sim suas famílias, suas infâncias e até a *sensibilidade*, como diz Paula (“Tive depressão porque sou uma pessoa sensível”). Uma característica positiva, crucial para o desempenho de sua profissão de compositora e cantora, foi necessária para a doença. Mas Paula não é culpada. Seu discurso denota uma mudança de moralidade: se, na modernidade, os sofrimentos (psíquicos ou não) eram explicados como culpa dos próprios indivíduos sofredores, hoje a culpa está no *outro*. Sim, o *outro*, figura fundamental para a construção da nossa identidade pessoal e narrativa (ref. capítulo 1), existe também para dar sentido aos nossos sofrimentos (VAZ, 2011), para explicar o presente na revivência do passado: sofro hoje por algo que o outro me fez no passado. Mesmo do hospital psiquiátrico, instituição moderna e disciplinar por excelência, o discurso de Rodrigo, enunciado em plenos anos 2000, varia da culpa à vergonha. Rodrigo afirma não querer ser vítima, não “pleitear um lugar no céu dos coitados”, mas o que o motiva a adotar essa postura não é uma confissão de culpa ou de que a internação é um castigo, mas uma reflexão em algum nível nietzschiana de transformar a “vontade em potência” (SOUZA LEÃO, 2008, p. 50).

Luciana e Paula são vítimas porque fatos de sua vida sobre os quais não tinham controle pavimentaram o caminho para doenças psiquiátricas. No entanto, as doenças psiquiátricas, hoje, embora não sejam exclusivas dos pervertidos e desviados, carregam consigo determinadas articulações axiológicas que conferem a seus portadores um sentido

⁶⁰ Disponível em: <http://youtu.be/3UigeK2njyM>. Acesso em: 20 mai. 2012.

negativo. Se, por um lado, Paula afirma que foram as circunstâncias da vida que a levaram a ter depressão, por outro a depressão é associada a uma *vontade fraca* e tê-la é um prenúncio (ou sintoma) de fracasso na vida capitalista contemporânea. Paula é, ao mesmo tempo, vítima e incapaz. No entanto, Paula só pode ser vítima porque seu discurso testemunhal é enunciado *após* ter sofrido. Ela não é mais doente, não é mais deprimida e, portanto, não é mais *fraca*. No passado, ela foi vítima, mas agora é ator de sua própria vida. Ela, em pleno controle de sua vida – como faz questão de frisar em suas entrevistas (“tive que ter a força de dois homens”) –, no auge do sucesso, pode narrar seu passado e reinventar sua doença não como denotação de fraqueza, mas de força. Essa identidade dual e aparentemente paradoxal é também característica da cultura terapêutica, como argumenta Illouz:

Um novo modelo de identidade e responsabilidade: ele torna uma pessoa responsável por seu futuro, mas não por seu passado. Ele promove um *self* que é passivo – no sentido de que ele é definido por feridas infligidas por outros –, mas é instado a se tornar altamente ativo, no sentido de que é convocado a se transformar. Esse indivíduo é altamente responsável por sua autotransformação, mas não é responsabilizado por suas deficiências. Esse modelo dividido de responsabilidade marca, a meu ver, uma nova forma cultural de individualidade (ILLOUZ, 2008, p. 185).

Por que é tão comum e “natural” que Luciana e Paula falem abertamente sobre doenças mentais? Porque, como exemplos emblemáticos de narrativas terapêuticas, a exposição de vulnerabilidades “tem o status de uma declaração moral que convida para uma afirmação social e cultural” (FUREDI, 2004, p. 173). Mas não é apenas a construção de uma imagem virtuosa que provoca as repetidas declarações de Paula e Luciana sobre depressão e TOC, respectivamente. Suas narrativas almejam um efeito inicial e óbvio: o terapêutico – representado, por exemplo, nas centenas de declarações de gratidão e de identificação publicadas por fãs de Paula nas redes sociais. O discurso de Paula sobre depressão serve, ele mesmo, como assistência para suas fãs que possam sofrer do mesmo mal: virtualmente todas, já que todos são vulneráveis e a depressão acomete “até bebês”. No post do Facebook em que Paula fala sobre seu depoimento ao *Fantástico*, Paloma comentou: “Li sua entrevista e me ajudou bastante, adoro suas músicas, parabéns pela superação!”. Já Angélica disse: “obrigada pelas palavras, estou passando uma depressão

ento seria, mas acredito que vou sair dessa pela força que vem de Deus, e de pessoas boas como vc, bjs querida, tdo de bom...” (sic)⁶¹.

3.4. Vergonha reflexiva e movimentos de orgulho

A mesma mudança na moral contemporânea que leva celebridades como Luciana e Paula a inventarem-se como vítimas sobreviventes provoca também outro tipo de consequência. Voltando aos instrumentos apontados por Hacking na criação de novos tipos de pessoas, o efeito *looping* – que acaba por transformar a própria classificação – é um exemplo. Vejamos como.

Diversos pesquisadores já apontaram como característica crucial da contemporaneidade o incentivo – e imperativo – ao gozo, à felicidade, a viver bem e a estar *sempre* bem (FREIRE FILHO, 2010). Nesse cenário, como vimos, é possível atribuir a causa de um sofrimento a um *outro* que, como polo negativo para uma vida satisfatória, seria aquele que *impede* o gozo: o intolerante, o preconceituoso. Quando Paula Fernandes, por exemplo, fala de sua superação da depressão ao *Fantástico*, ela afirma que *não ter preconceito* é fundamental: “Para aquelas que desconfiam, a primeira coisa que tem que fazer é perder o preconceito. (...) O preconceito é o maior dos problemas. Qualquer pessoa pode ter depressão e muita gente jura de pé junto que não tem. Isso é um dos maiores problemas!”⁶². A narrativa que se segue, como veremos no próximo capítulo, é uma narrativa de *apropriação* da doença, que, após ser vista sem preconceitos, é tomada pelo doente como algo iminentemente positivo. Consequentemente, o ex-doente passa a sentir vergonha de ter sentido vergonha: é a vergonha reflexiva (VAZ, 2012). E, muitas vezes, o caminho após a vergonha é o orgulho. Quando muitas pessoas que antes se sentiam envergonhadas por serem portadores de um determinado transtorno passam a vê-lo como uma característica de que devem se orgulhar, esse grupo pode, por exemplo, minar o status de doença de uma determinada classificação. Um caso bastante curioso é a Hearing Voices Network, uma associação de pessoas que... ouvem vozes (HACKING, 2013). Originalmente inglesa, a HVN já tem associações locais em alguns países (como Austrália e Estados Unidos) e, em 2013,

⁶¹ Disponível em: <https://www.facebook.com/OficialPaulaFernandes/posts/121284078052708>. Acesso em: 23 dez. 2012.

⁶² Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/quadros/canal-f/noticia/2013/02/infeliz-nunca-fui-eu-fiquei-doente-afirma-paula-fernandes.html>. Acesso em: 06 jul. 2013.

realizou um encontro internacional, em Melbourne. Em seu site, a HVN afirma que entende a “recuperação” como:

“viver a vida que você escolher, não a vida que outros escolhem para você” (sejam esses outros família, amigos, colegas de trabalho ou vozes). Muitas pessoas que ouvem vozes simplesmente não precisam de recuperação, ou suas experiências podem simplesmente não ser prejudicadas por isso.⁶³

Atualmente, no DSM-5, ouvir vozes é parte do critério para diagnóstico de alguns subtipos de esquizofrenia (APA, 2013), mas a expansão da Hearing Voices Network demonstra que os próprios pacientes demandam outros tipos de abordagens sobre a situação.

Outro grande exemplo de movimentos de orgulho que mudam a própria definição da doença é o autismo: há cada vez mais associações de pais de crianças autistas e de próprios autistas que reivindicam o entendimento de sua situação como uma forma de ser. São os chamados de movimentos pelo direito do autismo. Nos EUA, eles existem aos montes: Autism Network International, Autistic Self Advocacy Network, Aspies for Freedom, Don’t Play Me, Pay Me etc. No Brasil, o movimento parece recente, mas nos últimos anos foi registrada na imprensa brasileira a existência de uma iniciativa semelhante, com o sugestivo nome de Movimento Orgulho Autista Brasil, definido pela própria criadora como um “movimento de autorrepresentação dos autistas”. E o Dia Mundial do Orgulho Autista, comemorado principalmente na América do Norte, agora também é realizado no Brasil, com direito a criação de eventos no Facebook para o dia 18 de junho⁶⁴. Em geral, esses movimentos negam a necessidade de tratamento ou cura para o autismo, uma vez que não seria de fato uma doença.

Esses movimentos de orgulho que partem de uma vergonha reflexiva podem ter relação direta também com o materialismo subjacente à construção da subjetividade humana (ver capítulo 2). É o caso da neurodiversidade – quase sempre mencionada pelos movimentos de orgulho autista –, segundo a qual a conexão neurológica atípica não deve ser considerada uma doença, mas uma característica variável como a cor da pele, gênero etc. O autismo, então, seria apenas uma conexão neurológica atípica, não uma patologia. Ortega (2008) aponta que a neurodiversidade é um desenrolamento inesperado da cerebralização dos transtornos mentais, pois o resultado esperado desta seria o

⁶³ Disponível em: <http://www.hearing-voices.org/voices-visions/>. Acesso em: 12 jun. 2013.

⁶⁴ Disponível em: <https://www.facebook.com/events/379089378791560/>. Acesso em 20 fev. 2014.

descolamento do transtorno mental da formação de identidade: o sujeito *tem* um determinado transtorno, ele não *é* esse determinado transtorno.

Entretanto, como vimos no segundo capítulo, as narrativas escolhidas para o *corpus* deste trabalho escapam justamente a essa cerebralização do sujeito e sustentam uma visão mais psicológica do que completamente neurológica dos *selves*. Essa ambiguidade, essa convivência entre um entendimento de si mesmo como um cérebro e um interior psicológico, em minha visão, possibilitam a dominância de outras narrativas sobre transtornos psiquiátricos nas quais essa questão passa para segundo plano. O diagnóstico, assim, é estopim para que Maura, Rodrigo e, principalmente, Luciana e Paula inventem-se como sujeitos autônomos (ou não), responsáveis (ou não) e, principalmente, autênticos. É o que veremos no capítulo a seguir, que fechará nosso percurso pelos labirínticos relatos autobiográficos de escritores e celebridades diagnosticados com transtornos mentais.

4. O lado bom: representações positivas

4.1. O doente autônomo

Nos primeiros anos do século XX, um influente e célebre juiz alemão publicou suas memórias. Curiosamente, o livro não narrava o percurso daquela figura ilustre até a ribalta da política nacional, tampouco confessava amores, valores e experiências de vida prezados naquela virada de século. Na verdade, em *Memórias de um doente dos nervos*⁶⁵ (1903), Daniel Paul Schreber discorreu minuciosamente sobre as doenças – dos nervos, como ele enfatiza – que o levaram a ser internado em manicômios na região de Saxe por mais de nove anos. O principal motivo para a escrita do livro foi, segundo o próprio autor, “familiarizar minha esposa com as experiências que vivi pessoalmente e com minhas concepções religiosas” para que ela e seus familiares tivessem “ao menos uma noção da necessidade imposta em minha vida por essas bizarrices múltiplas e visíveis, que lhe falta compreender plenamente” (SCHREBER, 1975, p. 19).

Como se sabe, a obra de Schreber tornou-se especialmente notável após a interpretação de Freud, publicada em 1911 (*O caso Schreber*), na qual as memórias do juiz alemão se eternizaram e se tornaram um marco na história da psicologia e da psiquiatria. Como explica na Introdução de seu livro, Schreber descreve ali as “revelações divinas” (entendidas por seus médicos como alucinações) que lhe permitiram se “aproximar da verdade infinitamente mais do que eles – quem quer que sejam – que não tiveram a oportunidade de experimentar” tais revelações (idem, *ibid.*). Pode-se dizer, com alguma segurança, que a obra de Schreber foi a primeira narrativa autobiográfica de uma patologia mental de grande ressonância – e é, até hoje, uma das mais célebres.

Apesar do diagnóstico de *dementia paranoides*, dos relatos médicos de delírios, alucinações e fantasias místico-religiosas e de sua internação em um hospital de doentes mentais, Schreber faz questão de dizer-se “doente dos nervos”, nega ter qualquer “turvação da razão” e afirma: “meu espírito, isto é, o funcionamento das minhas forças intelectuais, é tão claro e saudável quanto o de qualquer outra pessoa” (*ibid.*, p. 319). Não à toa, no mesmo período em que escreveu as *Memórias*, o jurista alemão interessou-se

⁶⁵ Utilizo nesta dissertação a primeira edição francesa da obra, *Mémoires d'un névropathe*, publicada em 1975 pela Éditions du Seuil. Essa tradução usa como referência a “leitura raisonnée” de Jacques Lacan em sua tese *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, de 1932. Também utilizo para consulta a edição em português da obra, publicada em 1984.

por sua situação legal e deu início a um processo pelo fim de sua interdição e pelo restabelecimento de suas capacidades civis. O processo só é vitorioso em segunda instância, quando Schreber volta a ter autonomia sobre seus bens. É justamente neste ponto que o caso é especialmente interessante para este trabalho. No artigo “Em quais condições uma pessoa julgada alienada pode ser mantida dentro de um estabelecimento hospitalar contra sua vontade evidente?” – publicado no Apêndice das *Memórias* –, Schreber discute termos que o sociólogo Alain Ehrenberg (2004) valia no século seguinte como imperativos na sociedade contemporânea.

Mas se o paciente não estiver sob curatela ou se ela tiver sido ulteriormente suspensa, a administração do sanatório deverá, *no caso de uma doença mental inofensiva*, respeitar a vontade persistentemente expressa pelo paciente, de receber alta, na medida em que este pedido provém de *uma pessoa plenamente capaz de cuidar dos próprios negócios* [...]. Em especial, a direção não poderá ignorar o direito que tem esse paciente de escolher mudar de residência, em particular de ser transferido para uma outra clínica e também de desistir totalmente de qualquer tratamento médico. Se esse direito não fosse respeitado, configurar-se-ia um caso de detenção ilegal (SCHREBER, p. 295, grifos do autor e meu, respectivamente).

Em outras palavras, Schreber argumenta que a *autonomia* do indivíduo é crucial na execução da internação compulsória: se o paciente tem plena capacidade de cuidar de seus negócios, ele deve ser ouvido e sua vontade deve ser respeitada. Essa opinião, no entanto, não parece encontrar ressonância no pensamento da época – a julgar pela morosidade e ceticismo com os quais o apelo de Schreber foi julgado pela justiça saxã até que o considerasse são, em segunda instância. No texto em que expõe aos juízes as razões pelas quais não pode ser mais interditado, Schreber enfatiza a ideia de que não é, na verdade, um *doente mental* no sentido comum, mas um *doente dos nervos*: “contesto do modo mais categórico que eu seja doente mental, desde que isto se associe, como acontece habitualmente entre leigos, à ideia de alguém que tem uma turvação da razão” (ibid., p. 319).

É justamente na razão e na “capacidade de agir racionalmente na vida prática” (ibid., p. 331) que o jurista centra seus argumentos. Schreber admite ter passado por períodos de obscuridade mental – quando foi perigoso para si e para os outros – mas reitera que, nos anos recentes, “jamais alguém pôde perceber o menor sinal de comportamento irracional” (ibid., p. 332). Entendendo os delírios descritos pelos médicos como manifestações divinas, o jurista afirma: “minhas ideias delirantes e minhas alucinações não chegam a tocar naquilo que a lei entende por ‘negócios’, ou seja, a

salvaguarda de todos os interesses vitais, incluindo os patrimoniais” (ibid., p. 260). Curiosamente, o único comportamento que para ele pode ser percebido como irracional é enfeitar-se com “adereços um tanto femininos (fitas, colares de bijuteria etc.)” (ibid., p. 333)⁶⁶.

Assim, os dois principais argumentos reiterados por Schreber são: a) que ele já não representa perigo algum para si ou para os outros (caso representasse, a internação compulsória seria justificada); e b) que ele está plenamente em posse de sua razão e é capaz de cuidar dos próprios negócios. Essa *autonomia* – então aceita pela justiça – é construída com base no reconhecimento da doença. Schreber não nega ter uma doença dos nervos, não nega ter visões e ouvir vozes – apenas frisa que nada disso interfere em sua capacidade de cuidar da vida prática. A partir da expressão da *consciência* da patologia, o jurista consegue se construir autônomo, em plenos poderes da razão. Como afirma o próprio Schreber:

Em minha opinião, minha capacidade de expressar meu pensamento por escrito ainda hoje poderia corresponder a qualquer exigência que me fosse feita pela minha antiga profissão de juiz de um Tribunal superior. [...] Consequentemente, aquilo que escrevi, desde que me foi posto de novo à disposição material para escrever e eu manifestei inclinação a escrever, sempre, mesmo nos primeiros anos da minha doença, revelou um homem de mente absolutamente clara (ibid., p. 259).

Se na virada do século XIX para o XX a internação compulsória do paciente mental era regra e a desinterdição de Schreber configurou-se uma exceção, o cenário atual é bastante diferente. Como afirma Ehrenberg (2005), uma das transformações na relação entre o normal e o patológico na esfera psíquica é o *consentimento*. É na década de 1990 que a maior parte da Europa promulga leis que instituem a hospitalização livre como regra, e a hospitalização compulsória como exceção. Assim, a demanda de Schreber parece, de certa forma, ir ao encontro de um dos efeitos do surgimento do conceito de saúde mental na medicina, a partir da metade do século XX: o paciente autônomo e competente, *ator de sua própria doença*. E, nessa configuração, o consentimento é um ponto-chave de referência à autonomia na construção do paciente (psiquiátrico) ideal.

Outra forma de expressão dessa autonomia, segundo Ehrenberg, é o acompanhamento do transtorno psiquiátrico pelo paciente, que se sabe doente e monitora seus próprios sintomas. Podemos dizer, assim, que as narrativas sobre doença são em si

⁶⁶ A fixação de Schreber com a figura feminina, conta o autor, surge logo no começo de sua segunda doença, quando ele acorda certa manhã com “a ideia de que devia ser algo particularmente belo ser uma mulher submetendo-se ao coito” (SCHREBER, 1975, p. 46).

uma forma de expressão desse paciente autônomo. A performance da escrita (ver cap. 1) anuncia que aquele paciente é um *paciente competente, autônomo* – pois consegue escrever com clareza e expressar suas ideias de forma compreensível. Schreber assim argumenta em 1903 e, nos anos 2000, Rodrigo de Souza Leão faz uma reflexão parecida, especialmente nas entrevistas que deu à mídia sobre esquizofrenia e sobre a escrita de seu livro *Todos os cachorros são azuis*. “Ser louco não é uma maravilha. [...] Posso dizer que sou um esquizofrênico light, já que minhas alucinações foram raras”, conta o autor ao escritor Fernando Ramos, do *Jornal Vaia*⁶⁷. Nessa e em outras entrevistas, Rodrigo fala da esquizofrenia e da loucura com certa distância, revelando um olhar quase científico sobre a doença. E, como exemplo de paciente autônomo e competente, preocupa-se com a possível perda de controle sobre si: “Ser esquizofrênico é muito difícil. Depois que li num compêndio psiquiátrico que a esquizofrenia é uma doença altamente incapacitante fiquei preocupado. E se eu piorar? Como manter um controle para escrever?”, disse, em entrevista ao *Jornal do Brasil*⁶⁸.

Ao contar sobre sua primeira internação em *Todos os cachorros*, Rodrigo afirma ter sido convencido por policiais a ir para o Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, e que, no par de vezes em que se internou em uma clínica psiquiátrica, *não* foi levado à força. O desfecho dramático de sua história reforça a ideia de que ele se pensava responsável por sua doença – não pela causa, mas pelo *controle*. Como já foi comentado, Rodrigo ficou profundamente abalado quando o personagem esquizofrênico Tarso, da novela *Caminho das Índias* (2009) – assumidamente inspirado no escritor – atira no irmão. “Ele me disse: ‘Mas esquizofrênico não mata. Meus amigos e vocês vão ficar com medo de mim, achando que sou um assassino?’ [...] Depois da cena da novela, ficou com medo de matar o irmão”, lembra a mãe do escritor em entrevista ao *Estado de São Paulo*⁶⁹. Uma semana depois, Rodrigo teve um ataque cardíaco e morreu, amarrado à cama do hospital psiquiátrico aonde tinha sido levado, após dias de gritos e uma tentativa de estrangular a enfermeira. “Se Rodrigo se suicidou, ou se provocou uma hipermedicação, ou até se foi morto, permanecerá um mistério”⁷⁰.

⁶⁷ Disponível em <http://www.rodrigodesouzaleao.com.br/files/hor/entrevistas/entrevistas8.htm>. Acesso em: 04 fev. 2013.

⁶⁸ Disponível em <http://www.jb.com.br/cultura/noticias/2008/12/03/rodrigo-de-souza-leao-fala-sobre-seu-novo-livro/>. Acesso em: 04 fev. 2013.

⁶⁹ Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,vivo-numa-bomba-relogio-circular,401498,0.htm>. Acesso em: 01 mai. 2011.

⁷⁰ Disponível em: <http://oglobo.globo.com/blogs/arnaldo/posts/2010/06/27/um-surto-de-arte-morte-ressureicao-de-rodrigo-souza-leao-303591.asp>. Acesso em: 31 jun. 2011.

Hoje, o portador de transtorno mental é cada vez menos o alienado – no duplo sentido sugerido pela palavra. Ele acompanha e avalia sua própria doença, tornando-se ator de seu próprio transtorno psiquiátrico. Se não somos todos efetivamente portadores de transtornos mentais, o somos em potencial, e devemos cuidar para que essa doença seja tratada quando (e se) surgir. No entanto, caso haja algum descumprimento desse acordo tácito, a responsabilidade também recai, automaticamente, sobre o paciente (EHRENBERG, 2005). Daí a preocupação de Rodrigo em evitar qualquer perigo para a sociedade e sua família. O paciente torna-se cidadão de sua doença, tem direitos e deveres sobre ela.

Dessa forma, Rodrigo constrói sua subjetividade em um polo oposto à imagem do louco romântico e genial que predominou no século XIX ao conectar-se loucura e brilhantismo intelectual e artístico. Vale notar, entretanto, que a relação entre loucura e genialidade não é particular ao Romantismo: já por volta de 370 a.C., no *Fedro* de Platão, Sócrates conversa com seu interlocutor – homônimo ao título da obra – sobre o amor e defende as facetas positivas da loucura. No começo do diálogo, Fedro reproduz, entusiasmado, as ideias do sofista Lísias sobre a superioridade moral do não-amante (ou do amante não apaixonado) em relação ao amante (apaixonado), com base na ideia de que o amor é pautado na irracionalidade e, dessa forma, pode prejudicar o amado. Sócrates profere, pela influência de Fedro, um discurso com a mesma conclusão daquele que Lísias teria proferido, escuta a voz seu *Daimon* e crê que comete impiedade ou falta contra a Divindade. Não seria Eros um deus? “Se Eros é um dos deuses ou algo divino, como realmente é, de nenhum jeito poderá ser pernicioso” (PLATÃO, 2011, p. 99 [242e]), afirma Sócrates. Ele profere, então, um segundo discurso, no qual argumenta que a irracionalidade (a loucura, portanto) não é apenas negativa, mas também positiva: a loucura inspirada pelos deuses, “a que por uma revulsão divina nos tira dos hábitos cotidianos”, em contraposição à “produzida por doenças humanas” (PLATÃO, 2011, p. 157 [265a-b]). Essa loucura divina, segundo o filósofo, é subdividida em quatro tipos que são regidos por seus respectivos deuses: profética (Apolo), iniciatória (Dionísio), poética (Musas) e erótica (Afrodite e Eros). Sobre o terceiro tipo de loucura divina, Sócrates diz:

A terceira manifestação de possessão e de delírio provém das Musas: quando se apodera de uma alma delicada e sem mácula, desperta-a, deixa-a delirante e lhe inspira odes e outras modalidades de poesia que, celebrando os numerosos feitos dos antepassados, servem de educar seus descendentes. Porém, quem se apresentar às portas da poesia sem estar atacado do delírio das Musas, convencido de que apenas com o auxílio da técnica chegará a ser poeta de valor, revela-se, só por isso, de

natureza espúria, vindo a eclipsar-se sua poesia, a do indivíduo equilibrado, pela do poeta tomado do delírio (ibid., p. 105 [245a]).

No Romantismo, a exaltação da loucura como característica inalienável do gênio toma proporções maiores. Na busca da *verdade* escondida nas emoções e nos sentimentos, em oposição à valorizada racionalidade do Iluminismo, o artista louco era visto muitas vezes como o homem privilegiado que se libertou das amarras sociais e da razão para mergulhar no caudaloso oceano de si mesmo – onde estava o plano mais *verdadeiro* da realidade (BECKER, 1978), no sentido de uma conexão com o *Absoluto*. Hoje, o doente psiquiátrico ideal – autônomo – não é o gênio romântico louco, mas aquele que, consciente de sua doença diagnosticada, assume controle sobre ela⁷¹. Em entrevista à revista literária *Germina*, Rodrigo afirma:

A loucura que interessa é a estereotipada. Existe muito esquizofrênico e muito bipolar que tenta e às vezes consegue levar uma vida normal e até ter uma visão crítica da própria da doença. É o meu caso. Mas o doente mental que interessa mesmo é o folclórico. Como me visto como uma pessoa normal e tenho uma articulação discursiva boa, não devo ser muito interessante para isso⁷².

A crítica de Rodrigo à exaltação do doente mental folclórico parece integrar seu discurso de autonomia. Seria a negação da loucura romântica uma das expressões mais frequentes do doente competente e responsável? Nas narrativas aqui analisadas, sim. Mesmo fora do campo artístico *stricto sensu*, a noção do doente autônomo mostra-se ubíqua. E é justamente fora desse campo que a autonomia sobre o transtorno psiquiátrico torna-se, além de idiosincrasia ou sintoma de uma conduta mais geral, também prescritiva. Em sua fala, Rodrigo critica o louco romântico com base em sua experiência e, assumidamente, em suas opiniões pessoais – não há nenhuma tentativa explícita, em seu discurso, de sugestão do seu argumento como conduta a ser seguida. O cenário é diferente no campo midiático, onde as figuras ali (auto)construídas respondem a uma função de normatização de ações e comportamentos.

Vejamos o caso da atriz Luciana Vendramini, que afirma repetidas vezes, em entrevistas desde 2004, sofrer de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) desde os 24 anos. Luciana despontou nos holofotes midiáticos ainda adolescente, quando saiu de sua

⁷¹ Como veremos mais à frente, a noção de autenticidade individualista do Romantismo acessada por meio da loucura artística do gênio ressoa na contemporaneidade de outra forma.

⁷² Disponível em:

http://www.germinaliteratura.com.br/2009/pcruzadas_rodrigodesouzaleao_mar2009.htm. Acesso em: 10 jan. 2013.

cidade natal Jaú (SP) para integrar o elenco de Paquitas do programa *Xou da Xuxa*, em meados da década de 1980. Aos 16 anos, posou nua para a *Playboy*, embora a revista tenha afirmado, à época, que Luciana havia acabado de completar a maioridade. No final dos anos 1990, começou a sofrer de TOC e manteve-se afastada da mídia até 2003, quando deu as primeiras entrevistas sobre o assunto enquanto encenava a peça *4.48 psicose*, da dramaturga inglesa Sarah Kane. A peça foi sucesso de público e crítica. Desde então, Luciana participa de novelas da *Globo*, *SBT*, *Record* e em 2013, começou a apresentar um programa no canal a cabo *TCM*. Mesmo quase 10 anos depois de sua primeira entrevista sobre o transtorno psiquiátrico, a atriz ainda dá entrevistas sobre o assunto. Na mais recente delas, de outubro de 2013, Luciana fala da doença a partir da perspectiva da cura: “As pessoas acham que eu tenho TOC até hoje. Estou completamente curada”⁷³.

Essa distância está presente nas narrativas de Luciana desde suas primeiras entrevistas. Nelas, a atriz vê o TOC de forma crítica e incorpora um tom prescritivo. “Você fica fazendo essas palhaçadas, que são as manias, não consegue parar, mas sabe que são ridículas. É uma viagem lúcida”, conta a atriz à *Folha de S. Paulo*⁷⁴. Para ela, o *conhecimento autônomo* sobre a doença foi fundamental para a cura:

Todo mundo me pede ajuda, mas tem que querer, não pode ser mimado e querer chamar atenção. Eu quis tratar, fui a fundo. Mergulhei no estudo, na psicanálise e na alopatia para entender como funciona o mecanismo, se preciso de remédio ou não. Hoje posso dizer que sou um King-Kong, extremamente fortalecida. Depois da tempestade vem a calmaria e é verdade. Eu sempre digo: “cuidado com os sobreviventes”.⁷⁵

Diferentemente de Rodrigo, que fala da esquizofrenia como estado permanente, Luciana impõe uma distância temporal-existencial mais significativa porque se considera curada. É desse universo da cura que fala também a cantora celebridade Paula Fernandes, sucesso bombástico desde 2011. Apenas em 2011, Paula vendeu mais de um milhão de cópias de seu DVD, *Paula Fernandes – Ao vivo*, lançado naquele mesmo ano⁷⁶. O CD mais recente da cantora, *Meus encantos*, de 2012, ficou em segundo lugar entre os mais

⁷³ Disponível em: <http://www.flashland.com.br/cine-e-tv/acham-que-tenho-toc-ate-hoje-diz-luciana-vendramini-que-fez-livro-sobre-a-doenca>. Acesso em: 25 out. 2013.

⁷⁴ Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/04/1266857-cheguei-a-ficar-oito-horas-no-banho-diz-a-atriz-luciana-vendramini.shtml>. Acesso em: 05 mar. 2013.

⁷⁵ Disponível em <http://gente.ig.com.br/luciana-vendramini-eu-achei-que-ia-ficar-louca/n1238009084618.html>. Acesso em: 05 mar. 2013.

⁷⁶ Disponível em <http://virgula.uol.com.br/musica/sertanejo/cd-e-dvd-de-paula-fernandes-chega-a-um-milhao-de-copias-vendidas>. Acesso em: 05 mar. 2013.

vendidos do Brasil, com 312.257 cópias, de acordo com a Associação Brasileira dos Produtores de Discos⁷⁷. Seu DVD mais recente, *Um ser amor*, lançado em junho de 2013, conquistou o disco de platina duplo – 300 mil cópias vendidas –, conferido pela mesma associação, cinco meses depois⁷⁸. A revista *Época* também a elegeu como uma das personalidades mais influentes de 2011⁷⁹. Paula Fernandes, sem dúvida, é uma celebridade. E, como tal, figura como símbolo cultural, que tem notoriedade não apenas por seu desempenho profissional, mas também por sua intimidade tornada pública, que lhe confere, aos olhos dos espectadores e fãs, uma aura de autenticidade.

Mineira da cidade de Sete Lagoas, Paula afirma ter começado a cantar aos oito anos – quando ela e sua família vendiam, numa mercearia da cidade, os produtos feitos em seu sítio. Aos dez anos, gravou seu primeiro disco independente e começou a fazer shows em festas e a participar de programas da mídia regional. Aos doze, a cantora se mudou com sua família para São Paulo, onde foi contratada por uma empresa de rodeios. A transformação de “pessoa comum” para “celebridade” começou aos 22 anos, quando Paula gravou a música “Ave Maria Natureza”, tema da novela *América*, exibida no horário das 21h na Globo. Mas o marco de seu sucesso foi no final de 2010, quando cantou ao lado de Roberto Carlos no especial de fim de ano da emissora, gravado na praia de Copacabana, com a presença de mais de 700 mil pessoas⁸⁰.

Paula se descreve como uma pessoa “muito caseira”, de “muita responsabilidade”, “mais equilibrada, mais tranquila”, “muito dedicada”. No programa *De frente com Gabi*, a cantora revela que nunca havia beijado um rapaz até os 19 anos, não fuma (“nunca experimentei”), nem bebe (“experimentei cerveja uma vez e achei que não era pra mim”). Tudo isso, afirma na mesma entrevista, faz parte do exemplo para os jovens, sua “missão”:

Resgatar alguns valores através da música. Cantar o amor de forma mais simples, num tempo em que as pessoas trocam de namorado como trocam de roupa (...). Trazer essa coisa mais simples, essa pureza (...). Então, num momento em que elas [as jovens] estão um pouco sem referência (...), eu acabo sendo uma referência pra elas. [...] E isso também é missão. E eu não posso simplesmente desembestar...⁸¹

⁷⁷ Disponível em <http://veja.abril.com.br/blog/radar-on-line/diversos/conheca-a-lista-dos-dez-cds-mais-vendidos-de-2012/>. Acesso em: 12 mar. 2013.

⁷⁸ Disponível em <http://blogs.jovempan.uol.com.br/musicjournal/paula-fernandes-dvd-ao-vivo-um-ser-amor-conquista-disco-de-platina-duplo/>. Acesso em: 12 fev. 2014.

⁷⁹ Disponível em <http://musica.sapo.pt/noticias/concertos/paula-fernandes-estreia-se-em-portugal-com-concerto-gratuito>. Acesso em: 13 abr. 2013.

⁸⁰ Essas informações foram colhidas do site oficial da cantora (<http://www.paulafernandes.com.br/>) e de sua entrevista no programa *De frente com Gabi*, já citado.

⁸¹ Disponível em: <http://youtu.be/20aRGoJGQV0>. Acesso em: 12 mar. 2012.

Em contraposição ao diagnóstico feito por muitos teóricos sobre as relações contemporâneas – voláteis, líquidas, inexpressivas, frágeis (BAUMAN, 2004) –, Paula Fernandes representa uma outra contemporaneidade, conservadora, que evita a ironia que marca a juventude da classe média alta dos grandes centros urbanos. O grupo – imenso – de fãs jovens da cantora se autodenomina Pauletes, com direito a uma *hashtag*⁸² (#Pauletes), usada em sites como o Twitter e o Instagram. Nessas redes sociais, as fãs republicam fotos da cantora, postam fotos de si antes dos shows ou de *looks* inspirados em Paula – além, claro, de usar a *hashtag* como forma de reconhecimento de outras fãs da cantora.⁸³

Simultaneamente à construção dessa imagem *pura*, Paula classifica como um de seus maiores defeitos ser “meio braba” e aparece na capa de seu CD mais recente (*Meus encantos*) num *top* que evidencia tanto sua cintura fina e desnuda tanto quanto o decote profundo – em contraste com a imagem angelical emanada por seu disco anterior (*Pássaro de Fogo*). A cantora parece colocar-se, assim, num lugar ambíguo entre a visão tradicional da mulher como um ser emotivo, sensível e pacífico e o “o modelo de performance acentuadamente erotizada que a mídia consagrou como a representação de uma nova subjetividade feminina juvenil — assertiva, energética, empoderada, livre dos constrangimentos da feminilidade passiva” (FREIRE FILHO, 2007, 2013, p. 17). Afinal, na mesma música (“Pássaro de fogo”), Paula transita entre a metáfora do amor mais romântico e ingênuo (“serei os teus pés/ nas asas do sonho rumo ao teu coração”) e a metáfora do ato sexual mais explícita (“se entrega pra mim/ cavalga em meu corpo, minha eterna paixão”). Em comentários nas redes sociais e nos sites dos fã-clubes, as “pauletes” e os “paulitos” não parecem enxergar a postura de Paula como ambígua. Ao contrário, não faltam afirmações de que a cantora é “única” e “um exemplo”. Nos comentários no vídeo da entrevista de Paula a Gabriela, alguns criticam a suposta falsidade da cantora: “Odeio essa Paula Fernandes . Metidinha , sebosinha , querendo parecer perfeitinha , desfaz das pessoas quando não são interessantes pra ela” (sic). Os defensores, no entanto, não tardam: “Inveja corroe a alma.quem critica, debocha é pq ta se doendo.olhem no espelho antes de falar dela. Quem tem inveja, sempre estara na vala.nunca anda pra frente,só pra tras.paula vc é iluminada” (sic).

⁸² Disponível em <https://twitter.com/search?q=%23pauletes&src=typd>. Acesso em: 14 mar. 2013.

⁸³ Embora menos expressiva, a *hashtag* #Paulitos, utilizada para os fãs masculinos de Paula Fernandes, também existe no Twitter e no Instagram.

Esse mundo pós-moderno *pero no mucho* habitado por Paula torna-se explícito também em seu discurso sobre depressão. Diz a cantora a Ana Maria Braga, no programa *Mais Você*: “Eu descobri que eu tive depressão porque sou uma pessoa sensível”⁸⁴. A referência, portanto, é mais uma vez o romantismo: é a sensibilidade aguçada, a capacidade de se afetar por tudo e todos que pode assumir contornos descritos como patológicos. Essa mesma sensibilidade aguçada, aliás, é o que permite que Paula escreva suas letras e tenha inspiração, conta ela às apresentadoras do programa *Manhã Maior* (RedeTV!). Entretanto, a exposição pública de Paula da depressão que a teria acometido aos 16 anos não acontece em suas músicas. A cantora enfatiza o tom pessoal em suas composições, como fez na RedeTV! e em outras entrevistas (“o que eu queria era retratar o que eu sou agora”, disse ela à jornalista Marília Gabriela em 2013 sobre seu DVD), mas elas são exemplos paradigmático do cancionero sertanejo do Brasil. Nas letras que fazem tanto sucesso, o sofrimento surge na forma do sofrimento amoroso: “Eu vim falar do que eu perdi/ Que eu já chorei, do que eu vivi/ Porque eu amei, me entreguei/ E quantas vezes eu sorri/ Eu vim contar pro seu coração/ Que eu já provei da desilusão/ De um amor”, canta ela em “Cuidar mais de mim”. É apenas nas entrevistas em *talk shows*, programas matutinos e em depoimentos à TV que a cantora fala sobre a “doença”, e o faz à exaustão, da Rede Globo à RedeTV!, do *Fantástico* ao *Manhã Maior*. Construída após seus sucesso, a imagem de Paula como ex-deprimida está diretamente atrelada a ele – como veremos mais à frente.

Como doente competente, Paula também *prescreve* que a aceitação do transtorno mental como doença é fundamental para seu *controle* e, portanto, para a cura. “Só comecei a melhorar quanto tive consciência de que estava doente”, conta ela em entrevista no *chat* do site Terra⁸⁵. “A partir do momento que você começa a aceitar e se tratar, a melhora já é certa”, diz ela, desta vez provocando identificação direta com o telespectador, no programa matutino da RedeTV!⁸⁶. Em um depoimento que deu ao *Fantástico*, na série *Males da Alma* – justamente sobre transtornos psiquiátricos –, o texto sugere que o leitor deprimido deve se tratar porque Paula assim o fez.

Se Paula não tivesse aceitado o tratamento, as coisas poderiam ser diferentes, segundo ela. “Eu não estaria aqui, teria feito alguma bobagem”, conta. A cantora

⁸⁴ Disponível em: <http://globoTV.globo.com/rede-globo/mais-voce/v/paula-fernandes-sou-o-resultado-da-depressao-que-tive-aos-18-anos/2139067/>. Acesso em: 5 dez. 2013.

⁸⁵ Disponível em: <http://diversao.terra.com.br/tv/paula-fernandes-fala-da-depressao-no-comeco-da-carreira.94efca1fe1737310VgnCLD100000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em: 12 mar. 2013.

⁸⁶ Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=ISCDY-ZApRY>. Acesso em: 12 mar. 2013.

também afirma que nunca pensou em se matar: “Eu nunca teria coragem, e uma coisa que não perdi foi a consciência”.

Paula, portanto, é o paciente psiquiátrico ideal: aceitou o tratamento psicotrópico e, mesmo na pior fase da doença, tinha controle sobre si (“nunca perdi a consciência”) o suficiente para não cometer suicídio. O paciente responsável que Paula representa não é perigo para o outro – e, mais importante, não é perigo para si mesmo. O caráter individualista acentuado nos relatos de Paula são sintomáticos da avaliação de Ehrenberg sobre a centralidade do paciente na avaliação de sua doença mental: “Os direitos do pacientes têm, hoje, um valor superior aos direitos da sociedade de se defender de uma eventual representação de perigo” (EHRENBERG, 2004, p. 146).

O paciente competente e autônomo de Ehrenberg mostra-se de forma diferente nos relatos de Maura Lopes Cançado. Não por acaso, Maura viveu quatro décadas antes de Rodrigo, Luciana e Paula – distância temporal que, embora não permita uma distinção radical entre os modos de subjetividade, sugere algumas diferenças. O final da década de 1950 e o início dos anos 1960, quando Maura escreve e publica seu *Hospício é Deus*, são marcados por ideais coletivos de bem comum e mudança social, acentuados na década seguinte e baseados principalmente na juventude (ROSZAK, 1972).

Assim, é possível compreender por que a narrativa de Maura é permeada por denúncias e críticas contundentes ao sistema psiquiátrico do qual faz parte – nas primeiras internações, voluntariamente. Mesmo em um livro autobiográfico, em primeira pessoa, o vocabulário da *opressão*, *exploração* e da *disciplina* se sobressai em meio àquele relacionado ao individualismo. Como instituição disciplinar que segue o modelo do panóptico (FOUCAULT, 2010), o hospício é diversas vezes comparado a um presídio. O tratamento impessoal das internadas, a violência das guardas – tudo isso é descrito por Maura em tom de denúncia. O paciente competente de meados do século XX era o paciente social. Conta a autora, na entrada em seu diário do dia 16 de novembro de 1959:

Gostaria de escrever um livro sobre o hospital e como se vive aqui. Só quem passa anonimamente por este lugar pode conhece-lo. E sou apenas um prefixo no peito do uniforme.um número a mais. À noite, em nossas camas, somos contadas como se deve fazer com os criminosos nos Presídios. Pretendo mesmo escrever um livro. Talvez já o esteja fazendo, não queria vivê-lo (LOPES CANÇADO, 1975, p. 60).

4.2. O desvio da autonomia: fraqueza de vontade

Se a autonomia é característica-chave do paciente competente da contemporaneidade, ela também é a norma a partir do qual se institui *desvios* – os próprios transtornos mentais, por exemplo. O cidadão ideal é aquele que cuida de sua própria vida, alcança sucesso profissional *por seus próprios esforços* e não depende do Estado para seu bem-estar. Cuide de si mesmo, instruem jornais, revistas e livros de autoajuda, que multiplicam-se aos borbotões. O Estado, antes considerado provedor do bem-estar social e da vida coletiva, agora tem seu papel enfraquecido – e também sua responsabilidade sobre os cidadãos. Em uma frase sintomática do livro *O segredo da prosperidade*, os autores dizem:

Vivemos em um mundo onde os ricos ficam mais ricos e os pobres ficam mais pobres. Isso não acontece por causa de alguma ação humana, ou por uma falha do governo. [...] Há falta de recursos? NÃO. Há falta de dinheiro? NÃO. Há falta de oportunidades? NÃO! A resposta para qualquer pergunta que tenha a ver com falta será sempre não! A única falta que existe está nas vidas individuais baseadas nos pensamentos e expectativas individuais (GOLDWELL & LYNCH, 2008).

Claro: as palavras de Goldwell e Lynch soam exageradamente fora do tom após a crise financeira mundial de 2008, que exigiu dos governos uma postura economicamente mais austera e protecionista. Mas é essa visão do esforço pessoal (ou, no caso extremo do *Segredo da prosperidade*, da mera “vontade”) como único fator-chave para o sucesso que permite a emergência de ditados repetidos à exaustão como “o importante não é dar o peixe, mas ensinar a pescar” e a ascensão do *self-made man* norte-americano como ideal também no Brasil. Como explica Freire Filho, na virada do século XX para o XXI,

prognosticava-se, também, uma potencialização da iniciativa e da eficácia individual, com a infusão de uma “mentalidade” [...] empreendedora, estimulada pelo fim de amarras burocráticas e organizacionais que oprimiam a criatividade e a autonomia (FREIRE FILHO, 2011, p. 722).

Essa autonomia, no entanto, é assistida por especialistas, terapias e remédios que ajudam os cidadãos a tornarem-se cada vez mais empreendedores, autônomos, independentes e bem-sucedidos. Como disse na Introdução, os remédios psicotrópicos têm aí papel fundamental. Eles aplacam nossa ansiedade e nos tranquilizam (Rivotril), nos animam quando estamos prostrados (antidepressivos), ajudam a nos concentrar num mundo inundado por estímulos (Ritalina) e controlam nossos estado de espírito (estabilizadores de humor). O cardápio é farto – tanto de medicamentos quanto de transtornos. O uso *off label* desses medicamentos, que independe de um diagnóstico

profissional de um transtorno psiquiátrico, também é digno de nota. Basta notar o crescente “mercado negro” de remédios Ritalina entre estudantes universitários para melhorar a concentração nos estudos⁸⁷. Há, inclusive, aqueles que afirmam fazer o uso “subversivo” de medicamentos originalmente criados para domar humores e emoções, da mesma forma como são utilizadas drogas ilegais como o LSD, a maconha, o *ecstasy* etc.

É nesse cenário que os cidadãos incapazes de cumprir com a norma da autonomia são desviantes. Ou estultos, na palavra utilizada por Freire Costa (2005, p. 195): “Estultícia é a inépcia, a incompetência para exercer a vontade no domínio do corpo e da mente, segundo os preceitos da qualidade de vida”. Como mostrei no começo deste capítulo, Schreber pedia a saída do manicômio a partir do argumento de que estava em posse de sua *razão*. O ser irracional, portanto, era o ser desviante. Hoje, segundo Freire Costa, são os *estultos*, os exemplos da “fraqueza de vontade”. O exemplo tradicional e óbvio é a depressão, sobre a qual a cantora sertaneja Paula Fernandes comenta em entrevistas à mídia. Se a normalidade configura-se numa força de vontade, de modo que o controle e o governo de si desenrolem-se sem percalços, faz sentido que a anormalidade de Paula naquele momento – “a gente passa a rejeitar o que mais ama na vida [cantar]”⁸⁸ – fosse traduzida em um diagnóstico psiquiátrico.

Os transtornos psiquiátricos, no entanto, não surgem apenas nos *fracassados*. Ao contrário: somos todos doentes potenciais, como mostramos acima. A universalidade da potência estulta, assim, torna-se forma de prescrever, um alerta. Como na entrevista de Paula Fernandes ao programa *Mais Você*, apresentado por Ana Maria Braga:

Ana Maria Braga: Acho legal conversar com as meninas [sobre] isso [depressão], porque as pessoas falam assim ‘não, tá fazendo sucesso, tá cantando, bonita desse jeito!’ Como é que pode?

Paula Fernandes: [...] É algo que eu também não aceitava. Como é que pode ser jovem e cheia de saúde, de repente ter isso? É uma coisa que bebês têm, crianças têm, adolescentes têm, velhinhos têm. Isso é uma coisa que atinge qualquer pessoa, independente da condição financeira, da beleza, isso não tem nada a ver.⁸⁹

⁸⁷ Em uma matéria lançada em outubro de 2011 na revista *Trip*, intitulada “Geração Ritalina”, o repórter narra sua ida a um psiquiatra pela primeira vez. No consultório, ele explana os problemas que lhe incomodam – sem mentir ou exagerar, segundo consta na matéria –: falta de atenção, dificuldades no cumprimento de prazos e na leitura de um livro até o fim. Em resposta, o psiquiatra receita-lhe três caixas do remédio tarja-preta Ritalina, droga estimulante do laboratório Novartis utilizada para tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Na mesma reportagem, o autor conta também ter conseguido, com extrema rapidez, comprar o remédio on-line, no mercado negro. Disponível em: <http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html>. Acesso em: 25 set. 2011.

⁸⁸ Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=IscDY-ZApRY>. Acesso em: 12 fev. 2013.

⁸⁹ Disponível em: <http://globoTV.globo.com/rede-globo/mais-voce/v/paula-fernandes-sou-o-resultado-da-depressao-que-tive-aos-18-anos/2139067/>. Acesso em: 21 mar. 2013.

O tom prescritivo conferido aos discursos sobre depressão na mídia tornou-se dominante a partir da década de 1990, quando jornais e revistas passaram a tentar orientar a conduta de seus leitores com base em informações científicas. “Segundo a nova função prescritiva da mídia de saúde, estes saberes-poderes teriam na arena pública midiática sua oportunidade de exposição para que, por fim, o leitor livremente pudesse decidir quais delas lhe conviriam” (SAINT-CLAIR, 2012, p. 221).

Como figuras midiáticas, celebridades como Paula Fernandes e Luciana Vendramini também desempenham esse papel de orientação de conduta. Seu efeito de verdade, no entanto, provém menos do embasamento científico aos quais elas fazem referência do que de suas narrativas pessoais, contadas à exaustão em entrevistas na televisão (principalmente programas matinais) e em jornais, revistas, sites e também em redes sociais. Após a veiculação de seu depoimento sobre depressão ao *Fantástico*, na já mencionada série *Males da Alma*, Paula postou no Twitter: “Oi amores! Aqui está meu depoimento sobre um assunto muito sério, q pode atingir a qualquer pessoa: A Depressão! [http://t.co/r2XbPv7B] Espero assim, poder ajudar a todos que estão passando por esse momento difícil! É possível vencer a depressão! Eu venci, vcs tb podem! Bjos” (sic)⁹⁰. Essas frases, distribuídas em duas postagens, foram publicadas pela cantora sertaneja Paula Fernandes no Twitter, em fevereiro de 2013. Juntos, os dois tuítes foram reproduzidos quase 900 vezes. No Facebook, onde a mensagem também foi postada, 7.759 pessoas curtiram, 1.073 compartilharam e 927 fizeram algum comentário⁹¹ – em tom de aprovação⁹², gratidão⁹³, de identificação com o tema e de compartilhamento de uma experiência semelhante⁹⁴. O *link* inserido na mensagem de Paula Fernandes direcionava a um depoimento seu ao *Fantástico*, exibido no dia anterior. Nele, a cantora avalia a depressão que a acometeu aos 18 anos: “Infeliz, nunca fui; eu fiquei doente”⁹⁵.

⁹⁰ Disponível em <https://twitter.com/PaulaFernandes7/status/303318114181976064> e em <https://twitter.com/PaulaFernandes7/status/303316578370469889>, publicado em 18/02/2013.

⁹¹ Disponível em <https://www.facebook.com/OficialPaulaFernandes/posts/121284078052708>, publicado em 18/02/2013.

⁹² “Maravilhosa você! Uma guerreira! Vencedora!”, “ótimo depoimento, voocê é exemplo de viida para todos nós Paulinha” (sic), “Com certeza, vc é nosso exemplo nesse assunto... Parabéns por ter superado tudo e se tornado essa super mulher!!! Bjos!!!”

⁹³ “Obrigado meu anjo!!!Vc é uma inspiração pra min!!!!!!” (sic), “obrigada por existir por que sem você não teria feito esforço pra lutar contra essa doença”.

⁹⁴ “Eu tenho depressao desde os 17 anos hj tenho 26 e nao tenho vontade de fazer NADAAA”; “eu tambem passei por esse caminho e venci. vamos nos juntar nessa causa e seremos felizes. bjs e abrcs”; “tambem tive depressão, sofri muito, tratei durante 3 anos, mas venci... mas é muito difícil”.

⁹⁵ Disponível em <http://g1.globo.com/fantastico/quadros/canal-f/noticia/2013/02/infeliz-nunca-fui-eu-fiquei-doente-afirma-paula-fernandes.html>. Acesso em: 30 mai. 2013.

A fraqueza de vontade de Paula, que a levou a ser diagnosticada com depressão, é diferente daquela narrada por Luciana Vendramini. Luciana faz questão de frisar, em entrevista ao iG: “Eu não tinha depressão. *Eu tinha muita vontade de fazer as coisas*, mas tinha manias” (grifo meu)⁹⁶. Qual era a estultícia de Luciana, então? Sua fraqueza era não saber controlar o exercício de sua vontade, e isso tornava-a impotente. Segundo Freire Costa (2004, p. 196), as figuras da estultícia podem ser subdivididas em três categorias: a) dependentes ou adictos; b) desregulados; c) inibidos; d) estressados; e e) deformados. Os inibidos, segundo o autor, são aqueles que “se intimidam com o mundo e não expandem a força de vontade, como os distímicos, os apáticos, os não assertivos, os ‘não assumidos’”. Já os desregulados são os que “não podem moderar o ritmo ou a intensidade das carências físicas ou mentais” (idem, *ibid.*).

Está claro que, por meio das narrativas de si, os portadores de transtornos mentais inventam-se como novas pessoas, constroem novas subjetividades. Uma das narrativas mais presentes nesse *devir-eu* é a autenticidade: não apenas o doente competente, autônomo, mas também – quiçá principalmente – o doente *autêntico*.

4.3. Superação e autenticidade

4.3.1. Os primórdios da autenticidade

Entendida como valor a ser aspirado na virada do século XVIII para o XIX, a autenticidade teve na ascensão do gênero autobiográfico um lugar privilegiado de construção – principalmente nas *Confissões* de Jean-Jacques Rousseau, obra entendida por diversos autores como o marco de inauguração da autobiografia moderna, agente importante na guinada subjetiva do pensamento ocidental. Na palavras de Taylor:

Rousseau muitas vezes apresenta a questão da moralidade como a nossa busca por uma voz da natureza dentro de nós. Essa voz é frequentemente abafada pelas paixões induzidas por nossa dependência de outros, das quais a principal é o “*amour propre*”, ou orgulho. Nossa salvação moral advém da recuperação do contato moral autêntico com nós mesmos (TAYLOR, 1991, p. 27).

Para diversos pensadores, Rousseau foi uma das figuras mais importantes na constituição das bases do Romantismo que floresceu no século XIX (GUIGNON, 2004).

⁹⁶ Disponível em: <http://gente.ig.com.br/luciana-vendramini-eu-achei-que-ia-ficar-louca/n1238009084618.html> Acesso em: 21 mar. 2013.

Em resposta ao materialismo cru do Iluminismo, que pretendia alcançar o conhecimento e a realização humana por meio exclusivo da razão, Rousseau – e, posteriormente, toda uma linha de pensadores românticos – nos exortava a buscar nosso “eu verdadeiro”, que havia sido fragmentado na ruptura forçada entre sentimentos e razão – e na valorização do segundo em detrimento do primeiro. Era essa *unidade* que o Romantismo buscava reintegrar. E o fazia, por exemplo, no contato com a natureza. No entanto, a comunhão com a natureza não era um fim em si mesmo na busca por essa unidade, apenas o passo inicial. Ao descobrir que a natureza é produto da mente humana, o romântico voltou-se para dentro de si mesmo:

O mote do Romantismo nos incentiva a deixar que a ciência fique com a realidade, pois temos uma outra realidade – uma realidade especial que está aqui, dentro do *eu*. Sob essa perspectiva, no entanto, o *eu* não é apenas o centro do universo. Ele é o universo (ibid., p. 34).

Em nossa herança de Rousseau, o *eu* tornou-se algo que construímos na busca por esse *eu*, e não algo que já está formado esperando que o encontremos. Nesse sentido, a busca pela autenticidade, no século XIX, significava ir na contramão do pensamento dominante – racional e científico.

4.3.2. Meados do século XX: autoconhecimento como libertação

Já no século XX, as décadas de 1960 e 1970 representaram uma espécie de resgate contracultural dessa autenticidade romântica. Em um contexto sociopolítico de repressão e hierarquias rígidas, ser autêntico significava ir contra a moral burguesa hipócrita do bom comportamento. Sermos nós mesmos significava nos liberarmos das amarras sociais em busca da liberdade sensual e espiritual (FREIRE FILHO, 2010). Não à toa, foi nesse período que a psicanálise popularizou-se no Brasil e passou a representar um *estilo de vida*, “um poderoso instrumento de autodescoberta e autoconhecimento” (RUSSO, 1993, p. 24). Ela era ponto central de *consumo*, por exemplo, do círculo intelectual-boêmio da burguesia carioca, como atesta Gilberto Velho em *Nobres e anjos* (2008).

No livro originado de sua tese de doutorado, o antropólogo faz uma etnografia de um grupo de amigos habitantes da Zona Sul carioca, pertencentes principalmente à classe média artística da cidade. Dos 25 indivíduos que faziam parte do grupo, 14 faziam “análise” e, sempre que um membro do grupo começava a se consultar com um psicanalista, ele passava por escrutínio dos outros, que esperavam ver nele alguma

mudança – tanto estética, como um corte de cabelo novo, quanto de ordem prática, como um pedido de demissão do emprego. A razão para a psicanálise, diziam, era a busca por autoconhecimento e a descoberta de si mesmo, que havia se perdido com a criação por famílias repressoras e rígidas. A *psicologização* das camadas médias urbanas também é identificada por Velho por meio do discurso desses indivíduos, para quem os empregos burocráticos eram “aprisionantes” e “repressores” e as atividades que envolviam algum tipo de criação (artes plásticas, literatura) era vista com bons olhos. Mesmos os artistas pendiam entre a aceitação do público e do mercado e a originalidade da obra, que era valorizada como autêntica (VELHO, 1998).

No pequeno universo etnografado por Velho, a *autenticidade*, portanto, era buscada na contramão de valores tradicionais impostos pelas famílias. A conduta da busca por si mesmo não era dominante, embora estivesse começando a se popularizar. Em *Cleo e Daniel*, um dos romances mais famosos de Roberto Freire – escritor-símbolo da contracultura brasileira dos anos 1960 –, o narrador (um psicanalista, como o autor) conta uma conversa que teve com um amigo também médico e psicanalista:

Deixei de ouvi-lo. Roberto era um covarde a mais. *A ternura humana vencera sua autenticidade; e o misticismo, a coragem animal*. A ternura pela mulher e os filhos o reduzira à condição de fêmea social. Cuida da sociedade como as mulheres da prole. Amor de mãe não é amor, pelo menos do amor que falo. Como não são amor também a solidariedade, a fraternidade e a caridade, isso eu já disse, mas é bom repetir. O grande mal é esse amor placentário fora da placenta. É esse calor da amamentação quando os seios já estão secos. É essa responsabilidade umbilical do gerador ao gerado e essa gratidão mamífera do gerado ao gerador. [...]

— O muito que você quer bem à sua família não ficará diminuído em nada se admitir que o amor verdadeiro ainda não foi vivido por ninguém, embora esteja dentro de todos nós, potente, latente e virgem!

Por um instante alguma coisa se acendeu dentro dele. Uma rápida iluminação, porém insuficiente para vencer as sombras de sua escuridão de homem comum.

— Você não sabe, engana-se, mente-se inconscientemente, mas foi por isso que deixou a profissão! Porque vasculhando, remexendo no fundo da alma de seus clientes, não encontrou amor maior que essa morna ternura humana e a libido, mais nada. Na sua, não encontrou também coisa alguma. E sabe que só esse amor poderia salvá-lo. Salvar você, salvar sua mulher, salvar seus filhos! E esses imbecis todos que estão nos olhando! (FREIRE, 1966, p. 103)

Maura Lopes Cançado, contemporânea de Freire e Velho, expõe um discurso semelhante, de um outro lugar de fala: internada num manicômio, Maura é louca e,

portanto, desviante. Ao narrar o começo de sua loucura, afirma que buscava uma *verdade* para além da moralidade burguesa dominante:

Desde então tudo tomou caráter mais grave e penoso; passei a sofrer com brutalidade os reflexos do condicionamento imposto a uma adolescente numa sociedade burguesa, principalmente mineira – e principalmente quando esta adolescente julga perceber além das verdades que lhe impõem, e tem, ela mesma, sua própria verdade (LOPES CANÇADO, 1975, p. 27-28).

Diferentemente dos indivíduos etnografados por Velho, no entanto, Maura demonstra uma visão cética em relação à psicanálise e ao tratamento que recebe no hospício. Chama a psicoterapia de “jogo” e ironiza justamente a busca por um *si mesmo* legitimada no processo analítico – não por negar a existência de um *eu verdadeiro* ou autêntico (como vimos acima, ela o reconhece), mas por duvidar da capacidade do analista e de si mesma de acessar essa verdade – Maura afirma diversas vezes que não é honesta e mente o tempo todo.

Mas o tal de analista compreende. E julga flagrar-nos quando fazemos observações puras e autênticas. Ah, ele sabe que não são autênticas. O tal de analista sabe. Uhhhhhhhhhhhh! (...) Mas ignoro até onde ele pode contar comigo. Sou demais sonsa para qualquer pronunciamento honesto a meu respeito. Mesmo, eu me desconheço quase completamente, meus atos me surpreendem tanto quanto a outra pessoa. Sou incapaz de analisar-me um instante e dizer corajosamente para frente uma verdade acerca de mim mesma. (...) Embora eu desconheça minha vontade, perceba vagamente que possuo uma consciência (ibid., p. 40-41)

Nesse desconhecimento de si, a loucura parecia a ela uma forma de autoconhecimento, de descoberta de si mesma e de suas verdades: “O que eu buscava sem cessar era uma coerência que desse sentido à minha vida. Talvez, se eu enlouquecesse, conseguisse dar vida às coisas que existiam em mim e que eu não era capaz de exprimir” (ibid., p. 69).

Maura, entretanto, não se vê como louca. Os internados no hospício, para ela, são divididos entre os doentes mentais e os loucos. Estes seriam os libertos, eternos, os loucos divinos de Platão. Maura usa justamente essa expressão, “o louco é divino”, para caracterizar aqueles que ela considera minoria no hospital psiquiátrico. Os loucos, segundo Maura, são aqueles que conseguiram transpor o “Muro” (em referência à obra de Jean-Paul Sartre publicada em 1939), saíram completamente da normalidade e estão libertos. “Ser louco para mim é chegar lá”, diz Maura. Já os doentes mentais são aqueles que não se desgarraram completamente deste mundo e “lutam contra o que se chama

doença, quando justamente esta luta é que os define: sem lado, entre o mundo dos chamados normais e a liberdade dos outros”. A escritora-se enquadra-se entre os doentes mentais, pois sente-se “pequena e covarde” diante da dignidade da loucura (ibid., p. 28-29).

Ao não ver-se como louca, na narrativa de Maura, a loucura então torna-se uma representação, uma *performance*. Como engana a todos o tempo todo, afirma ela, suas ações são cometidas com intuito de choque ou, quiçá, sem intuito nenhum. Maura não é louca nem honesta: ela mente.

Faço as coisas sem nenhum sentido: permaneço horas deitada no chão do corredor do hospital, danço balé sobre os bancos, escandalizando as guardas. Estou constantemente penalizada de mim: dualizada: sou espectadora de mim mesma (...) (ibid., p. 56)

Eu me visto de doida, desempenho meu papel com certa elegância, sobretudo com muita graça. Seria mais fácil fantasiar-me de funcionária pública, trabalhando em hospício (ibid., p. 95).

Senti-me desesperada: tratavam-me como louca. Eu não iria desapontá-los. Fui para o pátio, rasguei o vestido, fiz um *sarong* bem curto, trepei no muro. Pus as mãos em concha e gritei como Tarzan: ÔÔÔÔ. Quando me buscaram sabia o que me esperava: quarto-forte. Mas ainda ignorava a extensão da maldade. Não conhecia ainda os castigos aplicados aos doentes mentais. [...] “Gostou da minha demonstração de loucura?” (ibid., p. 48).

Eu me visto de doida, desempenho meu papel com certa elegância, sobretudo muita graça. Seria mais fácil fantasiar-me de funcionária pública, trabalhando em hospício (ibid., p. 95).

A narrativa de Maura se difere dos outros relatos analisados aqui por pautar-se justamente na negação da autenticidade: embora a escritora afirme reconhecer a existência de uma verdade interior, que, caso descoberta poderia liberá-la das amarras impostas pela sociedade, sua postura é niilista porque se considera incapaz de acessá-la – e incapazes também são os médicos, as instituições, a psicanálise. O *eu autêntico* de Maura construído em seu diário escapa dela mesma, é objeto distante e inalcançável. A loucura seria a única forma de acessar suas verdades, mas Maura não é louca. O que lhe resta é representar, numa *performance* dupla: a da loucura e a da escrita (esta mais bem analisada no capítulo 1).

A repercussão de seu livro assumidamente cheio de mentiras, como diz a própria autora – “Não é, absolutamente, um diário íntimo, mas tão apenas o diário de uma hospiciada, sem sentir-se com direito a escrever as enormidades que pensa, suas belezas,

suas verdades” (ibid., p. 132) – teve efeito contrário, o de verdade. Tanto de verdade social quanto individual. *Hospício é Deus* é citado como prova das péssimas condições do tratamento psiquiátrico no Brasil, por exemplo, em duas colunas publicadas no *Jornal do Brasil* em agosto de 1965, quando a primeira edição do livro foi publicada: na de José Carlos Oliveira, que afirma: “O livro contém uma terrível denúncia: ele mostra, em toda horrível simplicidade, o que se passa num hospício carioca para indigentes”⁹⁷. Já Jehovanira Chrysostomo de Souza, em pequeno artigo para o mesmo jornal alguns dias antes, diz: “Só alguém que frequentou um hospício ou alguma cidade triste de uniformes azuis e jalecos brancos pode denunciar autenticamente essa verdade, revelando o amor e a lógica que existem sob o rótulo dos diagnósticos médicos (...)”⁹⁸.

Mais que autenticidade de um cenário social, entretanto, *Hospício é Deus* é recebido com relato verdadeiro da personalidade de Maura. Antes da publicação de seu segundo diário de hospiciada (que nunca aconteceu), o mesmo José Carlos Oliveira afirma, em sua coluna de 1968: “Num diário honesto, a pessoa deve mostrar-se como de fato é. Literatura autobiográfica e pudor são incompatíveis. A personagem de Maura Lopes Cançado é Maura Lopes Cançado”⁹⁹. A ênfase na autenticidade do relato da escritora sobre si mesma é enfatizada também por Lago Burnett em um artigo escrito antes da publicação do livro, com o sintomático título “A angústia autêntica de Maura”. Burnett inicia seus comentários da seguinte maneira:

A impressão que me fica de uma leitura superficial dos originais inéditos do Diário de Maura Lopes Cançado é a de ter conversado com uma criatura realmente humana, gente de carne e osso, cuja angústia não foi construída artificialmente nos laboratórios do sucesso, com vistas à gloriola dominical dos suplementos, mas resultou natural de um longo aprendizado dessa difícil atividade que é viver.¹⁰⁰

Negando a autenticidade de seus relatos, portanto, Maura constroi-se como autêntica perante a crítica. A veracidade de sua narrativa está em sua refutação como verdade, pois assim demonstra não ter sido “construída artificialmente nos laboratórios do sucesso”. A angústia (loucura) de Maura é autêntica, para Burnett, porque ela nega a vontade de sucesso – no caso, sucesso no meio literário. Se Maura é uma doente mental *autêntica*, como constroi-se a autenticidade da doença justamente no meio onde, segundo Burnett, tudo é artificial – o das celebridades?

⁹⁷ OLIVEIRA, José Carlos. O livro de Maura. *Jornal do Brasil*, 18/08/1965, p. B-3.

⁹⁸ DE SOUZA, Jehovanira Chrysostomo. O noviciado de Maura. *Jornal do Brasil*, 15/08/1965, p. B-5.

⁹⁹ OLIVEIRA, José Carlos. Maura e os outros. *Jornal do Brasil*, 17/02/1968, p. B-3.

¹⁰⁰ BURNETT, Lago. A angústia autêntica de Maura. *Jornal do Brasil*, 17/11/1964, p. B-3.

4.3.3. A celebridade doente é autêntica

A busca por si mesmo, hoje, não é mais a busca por um segredo dentro de nós, algo escondido que precisa ser vasculhado; tampouco algo que se constitui no próprio ato da busca, como no Romantismo. Embora tenha figurado como ideal da esquerda, a autenticidade hoje passou a ter valor de mercado, vendida como um dos valores da vida contemporânea capitalista em programas como *Dr. Phil*, em livros de autoajuda, em pesquisas científicas e em revistas semanais. Sem a dimensão de segredo em relação a nós mesmos, a autenticidade é, hoje, espaço de exibição e de competição com o outro. Como define Guignon, atualmente a autenticidade é “um projeto de se tornar a pessoa que você é” (GUIGNON, 2004, p. 4). Nessa ética da autenticidade (TAYLOR, 1991), a celebridade é ícone fundamental. Se a construção da celebridade representa os ideais e identidades desejados e idealizados pela sociedade contemporânea, “quem nós pensamos que a celebridade é ‘de verdade’, então, nos diz algo sobre quem nós somos ou quem nós queremos ser” (MEYERS, 2009, p. 895). Ou seja: a celebridade autêntica representa o fã, mas o fã que desenvolveu seu potencial, que *descobriu o melhor dentro de si*.

No caso das narrativas de celebridades aqui analisadas – Paula Fernandes e Luciana Vendramini –, o melhor de si foi descoberto *a partir, em e por causa* do transtorno psiquiátrico de que sofreram. Apesar do discurso prescritivo, como vimos, que orienta público e fãs a normatizar seus comportamentos de acordo com riscos, a ênfase maior dada à depressão e ao TOC, respectivamente, está em seu potencial revelador do *eu verdadeiro*. Os transtornos psiquiátricos, dizem Paula e Luciana, fizeram-nas desenvolver seu potencial. A superação do transtorno, portanto, marca indelével das narrativas midiáticas sobre o assunto, se constroi pelo reconhecimento do transtorno como algo *positivo*. Ao mesmo tempo em que demonstra fraqueza de vontade – sobre cuja origem elas não têm responsabilidade, em sua condição de vítima –, a doença mental, quando narrada por celebridades midiáticas, tem sua conotação revertida e passa a representar força.

Em diferentes depoimentos depoimento ao jornal *Folha de S. Paulo* e em entrevista ao Ig, Luciana Vendramini conta como foi a recuperação do transtorno obsessivo-compulsivo. Sua preocupação, afirma, não foi se transformar, mas se aceitar:

É um mergulho difícil. Uma coisa é perder o emprego e ir ao terapeuta pra chorar. Outra é querer se conhecer e tocar nas minhas feridas, aceitar

meus defeitos. *Eu não quis mudar, quis apenas me aceitar e consegui* (itálico nosso).¹⁰¹

Levei uns dois anos até ter o diagnóstico e começar a me tratar e mais um ano para ficar bem. Só é engraçado quando passa. Mas, também, depois de tudo isso você fica uma pessoa menos chata, para de reclamar da vida.¹⁰²

E o resultado desse movimento de aceitação de si foi uma revelação de sua força. Após superar o TOC, Luciana inventou-se não como estulta ou fracassada, mas como vitoriosa e *sobrevivente*. Ela é a vítima de uma doença, que “deu a volta por cima” e “tomou as rédeas” sobre a própria vida, tornando-se uma versão melhor de si mesma. A narrativa da superação transforma o ex-rótulo em bandeira:

Eu não sabia que eu era tão forte e podia superar tantas coisas, tanto fisicamente quanto emocionalmente. Isso assustou meus médicos, minha família. Hoje me chamam de Highlander, porque fui muito guerreira. Eu queria ver o oco e vi de verdade.¹⁰³

É impossível não notar que tanto Luciana quanto Paula são mulheres bonitas: peles e cabelos impecáveis, magras porém curvilíneas, olhos maquiados, batom. Luciana inclusive posou nua para a *Playboy* duas vezes (1987 e 2010) e era ícone sexual antes de desaparecer da mídia por causa de sua doença. Paula Fernandes é conhecida por exibir decotes profundos em seus vestidos mais recentes, bem como por sua cintura fina, que ela acentua com célebres corseletes. Como sintetiza Decker:

A mulher fabricada pela mídia não é nem totalmente objetificada nem simplesmente empoderada; como as narrativas dessas celebridades femininas sugerem, ela é ambas as coisas simultaneamente. Mesmo quando essas mulheres representam para seus fãs modelos de auto-aperfeiçoamento e recauchutagem, elas pertencem ao sistema multimilionário da dieta, *fitness* e da medicina, que enfoca consumidoras mulheres promovendo padrões de beleza quase impossíveis (quicá inaturais ou doentios) (DECKER, 1997, p. 113).

A partir do lugar de corpos e rostos ideais, elas constroem seus discursos de mulheres empoderadas e independentes que venceram as vicissitudes da vida e a disputa masculina em seu meio profissional (caso de Paula no cenário da música sertaneja, dominado por duplas masculinas). Essa vitória, no entanto, só foi possível porque conheceram a si mesmas e descobriram seus potenciais em seus transtornos mentais.

¹⁰¹ Disponível em: <http://gente.ig.com.br/luciana-vendramini-eu-achei-que-ia-ficar-louca/n1238009084618.html>. Acesso em: 21 abr. 2013.

¹⁰² Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2013/04/1266857-cheguei-a-ficar-oito-horas-no-banho-diz-a-atriz-luciana-vendramini.shtml>. Acessado em: 23 ago. 2013.

¹⁰³ Idem, *ibid*.

Assim, quando Paula Fernandes conta sua história com a depressão que teve aos 18 anos, aproxima-se da *celebridade autêntica* tão valorizada, perseguida e construída pelo público e pela mídia (FREIRE FILHO, 2013). Na narrativa que ela constroi, o transtorno psiquiátrico é o único deflagrador para *o encontro de si mesma* e da formação de sua subjetividade. Nesse processo, que a própria cantora chamou de “momento de renascimento” na entrevista à RedeTV, estão presentes palavras-chave no entendimento da cultura contemporânea como autogestão, autonomia, vontade e sucesso – e, obviamente, seus antônimos, fraqueza, estultícia, fracasso.

Na narrativa de Paula, a depressão tem um papel fundamental na descoberta de sua *verdadeira identidade*. É ao desempenhar o papel do paciente autônomo, competente e responsável de Ehrenberg que a cantora afirma ter conseguido *renascer*. Ao ser diagnosticada com depressão – e reconhecer-se deprimida –, a cantora reinventa-se em um novo tipo de pessoa que acaba por mudar seu próprio entendimento da doença. Mas como era a “nova Paula”, que começou a surgir, em sua narrativa, a partir do reconhecimento da depressão? É a Paula autêntica, verdadeira, que se conhece. Ao mesmo tempo em que a depressão distanciou a cantora de suas maiores vontades, como ela mesma disse, a doença também alavancou seu *ressurgimento*.

E aí eu encarei a depressão como uma oportunidade, porque desde então eu comecei a exercitar me *conhecer e descobrir o que realmente eu sou e quero*. Eu sou resultado, hoje, da depressão que eu tive aos 18 anos. Então foi um acontecimento na minha vida. Me tornou uma pessoa muito melhor. [...] Depois do tratamento... É nítido: começa a trabalhar, fica mais dinâmico. Eu me enchia de esperança, de expectativa. A minha busca – eu sempre fui muito forte pras coisas –, então desde então eu comecei a me tornar uma pessoa assim, que às vezes eu até me assusto: nossa, eu sou capaz disso! (grifo nosso).¹⁰⁴

Em seus relatos pessoais, Paula Fernandes afirma que a depressão revelou seu verdadeiro eu. Simultaneamente, nessa mesma narrativa de si proferida diversas vezes na mídia, a cantora se constroi como autêntica perante o público. A depressão, portanto, é estopim para uma *dupla autenticidade*, para si e para o público: a cantora que descobre seu verdadeiro *self* a partir da doença reforça essa autenticidade por meio da performance desse *self verdadeiro* inventado publicamente nas entrevistas. Ao abrir-se na mídia, Paula realiza o “espetáculo da interioridade” mencionado por Arfuch (2006), mas uma

¹⁰⁴ Disponível em <http://globoTV.globo.com/rede-globo/mais-voce/v/paula-fernandes-sou-o-resultado-da-depressao-que-tive-aos-18-anos/2139067/>. Acesso em: 03 fev. 2013.

interioridade verdadeira, autêntica, real – que assim o é graças à sua depressão –, a despeito das pressões da família e do público.

Aí a partir daí eu comecei a ser uma pessoa diferente e eu mesma ficava assim “poxa, quem sou eu? Que cor que eu gosto? O que eu gosto de comer?” Então assim, acabou que o meu núcleo familiar fez com que fosse construída ao redor de mim uma figura que obviamente eles queriam que fosse, mas aí eu comecei a me descobrir com essa depressão.¹⁰⁵

Essa interioridade veicula valores morais por si: o sucesso, o bem-estar e a felicidade estão na autodescoberta, na aproximação com o *eu* real – mas não só. A imagem de autenticidade projetada por Paula Fernandes é a figura oposta à de sua depressão: forte, independente, que faz o que ama e conduz sua própria carreira – a típica imagem da mulher moderna, enfim.

Eu comecei a descobrir o que eu queria mesmo da minha vida [...], hoje eu tô trilhando essa carreira aí que tá dando supercerto [...]. Então assim, eu tô vivendo intensamente esse momento, com dignidade, que eu acho que é o mais importante, com muita força de vontade, com garra, que as mulheres tem isso aí já é de natureza [...] falo porque sou mulher e sei que é um mercado dominado por duplas masculinas, naturalmente, e eu tenho que ter a força de dois homens.¹⁰⁶

Vê-se que a mulher ideal projetada por Paula Fernandes como celebridade é ela mesma – bem-sucedida, dona da própria vida, forte, digna, tranquila, responsável, caseira, que não se droga nem corresponde às demandas contemporâneas por relações voláteis. É o seu próprio *self* autêntico, seus gostos reais. Essa primeira autenticidade, construída para si (agora sou autêntica, pois sei quem sou) a partir do diagnóstico de depressão, é então desempenhada na mídia para a construção da celebridade autêntica – eis a dupla autenticidade. Embora seja extremamente importante analisar os adjetivos que acompanhem essa autenticidade, o ponto de interesse para esta dissertação reside fundamentalmente na ideia da dupla autenticidade: aquela construída pela própria Paula Fernandes a partir de seu diagnóstico de depressão (e do tratamento) e a que se constrói no momento em que suas narrativas são veiculadas na mídia. A celebridade autêntica passa, necessariamente, por uma visão de *self* também autêntico. E o transtorno psiquiátrico, mais do que uma falha na autonomia ou do que uma fraqueza de vontade, é construído pela cantora como uma “oportunidade” de renascimento como seu verdadeiro eu. Na entrevista à *RedeTV*, Paula sintetiza essa ideia: “[a depressão,] embora seja uma

¹⁰⁵ Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=9bHnJv6uTQY>. Acesso em: 03 fev. 2013.

¹⁰⁶ Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=IscDY-ZApRY>. Acesso em: 03 fev. 2013.

coisa que, por um lado, é bastante ruim, negativa, pelo outro, pelo menos pra mim, foi um momento de renascimento”¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Idem.

Conclusão

Ao longo deste percurso que agora chega ao fim, meu objetivo foi construir uma espécie de unidade narrativa entre os discursos de pessoas públicas diferentes, que ocupam lugares sociais distintos e têm capitais simbólicos diversos, mas que vivem – ou viveram – no mesmo mundo e, portanto, compartilham muitos aspectos da visão sobre este mundo. Não quero, assim, afirmar o óbvio pelo óbvio e dizer que Luciana e Paula são diferentes de Maura e Rodrigo porque *são diferentes*. Espero ter feito até aqui o movimento contrário: evidenciar as diferenças entre as formas de invenção de si desses indivíduos por meio da construção de um mundo comum entre eles, sedimentado principalmente pelo éthos terapêutico.

Dentro dessa perspectiva, foram esboçadas respostas para as perguntas centrais desta dissertação, que apresentei na Introdução: que orientações discursivas a sociedade contemporânea oferece para a construção de subjetividades? Quais fatores socioculturais possibilitam determinadas articulações discursivas, em detrimento de outras? Ou: quais formações discursivas permitiram a emergência de determinados enunciados – de si – que alicerçam o entendimento do *self* em meio a palavras-chave como autonomia, controle, responsabilidade, vergonha, culpa, performance, autenticidade, felicidade (FOUCAULT, 1969)?

Esta minha – nossa – empreitada começou ao abordar as estruturas narrativas do discurso autobiográfico sobre transtornos psiquiátricos, que é, afinal, o recorte do meu objeto. Por isso, no primeiro capítulo, tentei entender a construção da identidade pessoal na narrativa de si de uma forma geral, a partir das temporalidades que eu e outros identificamos nesse tipo de enunciado. Aí, o conceito de identidade narrativa de Paul Ricoeur revelou-se muito interessante para sedimentar uma ideia fundamental: a de que os *eus* criados por Maura, Rodrigo, Luciana e Paula são *eus* narrativos – ou seja, que a identidade entre o *eu* que fala/escreve e o eu sobre quem é escrito/falado acontece dentro da narrativa, na dialética entre o *idem* (as características imutáveis, permanentes) e o *ipse* (a própria narrativa e as mudanças no personagem-narrador que ela causa). Investigamos que identidade narrativa era essa na qual o principal elemento de *idem* era o mesmo que causava a disrupção do *ipse*: o transtorno mental. Era este o responsável pela transformação das identidades ao longo das narrativas, e também pela *permanência do eu* ao longo dessas narrativas. Em outras palavras: a esquizofrenia narrada por Maura fazia

com que ela mesma não se reconhecesse em sua narrativa, mas era o principal elemento que permitia sua identificação como Maura. A depressão de Paula Fernandes deflagrou uma transformação radical em seu *self* que a fez questionar justamente esse *self* (“quem sou eu? Do que eu gosto?”), mas ao mesmo tempo foi o catalisador da resposta e esse questionamento e de uma nova identidade (mulher forte, que sabe o que quer), portanto, de permanência pela *palavra dada*.

Em seguida, no segundo capítulo, voltei-me para a história da visualização médica do corpo e do cérebro para apresentar a questão da *materialidade* do transtorno mental, principalmente com o advento da neurociência, e da centralidade do cérebro nesse cenário. O cérebro alcançou tal importância na forma como inventamos a nós mesmos que inspirou autores como Ehrenberg, Ortega, Vidal, Franco Ferraz, Rose etc. a lançarem mão de conceitos como “sujeito cerebral” e “cultura somática” que, em linhas gerais, seriam uma espécie de equivalência entre o *eu* e o cérebro e a tradução do sofrimento psíquico em terminologias orgânicas e corporais. Nos enunciados de si que analiso aqui, entretanto, o entendimento da doença mental como doença do cérebro ou como orgânica divide (e muitas vezes perde) espaço com um *discurso terapêutico*. Nesse *éthos* terapêutico, os problemas pessoais são explicados – e resolvidos – por um viés psicológico e emocional; segundo os críticos, em detrimento social e do político.

Nessas narrativas, o entendimento neuroquímico dos transtornos mentais sai dos holofotes e torna-se, a meu ver, uma espécie de *pressuposição*, um sentido apreendido apenas nas entrelinhas – na palavra “orgânico” que Paula Fernandes deixa escapar, baixinho, antes de ser interrompida por suas entrevistadoras da RedeTV!; na menção frequente a remédios psiquiátricos, cuja eficácia é pautada por sua ação no cérebro; na ideia de que os doentes não são responsáveis por sua doença, muito embasada no entendimento da doença mental por um viés orgânico. A compreensão das doenças mentais como orgânicas, aliás, reforça a vulnerabilização do sujeito e o seu entendimento como vítima – um dos pontos-chave do *éthos* terapêutico –, já que ele não tem culpa pelo surgimento de sua doença (“até bebês têm [depressão]”, afirma Paula).

Ou seja: a cultura terapêutica não é nem está dissociada da cultura somática. O próprio Ehrenberg, um dos principais pensadores por trás do “sujeito cerebral”, fala sobre o entrelaçamento da psicologia com a neurologia: “As versões psicológicas e naturalistas formam as duas partes de um todo: elas dividem um *espírito comum*” (EHRENBERG, 2009, p. 2003). Bezerra Jr. também defende um diálogo entre a neurociência e a

psicanálise, rivais antigas, em torno da ideia de plasticidade do cérebro e do *self* (BEZERRA JR., 2010).

É esse espírito comum mencionado por Ehrenberg que mais me interessa aqui. Porque uma possível compreensão da esquizofrenia de Rodrigo como genética ou da depressão de Paula como cerebral não vai ao encontro do caráter terapêutico de suas narrativas, nem dos valores morais nos quais elas se erigem. Como narrativas terapêuticas, os enunciados literários tratados neste trabalho são relatos de sofrimento – pois são relatos de *selfs* fracassados –: a loucura. É ela (e o diagnóstico que a acompanha) que se revela o ponto de união e de dissonância em relação às narrativas de celebridades. Rodrigo e Maura foram diagnosticados com doenças psiquiátricas que permitiam o estigma acessório – principal, no caso – de “louco” que, como foi explicitado nos primeiro parágrafos, permitia uma mínima integridade de suas identidades narrativas. Já Paula e Fernanda, que também receberam diagnósticos psiquiátricos, fugiram à pecha da loucura, que se tornou em suas narrativas um risco, um “quase”. Isto porque, embora seus relatos sejam relatos de sofrimento, eles só foram expostos dessa maneira porque é um sofrimento passado, *vencido*. E não por isso menos terapêutico: a condição de sofrimento *superado* permitiu que eles se tornassem exemplos terapêuticos para os fãs, telespectadores e leitores (como a Dona Josefa no *Domingão do Faustão*).

A superação nos leva ao último capítulo, voltado para as representações positivas das doenças psiquiátricas. Aí, destrinchamos justamente o *espírito comum* dividido pela versão psicológica e neurocientífica do *eu*: autonomia, responsabilidade e autenticidade. A autonomia (e seu inverso) é o principal critério para a invenção tanto do doente mental quanto do doente mental bem-sucedido, que administra sua doença. Este doente mental bem-sucedido também é responsável: ele zela para que seu transtorno não prejudique os outros, tornando-se também doente responsável. A responsabilidade que ele exerce, entretanto, só tem validade para o presente e o futuro, pois a narrativa terapêutica “mistura duas construções contraditórias do *self* que atuam na cultura contemporânea: o *self* como vítima (potencial ou real) de circunstâncias sociais e o *self* como o único autor e ator de sua própria vida” (ILLOUZ, 2008, p. 184). Acrescento aí, entretanto, que a vitimização não é causada apenas por circunstâncias sociais, mas por circunstâncias biológicas (genética, química cerebral) ou familiares (perda da infância). O portador de transtorno mental, na contemporaneidade, é vítima de seu passado, mas responsável por seu futuro.

Na configuração de um doente mental bem-sucedido, foi surpreendente constatar o papel crucial exercido pela *autenticidade*. Especialmente no caso das celebridades, a

narrativa de superação do transtorno mental abre espaço para um *eu* realizado em sua total potencialidade, que, graças ao transtorno, conhece profundamente quem é. Autenticidade essa que é dupla, pois, quando a narrativa testemunhal é colocada para escrutínio público, constrói a figura de *celebridade autêntica*. Por que autêntica? Porque narrou publicamente seu sofrimento psíquico. A performance da narrativa, assim, também é deflagradora da autenticidade – uma autenticidade assim entendida aos olhos do público.

Numa avaliação *a posteriori* sobre os tipos de análise suscitados pelas autobiografias literárias e pelos relatos de celebridades no universo dos transtornos psiquiátricos, algumas considerações se fazem necessárias. Sem dúvida, o aparato teórico de Ricoeur me foi bastante importante para entender as relações entre os diversos *eus* da narrativa autobiográfica e como esses *eus* permanecem – ou não – no tempo, ator de transformação. Entretanto, acredito que tenha ficado óbvio também para o leitor que a proficuidade dessa análise teórica encontrou um maior potencial nas obras de Rodrigo e Maura. Por outro lado, a análise a cultura terapêutica contemporânea enxergou nos relatos de celebridades um campo mais proveitoso para construir um cenário de enunciados morais que torna natural – e até desejável – o escrutínio público de um rótulo outrora tratado como estigma vergonhoso.

Mas por quê? Embora minha ideia, desde o princípio, fosse construir um fio comum que costurasse enunciados discursivos tão diferentes ao longo de um mesmo percurso, esse fio acabou por acentuar diferenças que eu não havia considerado. Acredito que os próprios Ricoeur e Illouz nos ajudem a entender essas dissonâncias. Ricoeur, como já foi mencionado, afirma que a literatura de ficção nos permite habitar mundos estranhos a nós e, com isso, torna-se um laboratório de variações imaginativas. Defendi que a narrativa “psicopatológica” de si ocupa também esse espaço, justamente porque leva a um limite as identidades em jogo no texto literário (se pensarmos ainda na dialética do *idem* e do *ipse*). Em outras palavras, as obras literárias aqui analisadas ofereceram-se como *espaços de experimentação do outro*, do alheio, do diferente.

Os relatos de Paula e Luciana, da maneira como os vejo neste tabuleiro, é o oposto. Como celebridades, como relatos essencialmente midiáticos e como relatos de superação mais do que sofrimento presente, eles provocam não o *diferente*, mas o *comum*: a identificação pelo espaço comum de experiência que, em seus sentidos positivos e negativos, atravessa nossa cultura: o senso comum, a experiência compartilhada em comunidade, o discurso que se repete em outros produtos da cultura de massa. Paula e

Luciana permitem, mais do que Rodrigo e Maura, a constatação de elementos partilhados por nossa cultura como um todo: a autenticidade, a vitimização pelo passado e a responsabilização pelo futuro. Mesmo que, por distinção social, eu tente me diferenciar dos universos de Paula e Luciana e reiterar uma não-identificação em relação a elas, é impossível não reconhecer neles um mundo comum – um tanto medíocre, vale dizer – que habitamos.

É desnecessário dizer que este trabalho não é exaustivo. Muitas questões suscitadas ao longo da escrita não foram respondidas, talvez nem mesmo abordadas. Uma análise dos testemunhos midiáticos das celebridades como *atos performativos*, por exemplo, merece uma investigação mais cuidadosa que não foi possível realizar aqui. A própria coexistência da cultura terapêutica com o “sujeito cerebral” também me parece um campo bastante interessante – e inexplorado – de análise, uma vez que os estudos sobre esses temas com frequência escolhem um caminho em detrimento do outro (a ascendência do sujeito cerebral sobre a cultura terapêutica, por exemplo). Em outras palavras, uma *atualização* da cultura terapêutica como a vivemos atualmente, com suas particularidades que pesquisadores como Furedi e Rieff não tiveram a oportunidade de tratar em seus estudos no começo dos anos 2000 e nos anos 1960: o sujeito contemporâneo emocional e cerebral. Ainda no campo da cultura terapêutica, sem dúvida parece haver um gancho importante para análise de gênero na predominância das celebridades femininas que expõem seus transtornos psiquiátricos na mídia.

Por fim, espero que este trabalho contribua para o resgate da obra de Maura Lopes Cançado. Embora tenha morrido no ostracismo, Maura parece voltar aos poucos aos trabalhos acadêmicos: apenas a partir de 2006 foram publicadas sete dissertações e teses sobre a autora – que tem também uma biografia em produção, de autoria da jornalista Daniela Lima.¹⁰⁸ Descobri Maura por acaso, enquanto garimpava a estante de livros de minha mãe, em meados de 2010, à procura de autobiografias sobre loucura. A leitura desavisada de *Hospício é Deus* me impactou, como talvez tenha ficado claro ao longo desta dissertação. Que as ambiguidades, desatinos e lucidez de Maura possam ainda impactar muitos outros.

¹⁰⁸ Dados apresentados numa matéria recente no jornal *O Globo*, de 14 de abril de 2014. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/cultura/a-mineira-maura-lobes-cancado-comeca-ter-sua-obra-redescoberta-12184270>. Acesso em: 14 abr. 2014.

Referências bibliográficas

- ADAM, David. Mental Health: On The Spectrum. *Nature*, n. 496, 2013, p. 416-418.
- AIDAR PRADO, José Luiz. *Convocações biopolíticas dos dispositivos comunicacionais*. São Paulo: Educ/Fapesp, 2013.
- ALBERTI, Verena. Literatura e autobiografia: a questão do sujeito na narrativa. *Estudos Históricos*, vol. 4, no 7, 1991, p. 66-81.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- ARFUCH, Leonor. *O espaço biográfico: dilemas da subjetividade contemporânea*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2010.
- ASSIS, Machado de. O alienista. In: _____. *Obra completa: volume II*. Rio de Janeiro: Companhia José Aguilar Editora, 1974.
- AUSTIN, John. *How to Do Things with Words*. Oxford: Clarendon Press, 1962.
- BAKHTIN, Mikhail. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004
- BECKER, Howard. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Nova York: The Free Press, 1963.
- BECKER, George, *The Mad Genius Controversy*. Beverly Hills: Sage, 1978.
- BEZERRA JR., Benílton. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, Alicia Navarro & PITANGUY, Jacqueline (orgs.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- BURY, Mike. Illness Narratives: Fact or Fiction? *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, n. 3, 2001, p. 263-285.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CASTELLANO, Mayka. *Sobre vencedores e fracassados: a cultura da autoajuda e o imaginário do sucesso*. Tese de doutorado apresentada à Escola de Comunicação da UFRJ. Rio de Janeiro, 2014.
- CHARMAZ, Katy. The Self as Habit: The Reconstruction of Self in Chronic Illness. *OTJR*, vol. 22, 2002, p. S31.
- COSTA, Jurandir Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- COSTA LIMA, Luiz. O palimpsesto de Itaguaí. *José*, n. 3, 1976, p. 27-32.
- CURLEY, E.M. Locke, Boyle, and the distinction between primary and secondary qualities. *Philosophical Review*, vol. 4, n. 81, 1972, p. 438-464 .

CROOKS, James. Getting Over Nihilism: Nietzsche, Heidegger and the Appropriation of Tragedy. *International Journal of the Classical Tradition*, vol. 9, n. 1, 2002, pp. 36-50.

DE MAN, Paul. Autobiography as De-facement. *MLN*, vol. 94, no. 5, 1979, p. 919-930.

DECKER, Jeffrey Louis. *Made in America: Self-Styled Success from Horatio Alger to Oprah Winfrey*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1997.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi: depression et société*. Paris: Odilon Jacob, 2000.

_____. La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42, 2005, p. 17-41.

_____. O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, vol. 21, n. 1, 2009.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. *Doença mental e psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia, 2008.

_____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

FRANCES, Allen. Whither DSM-V? *The British Journal of Psychiatry*, vol. 195, 2009, p. 391-392.

_____. DSM 5: Where Do We Go From Here? *Psychology Today*, 16/05/2013. Disponível em: <http://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201305/dsm-5-where-do-we-go-here>. n

FRANCO FERRAZ, Maria Cristina. *Homo deletabilis: corpo, percepção, esquecimento do século XIX ao XXI*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. Do espelho machadiano ao ciberespelho: interioridade na atual cultura somática. *Revista FAMECOS*, vol. 1, n°. 39, 2009, p. 85-90.

_____. Genealogia, comunicação e cultura somática. *Revista FAMECOS*, v. 20, n. 1, 2013, p. 163-178.

FRAGA, Isabela. *Fragmentos de um discurso psiquiátrico: representações de transtornos mentais na literatura autobiográfica e sua repercussão na internet*. Monografia de final de curso apresentada na Escola de Comunicação da UFRJ, 2011.

FRANK, Arthur. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1997.

FREIRE FILHO, João (org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

_____. O Poder em Si Mesmo: Jornalismo de Autoajuda e a Construção da Autoestima. *Revista FAMECOS*, v. 18, n. 3, 2011, p. 717-745.

_____. Estereótipo e alteridade: a construção ideológica do outro nas “investigações jornalísticas” de João do Rio. *Itinerários* (UNESP), v. 22, 2004, p. 133-151.

_____. A comunicação passional dos fãs: expressões de amor e de ódio nas redes sociais. Trabalho apresentado no GP Cibercultura do XIII Encontro dos Grupos de Pesquisa em Comunicação, evento componente do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2013.

_____; CASTELLANO, Mayka & FRAGA, Isabela. “Essa tal de sociedade não existe...”: O privado, o popular e o perito no talk show Casos de Família. *E-compós*, vol. 11, n. 2, 2008.

FREIRE, Roberto. *Cleo e Daniel*. Rio de Janeiro: Rocco, 1966.

FUREDÍ, Frank. *Therapy Culture*. Londres: Routledge, 2004.

GILMAN, Sander. *Seeing the Insane*. Nova York: John Wiley, 1982.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nova York: Simon & Schuster, 1963.

GOLDWELL, Bruce & LYNCH, Tammy. *O segredo da prosperidade*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

GUIGNON, Charles. *On Being Authentic*. Londres: Routledge, 2004.

HACKING, Ian. Kinds of People: Moving Targets. *Proceedings of the British Academy*, no 151, 2007, p. 285-318.

_____. Autistic Autobiography. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, vol. 364, n. 1522, 2009, p. 1467-1473.

_____. Lost in The Forest. *London Review of Books*, vol. 35, n. 15, 2013, p. 7-8.

_____. *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

HEALY, David. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*. Nova York: NYU Press, 1996.

HODGKIN, Katharine. *Madness in Seventeenth-Century Autobiography*. Nova York: Palgrave Macmillan, 2007.

ILLOUZ, Eva. *Oprah Winfrey and the Glamour of Misery: An Essay on Popular Culture*. Nova York: Columbia University Press, 2003.

_____. *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Los Angeles: University of California Press, 2008.

INSEL, Tom. Transforming Diagnosis. *Director's Blog*, 29 abr. 2013. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.

JAGUARIBE, Beatriz. *O choque do real: estética, mídia e cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

LAKOFF, Andrew. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

LASCH, Christopher. *The Culture of Narcissism*. Londres: W.W. Norton & Company, 1979.

- LATOURE, Bruno. Theorizing the Body. *Body and Society*, vol. 10, 2004, p. 205-229.
- LEJEUNE, Philippe. *O pacto autobiográfico*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.
- LOPES CANÇADO, Maura. *Hospício é Deus: Diário I*. Rio de Janeiro: Record, 1979.
- MACKENZIE, Catriona & POLTERA, Jacqui. Narrative Integration, Fragmented Selves, and Autonomy. *Hypatia*, vol. 25, 2010, p. 31-54.
- MALARD, Leticia. Analistas de “O alienista”. *O eixo e a roda*, vol. 7, 2001, p. 1-184.
- MEYERS, Erin. “Can You Handle My Truth?”: Authenticity and the Celebrity Star Image. *The Journal of Popular Culture*, vol. 42, no. 5, 2009, p. 890-907.
- ORTEGA, Francisco. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- _____. Neurociências, neurocultura e auto-ajuda cerebral. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v.13, 2009, p. 247-260.
- _____. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v.15, 2005, p. 237-257.
- _____ & VIDAL, Fernando. Brains in Literature/Literature in the Brain. *Poetics Today*, vol. 3, n. 34, 2013, p. 327-360.
- PEACOCK, James & LUSTIG, Tim (orgs.). *Diseases and Disorders in Contemporary Fiction: The Syndrome Syndrome*. Londres: Routledge, 2013.
- PESSOA, Fernando. *Livro do desassossego*. Lisboa: Relógio d'Água, 2008.
- PIMENTEL, C.P.; VAZ, Paulo. Visualizando o Eu: considerações sobre a dimensão política das imagens cerebrais. *E-Compós*, v. 12, p. 1-16, 2009.
- PLATÃO. *Fedro*. Belém: Ed. UFPA, 2011.
- PROPP, Vladimir. *Morfologia do conto maravilhoso*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- RIBEIRO, Ana Paula.; BARBOSA, M. Memória, relatos autobiográfico e institucional. *Comunicação & Sociedade*, v. 47, 2007, p. 99-114.
- RICOEUR, Paul. *O si-mesmo como um outro*. Campinas: Papyrus, 1991.
- _____. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990.
- _____. *Tempo e narrativa I: A intriga e a narrativa histórica*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- _____. *Tempo e narrativa III: O tempo narrado*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- RIEFF, Philip. *The Triumph of the Therapeutic*. Londres: HarperCollins Publishers, 1966.
- ROSE, Nikolas. *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton: Princeton University Press, 2013.

- _____. *Neurochemical Selves*. Society, vol. 1, no. 41, nov./dez. 2003, p. 46-59.
- ROSZAK, Theodore. *The Making of a Counter Culture*. Nova York: Achor Books, 1969.
- RUSSO, Jane. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.
- SAINT CLAIR, Ericson. *A depressão como atualidade midiática no Brasil contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010)*. Tese de doutorado apresentada à Escola de Comunicação da UFRJ. Rio de Janeiro, 2012.
- SARBIN, T.R. & Scheibe, K.E. (eds.). *Studies in Social Identity*. Nova York: Praeger, 1983.
- SAUNDERS, Max. *Self Impression: Life-Writing, Autobiografiction, and the Forms of Modern Literature*. Nova York: Oxford University Press, 2010.
- SCARAMELLA, Maria Luisa. *Narrativas e sobreposições: notas sobre Maura Lopes Cançado*. Tese de doutorado apresentada à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2010.
- SCHREBER, Daniel Paul. *Mémoires d'un névropathe*. Paris: Éditions du Seuil, 1975.
- _____. *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- SIBILIA, Paula. Clique aqui para apagar más lembranças: a digitalização do “sujeito cerebral” na busca da felicidade. In: FREIRE FILHO, João; PAIVA, Raquel; COUTINHO, Eduardo (Orgs). *Mídia e poder: Discurso, ideologia e subjetividade*. Rio de Janeiro: Ed. Mauad X, 2008, p. 157-185.
- SONTAG, Susan. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SOUZA LEÃO, Rodrigo de. *Todos os cachorros são azuis*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2008.
- STAROBINSKI, Jean. El estilo de la autobiografía. In: _____. *La relación crítica (Psicoanálisis y literatura)*. Madrid: Taurus, 1970.
- STAUB, Michael. *Madness Is Civilization*. Chicago: University of Chicago Press, 2011.
- TAYLOR, Charles. *Ethics of Authenticity*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.
- TRILLING, Lionel. *Sincerity and Authenticity*. Boston: Harvard University Press, 1972.
- TUCHERMAN, Ieda. O corpo transparente: dispositivos de visibilidade e mutações do olhar. *Intexto*, v. 2, no. 19, julho/dezembro 2008, p. 1-17.
- TURNER, Graeme. *Ordinary People and the Media: the Demotic Turn*. Londres: Sage, 2009.
- VAZ, Paulo. Doença mental e consumo nas revistas semanais brasileiras. *E-Compós*, v. 15, p. 17-33, 2012.
- _____; PORTUGAL, D. A nova 'boa-nova': marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista semanal Veja. *Comunicação, Mídia e Consumo*, v. 9, p. 37-60, 2012.

____; POMBO, Mariana. Sofrimento psíquico, mídia e produção de subjetividade: elaboração de um nexos causal. In: COUTINHO, Eduardo; FREIRE, João & PAIVA, Raquel. *Mídia e poder: ideologia, discurso e subjetividade*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2008.

VELHO, Gilberto. *Nobres e anjos. Um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998.

WEISBERG, Deena et al. The Seductive Allure of Neuroscience Explanations. *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 20, n. 3, p. 470–477.

Anexos

1: Reportagens, matérias e entrevistas sobre Maura Lopes Cançado

1.1 “Ninguém visita a interna do cubículo 2”, de Margarida Autran. Publicada no jornal *O Globo* em 20/06/1977.

Presa na Lemos de Brito, abandonada pelos parentes e amigos, a escritora Maura Lopes Cançado está cega e desesperada



MARGARIDA AUTRAN

“Estou tensa como as cordas de um violino. Se relaxar eu morro”. A tensão foi forte demais: há duas semanas, em seguida a uma insuportável dor de cabeça, a escritora Maura Lopes Cançado acordou cega do olho esquerdo, como pouco antes já havia acontecido com o direito. Cega, presa num cubículo de um por 1,5m imundo e infestado de porrevidos, abandonada pelos amigos, esquecida pelos que a apontaram como a mulher escritora de 48 por seu livro “O sofrido do ver”, ela é um ser humano em desespero. Físico e psicologicamente doente, desorientada, olhos e dentes exigindo cuidados imediatos, sem nenhum tratamento psiquiátrico, da Maura que surgiu como revelação no “Suplemento Dominical do Jornal do Brasil”, em 82, resta apenas a desconcertante lucidez e a surpreendente inteligência. Vítima do sistema psiquiátrico que ela própria foi das primeiras a denunciar em seu romance de estreia, “Hospício é Deus”, lançado em 65, Maura Lopes Cançado está hoje irregularmente detida no Hospital Penal da Penitenciária Lemos de Brito, junto com presos comuns portadores de todos os tipos de moléstias contáguas. Para o juiz Benedito Motta Mello, da 2ª Vara do 2º Tribunal do Juri, onde em outubro de 74 ela foi considerada penalmente irresponsável, sua situação é “ridícula e triste”.

Ninguém visita a interna do cubículo 2

“Ao mesmo tempo ridícula e triste é a situação. Ridícula porque consta não contar o sistema penitenciário do mais importante estado da federação com um órgão especializado para internamento da acusada, reconhecidamente perigosa. Triste porque, para dar-se o acusado o tratamento que ela necessita, não ficaria à espera a vigilância e a garantia da ordem pública acessíveis. Diga o curador da acusada em que estabelecimento particular deseja interná-la.” (Benedito Motta de Mello, Juiz Substituto da 2ª Vara do 2º Tribunal do Juri)

Maura, funcionária aposentada do Ministério da Educação e Cultura, não tem condições de pagar uma casa de saúde particular. O Pimel, adquirido pelo juiz, diz que poderia aceitar-lá, mas “no momento está em reforma” e indica o Hospital Pedro II. Este nega-se a recebê-la porque funciona como hospital aberto. O Hospital Psiquiátrico Penitenciário Nelson Hungria sequer respondeu. Maura não pode esperar mais.

Tercera visita. O cubículo está cheio de lixo, pontos de cigarro por toda parte, tudo está em desordem e malcheiroso, moças sobrevivem as canecas de café frio onde bolam forragens e a cama desmalhada, frouxa e lençóis imundos. Maura me recebeu descalçada, de camisola, toda angustiada. Está cega.

— Você não sabe o que é ficar cega, o medo que a gente tem. Um troço infernal. Não loma mais lençóis, com medo de pegar o sabão e ser um bicho. Não consigo dormir com medo de que joguem um rato pela janela.

Coloco em suas mãos um sanduíche que trouxe da rua. Ela o devora apressada, faminta.

— Não como mais a comida daqui. Outro dia me trouxeram uma comida podre, a carne cheia de bichos e feocolor. Me chamaram de “mandado”, “manilha”, “manilha suja”. E disseram também “é presa, tem que comer comida”. Não posso mais comer. Tenho medo. Não gosto de amoniar no café. Uma vez um médico da Biopsicologia me disse: “Vá procurar te massajear porque não estamos de pessoas inteligentes. Você é artigo 22 e sua ligação com a imprensa é uma faca de dois gumes. Se acaltrar se corromper pode ter uma boa vida na cadeia. Você tem força”. Agora o que eu quero é salvar minha vida.

Numa pequena sessão ela anota uma série de coisas e me pede que leia. E difíceis. Sem enxergar, escreve palavras superpostas, garatufas. Falando aos sorbochos, faz um relato de tudo o que viu e viveu nestes três anos.

— Se puserem você numa caixa cheia de pulgas, as pulgas vão ter um valor imenso para você. Você não vai se interessar pelos intelectuais, por exemplo, porque não tem nenhuma relação extra-caixa.

Ela precisa urgentemente sair da caixa.

— O Juiz decreta que até 1980 eu sou louca. A partir daí começa minha periculosidade. Porque esta incompetência, esta inconsciência do Juiz? Depois o advogado grita que eu estou legitimamente presa. Porque então estou presa?

Qual será a real periculosidade de uma pessoa cega? O Estado não tem locais adequados para acolher Maura Lopes Cançado. Não seria o caso, então, de financiar seu tratamento numa casa de saúde particular? É o Ministério da Educação, do qual ela é pensionista?

— Como punir a inconsciência é o que não entendo. Entretanto, o médico, depois de rotular um indivíduo de irresponsável, inconsciente, exige deste mesmo indivíduo a responsabilidade de seu ato, o mandado (ou permitir que se faça) castigo. De que falta pode ser acusado? De ser louco? E o que venho observando e sentindo na carne... (V.L.D.)

“Não amo meus olhos negros. Esta noite dancei.

Um ballet fantástico, cego.

Meus olhos misturam-se ao negreume das suas pupilas.”

(Maura Lopes Cançado, 28.10.59)

Visita para a Maura? A surpresa do guarda se justifica. Há meses não aparece ninguém para visitar a interna do cubículo 2. E, depois de minuciosamente revista, ao contrário do que acontece com os outros visitantes, não sou contida à cela, mas a um patio interno, um árido triângulo cimentado onde três árvores desgastadas são cercadas por blocos de cimento. Debaixo do banco que me é apontado, um rato morto.

— Ora, isto não é nada. De noite há centenas deles correndo por aqui.

Ato contínuo, o guarda providencia a retirada do rato, cujo cheiro parecia laranja e ar irrespirável. Um interno o pega com uma pá e o joga por cima de um portão de ferro. Por um buraco, espio e outro lado. É a lavanderia do hospital.

— Ela vai demorar. Leva horas se arrumando.

A informação vem acompanhada de um rio de doçocinho. Maura demonstra-se arrumando. Três anos de cadeia não lhe roubaram a vaidade, o respeito por seu próprio corpo. Ainda ela surge, impecável, amparada e educada pelo sol que há muito tempo não a aquece. O banho de sol também lhe é negado. Frequentemente envelhecida, os cabelos manchados por uma tintura antiga, mal se equilibrando sob os sapatos de plástico, Maura não procura distarçar sua intensa emenda. Não sabe se acende o cigarro ou se enxuga as lágrimas. Tem tanto o que falar, tanto o que perguntar. Seu único contato com o mundo exterior é um ranhinho de pilha. Nem ler ela pode mais. Sobre a triz do olho direito e viveta um círculo branco, como uma lente de contato opaca.

— Eu estava apavorada com ameaças de espancamento. Uma noite tive uma dor de cabeça horrível e, de manhã, não enxergava mais com esta vista. Não sei o que me aconteceu. Aqui não tem oftalmologista e eu não posso sair para ir a um médico.

Com a outra vista ela também vê muito pouco, cada vez menos desde que, ao ser transferida do Presídio de Bangu para este local, há oito meses, sumiram com seus olhos. De todos os seus pertences — livros, máquina de escrever, alguma roupa e produtos de tocador —, apenas os olhos e os originais de seu terceiro livro desapareceram. Os livros de Maura incomodam porque ela não tem medo de falar.

“Estou no Hospício, deus. E hospício é este branco sem fim, onde nos arrancam o coração a cada instante, fazemos-no de volta, e o recebemos: tremulo, exangue — e sempre outro. Hospício são as flores frias que se colam em nossas cabeças perdidas em escadarias de mármore antigo, sublimemente futuro — como o que não se pode ainda compreender. São mãos longas levando-nos para não sei onde — paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incommensuráveis: Hospício é não se sabe o que, porque Hospício é deus.” (“Hospício é Deus”, 1967)

Maura nasceu numa fazenda do interior de Minas, rica e mimada. Foi uma criança precoce, “monstruosamente inteligente, periplexa e serena”. Aos quatorze anos quis ser aviadora e, no aeroclube onde pretendia obter um “breve” de piloto, conheceu um jovem aviador pouco mais velho do que ela com que se casou. O casamento durou doze meses ao final dos quais Maura se viu com um filho e sem condições de reintegrar-se na preconceituosa sociedade mineira. Tinha apenas 18 anos quando internou-se pela primeira vez num sanatório.

Ninguém entendeu esta internação e não ser eu mesma; necessitava desesperadamente de amor e proteção... O sanatório parecia-me romântico e belo. Havia um certo mistério que me atraía. A partir daí sua vida foi uma interminável e sofrida peregrinação por curtos sanatórios particulares e, quando o dinheiro acabou, por hospitais públicos. Foi em sua terceira passagem pelo Hospital do Engenho de Dentro que ela escreveu “Hospício é Deus”. E foi na Casa de Saúde Dr. Eiras, durante uma crise — e valendo-se da deficiência de segurança, indispensável numa casa especializada em doenças mentais — que Maura tomou uma outra interna.

“Devo escrever sempre no princípio de cada página do meu diário que sou uma psicopata. Talvez esta afirmação venha a desaperter-me, mostrando a dura realidade que parece tremular entre esta névoa fútil e difícil que envolve meus dias, me obrigando a marchar, dura e sacudida — e sem recuos.” (“H.D.”)

Na segunda visita deixam-me ir à cela, um cubículo mínimo atulhado de livros onde, mal há espaço para uma pessoa se mover. Além da cama há, debaixo da janela, um vaso sanitário e uma pequena pia, onde Maura toma banho, alerta ao visor da porta que pode ser aberto a qualquer momento por um guarda. An-

tes dela esta cela foi ocupada por um tuberculoso. Já do lado, igualmente, ocupou um portador de hepatite. No cubículo 40 há um leproso. Ou melhor, “hansenítico”, como preferem e medem, para não traumatizar o doente.

Encontro uma Maura mais esparançada, menos angustiada, remediada até em suas calças compridas. Ela toma café frio numa caneca de plástico encardida e pede que lhe leve frutas (“Não gosto de maçã nem de pera. São frutas de doente. Prefiro goiaba, caqui.”) Quando chega o jantar, uma sopa pouco convidativa num prato de alumínio, folheamos juntas uma revista de modas (ela enxerga apenas sombras coloridas e pede que eu lhe descreva as roupas).

— Faz até questão de me mostrar suas botas de caso longo.

“Meus sapatos amarelos / um passo adiante da minha solidão, / Eu os vi mil vezes através de lágrimas, / na sua ingenuidade gasta, resignada, / conduindo pes que fizeram dança / O, meus sapatos — amarelo-girassol.” (28-1059)

Maura Lopes Cançado foi julgada na 2ª Vara do 2º Tribunal do Juri. No dia 15 de outubro de 74 foi absolvida, “considerada incapaz de atender o caráter criminoso do fato que praticou”. Mas o juiz impõe a ré a medida de segurança de internação em manicômio judiciário pelo prazo mínimo de seis anos. E daí está o impasse: o manicômio judiciário não recebe mulheres. Era impossível para Maura sobreviver em liberdade. Tinha medo de matar, de se matar.

— Foi então ao juiz e pedi para me prender. Eu pensava que numa cadeia a gente entrava e, desde que ficasse quieta numa cela, poderia ler, reescrever meu livro.

Maura esteve na carceragem feminina São Judas Tadeu, ig de Aguiar Santa em Bangu. Ondes fez uma entrevista com Lou para “Fatos e Fotos” e uma reportagem sobre o presídio, está nunca publicada, no Biopsicologia e agora está no Hospital Penal da Penitenciária Lemos Brito. Depois de três anos de cela em cela, viu que a cadeia não era bem o que imaginava.

1.4 Nota sobre a morte de Maura, publicada no *Jornal do Brasil* em 20/12/1993.

Resumo

Morreram: a escritora mineira **Maura Lopes Cançado**, aos 63 anos, ontem, de insuficiência respiratória, na Clínica Renault Lambert, em Jacarepaguá. Uma das mais respeitadas autoras autobiográficas de sua geração, Maura escreveu dois livros de muito sucesso: *Hospício de Deus*, um diário editado em 1965, e *O sofredor do ver*, livro de contos escrito em 1968, que lhe valeu o prêmio de melhor escritora daquele ano.

1.5 Nota não assinada sobre a situação penal de Maura publicada no jornal *O Globo* em 23/06/1977.

Advogado: problema de Maura só quem resolve é a família

O advogado Laerte Nepomuceno disse ontem que embora esteja habilitado para tratar do processo da Maura Lopes Cançado, não pode pedir a cessação da sua periculosidade à Justiça, pois, para isto, necessita da aprovação do filho da escritora. Nepomuceno é quem cuida do caso desde que seu colega Ubyratan Guimarães Cavalcanti saiu em férias há cerca de um mês e substituiu-o pela procuração que lhe foi dada pelo filho de Maura, Cesarion Praxedes.

—Qualquer pedido que eu faça pode ser truncado porque o substabelecimento não foi homologado pelo outorgante, que é a pessoa responsável, uma vez que ela foi considerada incapaz. Dependendo dele homologar essa procuração que tenho, ou fazer uma outra, para qualquer advogado que cuide do caso. Existe ainda outra alternativa que é esperar a volta de Ubyratan, provavelmente dentro de alguns dias, para ele retomar o caso.

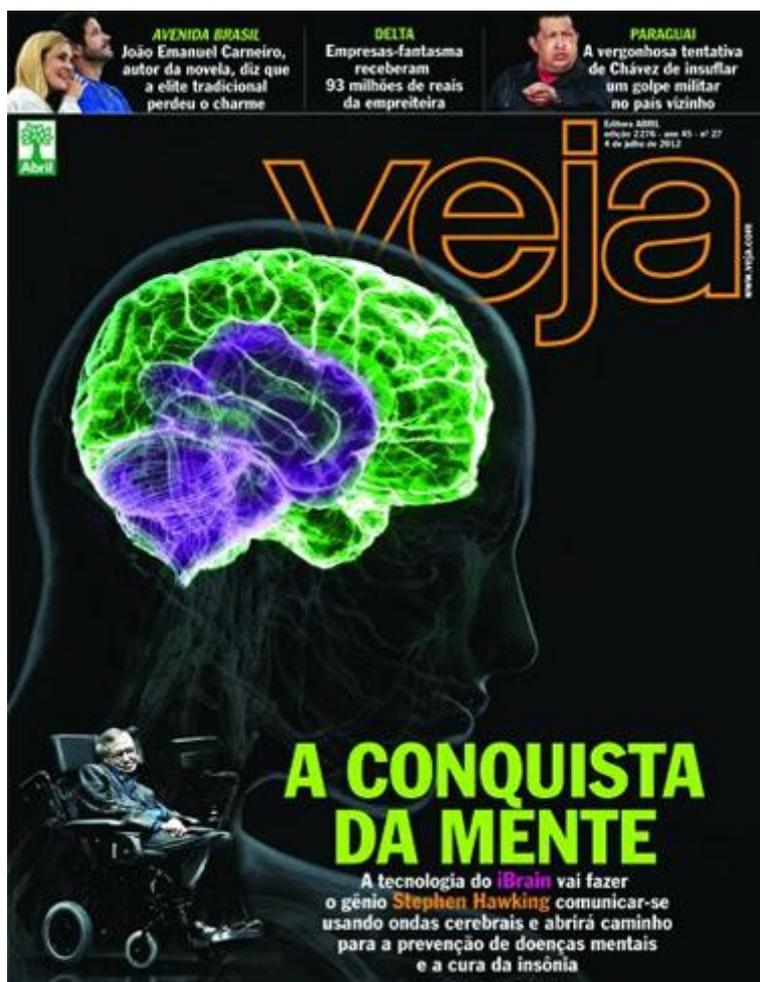
Nepomuceno diz que visitou Maura várias vezes e tomou providências para tentar resolver o problema da pensão a que a escritora tem direito, como funcionária

aposentada do Ministério da Educação, e que ela não vinha recebendo desde o início do ano porque era necessária a apresentação dos estados de vida e residência, o que não tinha sido feito.

O advogado disse ter entregue os papéis na tesouraria do Ministério, mas não sabe se o depósito dos atrasados foi feito no fim de maio, conforme lhe haviam prometido. Nepomuceno disse que está pronto para fazer o que estiver ao seu alcance para resolver o problema da escritora, mas que precise, para isto, de uma nova procuração ou de uma homologação, por parte do filho de Maura, daquela que possui.

A psiquiatra Vânia Cançado, do Serviço de Emergência Psiquiátrica, confirmou ser parente da escritora, e disse que Maura já esteve internada em uma clínica de sua propriedade, assim como foi transportada por suas ambulâncias várias vezes. Ela acha, entretanto, que no momento a pessoa mais indicada para tentar melhorar a situação da escritora é seu filho, e por isso não quis dizer nada a respeito do assunto.

Capa e infográfico da reportagem “A conquista da mente” publicada na revista *Veja* em 04/07/2013.

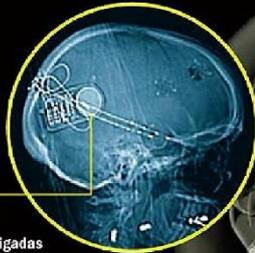


A esperança está no cérebro

A interferência nos impulsos elétricos cerebrais permite o surgimento de novas tecnologias capazes de combater uma série de doenças. A seguir, algumas das conquistas recentes mais notáveis nessa área da ciência

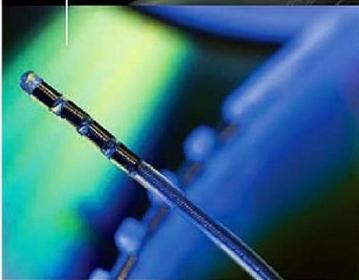
Choques contra a epilepsia

REXUS CHRISTHERSEN/CONA
A empresa americana de tecnologia médica NeuroPace criou um dispositivo que insere eletrodos em regiões do cérebro onde se inicia o processo de convulsões ligadas à epilepsia. Ao detectar as alterações que levam ao estado convulsivo, o aparelho dispara estímulos que regulam os impulsos elétricos. Em fase de testes



Memória aprimorada

Um aparelho em formato de agulha conhecido como eletrodo de estimulação profunda já é usado em cirurgias para criar impulsos elétricos em certas áreas do cérebro e tratar doenças como Parkinson. Pesquisadores da Universidade da Califórnia inseriram o dispositivo no lobo temporal e conseguiram bons resultados na recuperação da memória em pacientes. Os cientistas esperam que, no futuro, a técnica possa ser usada para aprimorar a memória de qualquer pessoa



SP/LATITUDE

Combate à depressão

Eletrodos implantados na área cerebral associada à depressão restabelecem o equilíbrio na região e colocam em sintonia os mensageiros químicos das emoções (os neurotransmissores serotonina e dopamina), atenuando a doença. O método é atualmente testado nas universidades Harvard, nos Estados Unidos, e de Toronto, no Canadá

Giro do cíngulo
Capsula anterior
Área subcalosa

Braços biônicos

O neurocientista brasileiro Miguel Nicolelis, da Universidade Duke, nos Estados Unidos, implantou um chip no cérebro de um macaco e conseguiu que ele movimentasse um braço robótico por ondas cerebrais. Em outra experiência, fez com que o macaco sentisse o que toca com o braço mecânico. O próximo passo: permitir que pacientes com lesões na medula controlem braços e pernas mecânicos



JIM WALLACE/CONA