

Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura “Eu”

Wander Wilson¹

¹Pesquisadora Independente, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Durante minha pesquisa de doutorado, realizei etnografia em dois ambulatorios, vinculados a universidades da cidade de São Paulo, voltados para o atendimento à dependência de drogas. Nesses espaços, foi comum encontrar alguns discursos que apontavam para um Eu unitário do ponto de vista de profissionais da saúde. R., que frequentava um dos ambulatorios para cuidar de sua dependência de álcool, dizia que quando parava de beber ele não era ele mesmo, era outra pessoa, existia uma mutação do Eu pela variação relacional das misturas entre corpos. A partir desse primeiro problema, o artigo tenta traçar um percurso conectando as formas de distribuição da “unidade do eu”, pensando uma perspectiva relacional entre práticas, discursos, medicamentos, drogas, manuais, pesquisas, política. Reflete-se sobre a separação entre drogas e medicamentos nesta produção, assim como cortes, separações e distribuição de escolhas e responsabilidades em um entrelaçamento com a história entendida como evolução linear da espécie.

Palavras-chave: Escolha. Responsabilidade. Drogas. Eu. Neoliberalismo.

Mix and Cuts Between Drugs, Medications and Bodies in the “I” Making

Abstract

During my doctorate research, I led out ethnography in two outpatient clinics, linked to universities in the city of São Paulo, dedicated to the care of drug addicts. In these spaces, it was common to find some speeches that advocated a unitary Eu from the point of view of health professionals. R. who frequented two outpatient clinics to take care of his alcohol dependency, said that when he stopped drinking he was not the same, he was another person, there was a mutation of I due to the relational variation of the mix between bodies. Starting from this first problem, the article attempts to trace a path connecting the forms of distribution of the “unity of the I”, considering a political and relational perspective between practices, speeches, medicines, drugs, manuals, research. It reflects on the separation between drugs and medicine in this production, as well as cuts, separations, distribution of choices and responsibilities, in an intertwining with history understood as linear evolution of the species.

Keywords: Choice. Responsibility. Drugs. I. Neoliberalism.

Recebido em: 31/01/2022

Aceito em: 7/06/2022



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 Introdução

“Dividir o que dizem indivisível, a química fina do infinito”.

(DON L, 2018)

R. era um homem que exercia a profissão de dentista e bebia todos os dias. Devido a esse uso de álcool, realizava tratamento em um ambulatório de uma universidade público-estatal localizado na cidade de São Paulo e vinculado ao departamento de psiquiatria da instituição. Dizia ter um sentimento de fracasso por não ter obtido um desenvolvimento acadêmico, não frequentar mais congressos e não ser “reconhecido”. Bebia para realizar seu trabalho como dentista. Segundo ele, uma dose de destilado fazia ele “firmar a mão”. Estava com sérios problemas econômicos. Era agressivo e arrumava brigas e entreveros com a família. Eventualmente chegava embriagado ao serviço de saúde. Quando conseguiu ficar um mês abstinente de álcool, disse para a psicóloga que o atendia: “Este R. aqui não sou Eu, Eu sou aquele lá detrás que bebia, esse daqui Eu não sei quem é”.

Conheci R. durante o período em que estive em campo na realização de minha pesquisa de doutorado (WILSON, 2019), defendida em setembro de 2019. Foi essa fala, dita à profissional que realizava sua consulta de terapia individual, de estilo psicanalítico, que me fez pensar sobre a relação das misturas entre drogas e sujeitos e as relações com o conceito de “Eu” produzido no contato entre usuários de drogas e serviços de saúde.

Esse problema do Eu duplo vivido por R. em relação ao uso e à abstinência de álcool repercutiu nos caminhos da pesquisa, criando um daqueles momentos etnográficos em que “a atenção foi petrificada”, dos quais “nunca pude – ou nunca quis – me livrar” (STRATHERN, 2014, p. 351). Esses momentos de “deslumbramento” não param de retornar ao pensamento que atravessa uma pesquisa. Ainda que uma etnografia tenha sido produzida na relação com outro povoamento, as comparações com os acontecimentos que petrificaram a atenção podem aparecer em novas pesquisas. No caso da construção de minha tese de doutorado, este problema foi arrastado até o segundo ambulatório pesquisado, também localizado em uma universidade público-estatal da cidade de São Paulo e vinculado a seu departamento de psiquiatria. Esse tipo de espaço, vinculado ao ambiente universitário, é chamado de ambulatório didático por misturar uma “função-escola” – relativa a estágios de estudantes ou recém-formados, produção de pesquisas, formação de residentes de psiquiatria ou de outras profissões do campo da saúde – e

uma “função-saúde”, que é o tratamento propriamente dito. Ambos estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atenção à saúde mental de forma gratuita.

O ambulatório em que R. realizava seu tratamento foi o primeiro dos espaços em que cheguei para o trabalho de campo, durante o segundo semestre de 2015. Um ano depois, iniciaria o campo no segundo ambulatório, mantendo um tempo de pesquisa com a duração de um ano em ambos os espaços, que serão nomeados neste artigo, respectivamente, de A1 e A2.

A1 está instalado em um hospital psiquiátrico, cravado no coração de um enorme complexo hospitalar, mantendo relações que passam por maior burocracia em sua circulação e atividade. O ambulatório funciona apenas nas terças-feiras, iniciando as atividades no começo da manhã com reuniões da equipe multidisciplinar, enquanto os pacientes ficam em tratamento a partir do fim da manhã, quando começam terapias individuais e grupos terapêuticos. No período da tarde ocorrem as consultas psiquiátricas e o dia se encerra com as reuniões científicas. A instituição possui uma premissa teórico-terapêutica mais unitária: a Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC). A abstinência total da droga da qual se é dependente aparece como o resultado terapêutico mais desejável, embora não apareça como uma exigência por si só no campo discursivo. Ela é requerida por uma “segurança diagnóstica” capaz de classificar o momento atual de um tratamento de saúde mental.

Por sua vez, A2 não estava¹ incrustado em meio a um complexo hospitalar, mas também se vinculava a um hospital universitário. O bairro em que estava localizado é povoado de pequenos ambulatórios, cada um em uma casa com aparência relativamente comum, espalhados e descentralizados. Possui dois pilares. O primeiro, a compreensão psicodinâmica, que entende a dependência como parte da vida do sujeito, o que exclui a droga como um problema em si, agregando o saber de uma área *psi* que não seja médica. O segundo pilar, a redução de danos, compreende o uso de drogas como prática que pode causar danos a si mesmo, mas que pode ser manejado por meio de uma ética de cuidado, incluindo ou não a abstinência como meta. É um serviço de porta semiaberta, que funcionava de segunda a sexta, abrindo pela manhã e encerrando as atividades à noite.

No primeiro dia que fui para A1, olhando a cidade de dentro de um ônibus, a questão do deslocamento e da geografia do complexo hospitalar foi a primeira coisa a se impor ao pensamento. Havia uma contiguidade espacial entre o complexo, o movimento da cidade e os fluxos de pessoas dos bairros, experiência que, mesmo de forma diferente, repetiu-se em A2. Assim, a primeira pergunta escrita em meu caderno de campo foi: “o que entra e o que sai?”.

Eu estava em ambulatórios de tratamento para saúde mental em meio aberto, um tipo de espaço que se contrapõe aos “antigos” manicômios fechados, em que se era expulso do ambiente familiar e sem previsão de retorno (FOUCAULT, 2012). Em meio aberto, a circulação se amplia, os pacientes não ficam o dia todo no serviço. O tratamento passava a ser produzido no espaço das instituições, mas tinha um reflexo externo à delimitação institucional: “O tratamento é realizado quando vocês saem daqui”, “o tratamento

¹ Pouco tempo após o término da pesquisa, o departamento de psiquiatria da universidade em que A2 estava localizado integrou todos os ambulatórios da psiquiatria – referentes às diversas especialidades desta área de saber – em um hospital psiquiátrico centralizado, tal como em A1.

começa da porta para fora”, frases encontradas em ambos os ambulatórios. Este aspecto inclui que estas instituições estão situadas na Rede Atenção Psicossocial (RAPS), rede de atenção localizada nas políticas públicas do SUS que separa cada equipamento em sua função e densidade tecnológica. Ambos estão alocados como serviços terciários, o que implica que estão designados para casos de maior “complexidade”. A rede pressupõe encaminhamentos, conversas com outros equipamentos, deslocamentos de profissionais.

Nos espaços em que a etnografia foi realizada é relativamente difícil encontrar um paciente que, devido ao seu problema com o uso de drogas, esteja buscando cuidados pela primeira vez. Os usuários circulam e trazem consigo perspectivas, conceitos, tratamentos, medicações, diagnósticos produzidos em relação com outros espaços. Um exemplo é o conceito de adicção como doença, que inclui um caráter degradado (CANONICO DE SOUZA; CARACHO; SANTOS, 2018), trazido por usuários que passaram ou passam por instituições de metodologia dos 12 passos como Narcóticos Anônimos ou Comunidades Terapêuticas². O conceito circula com pouca restrição ou contraposição, rearticulando-se à perspectiva do serviço. Encaminhamentos também são realizados para Comunidades Terapêuticas e questões políticas de gênero poderiam ser acrescentadas como parte desta ação fora (IPEA, 2017). Frederico Policarpo (2016) já havia notado em sua pesquisa sobre CAPS/AD que os discursos se misturavam no encontro de usuários e trabalhadores da saúde, estabelecendo uma linguagem compartilhada.

Em ambulatórios-didáticos, a psiquiatria funciona a partir de residentes que ficam por um curto período e abrem espaço para novos profissionais. O Trabalho é em sua maioria voluntário. Conjugam-se cursos de capacitação, estagiários de graduação ou profissionais recém-formados. Tudo isso coloca que outras perspectivas terapêuticas também adentram aos serviços. Assim, por exemplo, mesmo que a formação em AI passasse majoritariamente pela perspectiva da TCC era possível encontrar profissionais afeitos a psicanálise ou uma psicóloga de abordagem histórico-cultural.

Quando se fala de drogas as relações ainda se estendem para outros âmbitos. Nas triagens, na grande maioria dos casos o diagnóstico de dependência já chega realizado, mesmo que pelo próprio usuário. As drogas fazem parte de uma política proibicionista, instaurada por meio de tratados internacionais, tendo na Lei Harrison de narcóticos, em 1914 nos Estados Unidos da América, uma de suas primeiras legislações (RODRIGUES, 2004). Tudo isso coloca a prisão, a polícia e o sistema penal fazendo parte da realidade do usuário de drogas, aparecendo nas narrativas que circulam pelos ambulatórios, distribuídas de maneira assimétrica pelo racismo e pela seletividade penal da instituição carcerária (KARAM, 2004; CHRISTIE, 1999; WILSON, 2019).

Durante minha pesquisa, a tentativa foi de produzir uma etnografia que se desse no âmbito da circulação e não na confecção de uma interioridade de cada ambulatório, embora a descrição e as diferenças de cada espaço também tenham sido realizadas. Há divergências, posicionamentos, formas de produzir realidades, de descrever as interações com drogas e se conectar a uma política da proibição – recusando ou defendendo uma legalização –, de classificar as próprias drogas, de pensar como o uso acontece em uma

² Iniciativas desenvolvidas por organizações não governamentais no formato de uma residência temporária onde pessoas com uso problemático de drogas permanecem por certo tempo, normalmente por cerca de seis meses. Também são consideradas como instituições de longa permanência e possuem, em sua maioria, influência e/ou organização religiosa.

vida. Existem mesmo realidades diferentes sendo conjugadas em um mesmo espaço, ainda que por um instante. Entretanto, estas diferenças são passíveis de serem readministradas, reencadeadas, reconectadas.

Tratou-se de retomar as inquietações de Néstor Perlongher (1984; 1989) sobre as territorialidades móveis, nômades, observando a dificuldade de produzir sua pesquisa com michês pensando em fechar a análise em uma fronteira ou em um lugar, rompendo a com a própria noção de identidade. No campo dos estudos antropológicos sobre drogas, essas questões que envolvem a localidade também aparecem. Em *A dependência química e seus cuidados*, Jardel Fischer Loeck (2014) pergunta: “[...] como pesquisar algo que está em muitos ou em nenhum lugar?”, estabelecendo a problemática de trabalhar com esta circulação no âmbito de uma rede. Nesse sentido, o movimento da tese de Rogério Azize (2010), que busca pesquisar a difusão de uma noção de pessoa cerebral, também conecta um campo heterogêneo envolvendo espacialidades diferentes para pensar esse acontecimento, deixando a possibilidade de compreender esta forma de produção do indivíduo como algo que transborda uma interioridade institucional.

É preciso ainda destacar os trabalhos de Michel Foucault (2012), que, em *O Poder Psiquiátrico*, retoma sua pesquisa em *História da Loucura* para deslocar sua forma de análise. Um desses deslocamentos está justamente em sair do conceito de instituição para analisar as “[...] disposições de poder, intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 20). Por essa perspectiva, o indivíduo é um efeito³, produzido nessas redes e tecnologias de poder, que, no período histórico a que se refere, perpassa a formação do que chama sociedade disciplinar.

Repensando as questões entre o aberto e o fechado, algo que apareceu durante a pesquisa como um fechamento está na própria produção de um sujeito em uma forma-indivíduo capaz de escolher e arcar com as responsabilidades de suas escolhas. Este artigo retoma esse ponto. Nesse sentido, falarei pouco sobre um funcionamento ambulatorial específico ou sobre a dependência, tentando me deter em momentos em que a questão do “Eu” apareceu de forma diferenciada entre equipe de saúde e usuários de drogas, principalmente a partir de uma perspectiva comum na psiquiatria: “a unidade do eu” e o “exame psíquico”, relacionando pesquisas, palestras, medicações, regulamentações.

Por fim, é importante salientar que, após o período de campo, comecei a trabalhar em A2 na formação de estagiários e como coordenador de grupos de acolhimento, espaço terapêutico em que os usuários de drogas falam sobre suas questões vinculadas ao uso, variando na relação entre grupo e coordenadores. Passei a trabalhar no campo da saúde mental, o que já dura seis anos.

³ Ao colocar a produção de uma forma-indivíduo nestes termos, Foucault tenta escapar de pensar a loucura pela sua representação no pensamento. Trata-se de sair também de um conceito de ideologia. Perseguindo este caminho, a produção da pesquisa, ao mesmo tempo que foi (é) tocada pelo campo da antropologia da pessoa, aberto por Marcel Mauss (2003), também se afasta dele na medida em que Louis Dumont (1993), estabelece a questão do individualismo como uma ideologia. Como situa Maluf (2013) em sua proposta para uma antropologia do sujeito, ao mesmo tempo que Dumont produz uma desnaturalização, abrindo novas possibilidades para se pensar a pessoa, “[...] permanece amarrado ao paradigma teórico que o sustentou, o paradigma das representações coletivas e categorias do pensamento [...]” (MALUF, 2013, p. 144).

2 O Eu e o Mundo

O problema vivido por R. trazia a seguinte pergunta: Se *levarmos a sério*⁴ sua fala, o que acontece com o conceito de Eu? Nesse caso, aparecem dois eus, por meio de dois corpos que se referem ao mesmo ponto e pelos quais diferentes relações se ligam. Um R.-corpo-álcool que dá forma a um eu que reconhece como verdadeiro, e um R.-corpo-outras relações não alcoólicas, que ele não reconhece e não consegue dar forma, mas cuja existência ele nota. Esse tipo de mistura também aparece em Biehl (2008), sinalizando em sua pesquisa que Catarina, ao tomar a medicação Akineton, troca seu nome e o funde com o do remédio. Catarina não estava mais ali e sim Catkine. Bonet (2014) coloca uma pergunta próxima à deste artigo: “quantos “eus” estão presentes em um encontro de cuidado entre um profissional e um usuário, ou quantos sujeitos estão agenciados em um itinerário de cuidados?”. Articulando Deleuze (1980), pelo conceito de agenciamento, coloca então uma indeterminação: os enunciados mobilizam populações, um nome próprio é algo que se passaria pelo menos entre dois termos.

Em A1, no momento em que R. proferiu a existência destas diferenças entre os “Eus”, um psiquiatra qualificou sua fala como uma espécie de “máscara”, algo que se colocava sobre seu Eu, validando aquele que ele dizia não ser ele como mais real do que o anterior, misturado ao álcool

Esse tipo de concepção que aparece na fala de um psiquiatra de A1, pode ser encontrada com algumas variações também em A2. Uma psicóloga uma vez me disse, fazendo referência a um paciente que frequentava o seu grupo “ele só fez sexo até hoje usando a substância, como é fazer sexo *mesmo* ele não sabe”. Uma série de expressões variam este tipo de enunciado: “No fim das contas não dá pra fugir, como fujo de algo que está dentro de mim?”, ou então, “o importante é ser o que se é”.

A psiquiatria ocupa o centro dos serviços de saúde, pois, ela é a fiadora dos diagnósticos descritos no Código Internacional de Doenças (CID), que estava em sua décima edição (CID-10), e no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), produzido pela Associação de Psiquiatria dos Estados Unidos (APA), em sua quinta versão (DSM-V). Esses diagnósticos permitem tanto a existência material desses espaços quanto um vínculo de tratamento com uma área científica da qual se parte e adiciona saberes complementares, linguagem incorporada por outras áreas.

A forma em que a psiquiatria trabalha o conceito de Eu pode ser vista por meio do exame psíquico, procedimento correlato ao exame físico das outras áreas da medicina. Pude acompanhar uma aula para estudantes de medicina em que a prática foi ensinada pelo coordenador de A2. Este procedimento avalia alguns tópicos específicos da pessoa, entre eles: atitude, memória, humor, pensamento, apresentação, linguagem, orientação e consciência.

⁴ “Levar a sério” é uma expressão que vem repercutindo há certo tempo na antropologia, no sentido de que é preciso levar a sério o que os povos dizem, traduzindo categorias, pensamentos, práticas destes povos como realidade. Pensar como um mundo se produz enquanto real. Neste sentido, “não há um mundo pronto para ser visto, um mundo antes da visão, ou antes, da divisão entre o ‘visível’ e o ‘invisível’ que institui o horizonte de um pensamento” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 218). Um mundo é sempre um mundo para quem; um ponto de vista objetivo. Este “quem” não é um sujeito individual, mas sempre um povo.

Um dos tópicos é de suma importância: a unidade do Eu. Este item está contido na avaliação de orientação, que está dividida em dois outros itens: avaliação alopsíquica e autopsíquica. A alopsíquica corresponde à orientação tempo-espacial fora do psiquismo, relativo muito mais à geografia. A autopsíquica divide-se em três novos itens. O primeiro é a identidade do EU, correlato a: “Responda a esta pergunta: quem é você? Eu sou fulano, tenho 33 anos... ontem Eu era Eu, hoje sou eu, amanhã serei Eu, sou uma pessoa só”. O segundo é a atividade do Eu: “Eu vim até aqui, não existe força incontrollável que me mova”. E o terceiro e último é a posição Eu-mundo: “Eu sou Eu, vocês são vocês. Não existe correlações cósmicas, energéticas, entre Eu e você. É preciso separar o Eu das coisas”. Esta concepção deste Eu unitário e constante no tempo, separado do mundo, com uma história de vida linear repercute nos ambulatorios mais do que apenas na concepção psiquiátrica.

Uma diferença na forma de considerar o que entra ou não na produção do Eu, relativa a esta unidade, aparece também no caso de F., que chega a um Pronto-Socorro de Psiquiatria devido a uma crise e, ali, ao relatar frequentar muitas festas e usar muitas drogas diferentes, foi então encaminhado para tratamento ambulatorial em A2. Ele nunca foi diagnosticado como dependente, seu uso de drogas não era repetitivo e ele permaneceu no serviço para tratar de seu transtorno bipolar, mesmo que o ambulatório fosse designado para transtornos relativos à dependência. A residente que o atendeu no pronto-socorro também trabalhava no ambulatório e, para justificar seu encaminhamento, alegou, tempos depois, que era um caso de antecipação dos problemas com drogas no futuro, agindo antes do problema acontecer, preventivamente. Antecipa-se e projeta-se o futuro, compara-se com outros casos que já estão no serviço e se iguala, em uma possibilidade material e abstrata, para que se estabeleça um pensamento clínico baseado em uma linearidade do tempo.

O transtorno bipolar pode apresentar uma ciclagem de humor para o que categorizam como mania, que pode ser definida como: “Um período distinto de humor anormal e persistentemente, elevado, expansivo ou irritável, e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia [...]” (APA, 2014, p. 124). No caso de F., ele começava projetos e empreendimentos e não os concluía, dormia pouco e ficava muito agitado. Os problemas financeiros chamavam mais a atenção. F. obteve seu diagnóstico confirmado após várias consultas. Quando tomei contato com as discussões sobre o seu caso, ele já estava no ambulatório. O fato de possuir esse problema de ordem psiquiátrica disparou duas reações: uma preocupação e um alívio. A preocupação vinha do fato de que não queria entrar em mania novamente. Também não sabia como lidar com situações cotidianas agora que tinha o diagnóstico, ficava na dúvida se quando arrumasse um namorado deveria ou não contar que tinha o transtorno, ou em qual momento da relação deveria contar. Por outro lado, sentia alívio, pois agora tinha um nome para uma série de comportamentos que lhe causaram problema ao longo de uma vida compreendida como estes fragmentos de história que se dispõem em uma linearidade. Isso lhe dava uma funcionalidade. Agora ele poderia repensar suas dívidas, seus gastos imprudentes e o restante do seu comportamento desadaptativo.

Sobre possuir um transtorno, F. fez uma pergunta aos seus médicos: “que parte sou Eu e que parte é o transtorno?”. Depois de iniciar o tratamento medicamentoso com

divalproato de sódio, responsável por estabilizar seu humor, passou a não se reconhecer em todos os momentos de seu passado. Um dia foi a uma festa de música eletrônica que ia regularmente, gostava da música, mas passou a se sentir deslocado. Parecia não ser a festa que costumava ir. Algo nele parecia não ser mais o mesmo de antes. Alguns gostos se mantinham como por exemplo frequentar exposições de arte. Por isso, ele dizia que algo era uma ação do transtorno e algo era dele. Eu e transtorno aparecem como existências distintas. Aqui, a mistura com uma substância produz o Eu devido à estabilização do humor, enquanto o período anterior ao consumo mostra uma ação fora do Eu, ação do transtorno.

Quando sua fala foi discutida em reunião o coordenador do ambulatório disse que o transtorno era ele, mas, no caso da mania, era um “ele um pouco a mais”. Aqui o transtorno vira uma característica do Eu, e retomamos a perspectiva da interioridade do sujeito. Altera-se apenas a gradação da intensidade. O transtorno é um diagnóstico a respeito dele, revela-se nas suas ações. Nesse caso, eram os gastos exacerbados e as muitas festas. Mas era ele quem fazia tudo isso. Não há uma separação. Estar em mania, é um estado do seu próprio humor, qualificado como mais excessivo e mais enérgico. Tudo isso é também ele, está dentro dele.

É preciso que se refaça a história com um Eu contínuo para que se reencontre a patologia nas diferentes intensidades desse Eu, observando seu comportamento no período de mania como um comportamento disfuncional, categoria importante no campo psiquiátrico, mas que também é reproduzida por profissionais de outras áreas da saúde no interior dos dois ambulatórios. Ao perguntar ao coordenador de A1 o que era funcionalidade, ele deu uma resposta que caminha nesse sentido: “Em psiquiatria, um comportamento é patológico quando foge do normal, da média, quando compromete a adaptabilidade ou causa um risco para si e para os outros. Isso está muito ligado ao ambiente familiar, ao interpessoal, ao profissional e ao contexto social”. Quando estamos falando de transtorno estamos sempre falando de uma *má adaptação* em relação ao mundo, separado da unidade do Eu.

No entanto, a disfuncionalidade também se dá em relação a uma normalidade cerebral. No caso da dependência de drogas: “Entendemos que as drogas alteram o funcional do cérebro”, disseram-me em A1. Lá, logo na minha primeira semana, assisti a uma reunião científica sobre neurobiologia da dependência, ministrada por um dos médicos fixos do ambulatório. No início da aula o tema foi descrito como “bem atual”, realocando o problema da dependência como uma doença do cérebro. Encontram-se aí os modelos das patologias crônicas, aquelas que se mantêm no tempo.

Durante a aula, distinguiram-se duas categorias: as de reforço positivo e negativo. A primeira ocorre quando se usa para ficar bem, a segunda para não ficar mal. Daí decorre uma mudança cerebral na trajetória do uso de uma substância. O uso de uma droga teria início pela motivação do prazer, passando este a ser de reforço negativo pelo desenvolvimento de uma tolerância, o que cria abstinência na privação. Esta mudança ocorre principalmente no sistema de recompensa, formado por mais de uma região cerebral. Sua expressão máxima é localizada em uma molécula de nome dopamina, que atua principalmente em uma área denominada de Núcleo accumbens.

Em A2, um psiquiatra sempre comentava esta questão citando, além dos textos, os vídeos e aulas de Nora Volkow, referência fundamental para a psiquiatria em ambos os ambulatorios, diretora do Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) nos Estados Unidos, disponíveis no YouTube. Em uma destas aulas⁵ a psiquiatra explicou que quando se tem prazer ativa-se o sistema dopaminérgico. De um ponto de vista evolutivo-biológico, esse sistema, que envolve os reforços, foi importante para a sobrevivência da espécie. A todo momento nosso cérebro está produzindo recompensas de comportamentos, reforçando-os. No caso das drogas, a diferença é que produzem reforço com mais intensidade que outras vias “naturais”. Com o uso repetido de uma droga o cérebro passa por uma mudança física no sistema homeostático. Há uma certa regulação da disponibilidade da dopamina, mantendo uma normalidade da motivação. Uma vez que repetidamente se utiliza certa droga o cérebro habitua-se com o procedimento e, para voltar aos níveis “normais” de acesso à dopamina, necessita daquele estímulo. A regulação da dopamina passa a ser mais baixa sem o uso.

Aqui, por vias cerebrais conecta-se uma disfuncionalidade em relação ao mundo externo, como o gasto de dinheiro de F. e o comportamento briguento de R. em meio à família, mas também uma disfuncionalidade de um mundo interno, referida ao funcionamento do cérebro. No entanto, esta concepção aparece também conjugada com outras formas de linguagem da interioridade, oriundas do campo PSI, uma “interioridade neurológica” (AZIZE, 2010, p. 116), combinando um termo advindo de uma tradição da antiga psicologia e da psicanálise. Segundo essa perspectiva, a relação entre cérebro e mente se dá de forma bilíngue, são duas linguagens que se interligam: uma psicologia, principalmente psicanalítica e uma neurobiológica.

Articular as linguagens não significa que elas não possam ser encadeadas com hierarquias, assimetrias, descompassos. Em A1, a TCC coloca palavras em zona de vizinhança com os circuitos cerebrais, dividindo o próprio termo recompensa. Ela ganha centralidade por organizar o movimento do que se entende por tratamento, tanto de forma individual quanto como deslocamento no espaço do ambulatorio. Parte-se de uma “espiral do comportamento dividida nas fases: pré-contemplação, contemplação e ação. Um trajeto que sai de uma não-intenção de parar de usar drogas, adquirir consciência dos prejuízos e uma modificação ativa para alcançar a abstinência (um cálculo). Depois é preciso manter este comportamento e a recaída está sempre no fim da espiral. Retorna-se para o começo, mas é preciso aprender com a queda. Cada fase possui um grupo terapêutico específico que tem por objetivo produzir o movimento para a próxima etapa.

A TCC produz um campo técnico de intervenção. Em A1, os termos da psicanálise aparecem mais no fluxo individual de cada profissional, dependendo da residência de profissionais multidisciplinares, ou no grupo de família por meio de uma Assistente Social. Uma das supervisoras tinha formação em psicanálise, mas ela aplicava técnicas vindas da TCC. Em A2 ainda acompanhei uma discussão de WhatsApp da liga de farmacodependência⁶ comparando estas duas abordagens. Uma aluna de medicina comentou que uma colega de curso havia falado que a psicanálise não tinha evidência

⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ElSw-kC5yN8>. Acesso em: 23 nov. 2021.

⁶ Trata-se de um espaço de formação para estudantes de graduação de medicina que também atendem pacientes em três pessoas, com uma supervisão mais próxima. A liga recebe também estudantes de outras universidades.

científica. Os supervisores afirmaram que o problema era a forma na qual eram realizadas as pesquisas, comparando-as com a TCC, pela qual as intervenções normalmente têm começo, meio e fim mais delimitados.

Essa segmentação temporal coloca a possibilidade de fazer um “Ensaio Clínico Randomizado, Duplo-cego e Controlado”⁷, pesquisa que seleciona a participação de pessoas por critérios clínicos variáveis, sorteando dois grupos para efeito de comparação. Comumente usada para comparar medicações, um grupo é chamado de controle e o outro não. No caso de terapêuticas não medicamentosas a comparação é entre duas formas diferentes. Um grupo é o controle, o outro é aquele pelo qual se quer estudar a eficácia do tratamento. O objetivo é isolar o placebo, comparar e definir uma porcentagem de eficácia. Os estudos são, em sua maioria, atrelados à nomenclatura do DSM.

A constituição da disfuncionalidade se dá, em grande medida, partindo da produção individual em direção ao que se considera exterioridade, podendo ou não ser cerebral. Nesse sentido, a medicação de F. estabiliza seu humor, agindo sobre uma disfuncionalidade interna e permitindo ajustar, também, o seu comportamento desadaptativo com o mundo externo, partindo e agindo sempre no/do Eu categorizado enquanto unidade separada das coisas e em oposição com o mundo. A TCC, como aparecia em A1, vinculava-se mais à produção de um comportamento esperado, delimitado e avaliado. Envolve uma mistura que passa pelo circuito de recompensa cerebral, a dopamina. Fazendo uma analogia, é como se cada fase fosse pensada como um impulso nervoso no espaço das sinapses. A2 chegou a ter estagiárias que vinham da TCC e também uma pesquisa que incorporava a técnica. No fim da conversa de WhatsApp um supervisor falou que a ciência não conseguia explicar tudo, com um espaço de tempo de alguns segundos e um complemento: “ainda”. O indefinido do futuro que projeta uma utopia de explicação completa, um anseio (ou desejo) de colocar a psicanálise neste caminho. O caminho do progresso.

Essa conversa ocorrida no WhatsApp se conecta com uma palestra assistida no hospital de A1, intitulada “Da antipsiquiatria à Psiquiatria Baseada em Evidências”. O Palestrante era um médico importante do departamento de psiquiatria onde A2 está instalado. A apresentação era narrada a partir da trajetória pessoal do médico, que vivenciou a contracultura e se interessava pela antipsiquiatria⁸ devido ao gosto de uma

⁷ Ver também: Pignarre (1999), Marras (2008) e Castro (2019).

⁸ Antipsiquiatria foi um termo cunhado por David Cooper (1985), na Inglaterra, para pensar tentativas de produção de cuidado críticas a centralidade hospitalar e a autoridade médica. Ganhou sentido difuso que agrupou práticas, teorias e lutas sociais críticas a psiquiatria ou parte dela. Comumente o conceito aglutina psiquiatras como Ronald Laing, Thomas Szasz e Franco Basaglia. No Brasil fez parte da produção da somaterapia, por Roberto Freire, fundindo a perspectiva de Cooper, Capoeira, Reich, Gestalt e anarquismo (DA MATA, 2009). A perspectiva também passa por dentro da formação da luta antimanicomial brasileira, cujo Manifesto de Bauru, produzido em 1987 no II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde é um dos marcos. O caminho que leva ao enquadramento jurídico, com a Reforma Psiquiátrica na Lei n. 10.216 de 2001, passa por uma influência da Psiquiatria Democrática, da experiência de descentralização na cidade de Trieste, Itália, e da presença de Franco Basaglia. Basaglia nunca perdeu de vista a produção de um cuidado antipsiquiátrico, no sentido de ser pautado fora do campo das especialidades (AMARANTE, 1998; 2008). Pode-se acrescentar movimentos como o Coletivo Pacientes Socialistas (SPK), ativo entre 1970 e 1971 em Heidelberg, e as lutas da Gay Lib, nos EUA, que, derivado da revolta de Stone Wall bloqueiam o congresso da Associação Americana de Psiquiatria em 1971 devido ao diagnóstico de homossexualidade estar presente em seus manuais, decretando-a como inimiga (LEWIS, 2016). Cabe ainda destacar a presença do pensamento antropológico de Gregory Bateson, fundamental entre os psiquiatras ingleses por meio do conceito de duplo-vínculo (BATESON, 1956). O antropólogo chega a participar do congresso *Dialética da Liberação*, organizado por David Cooper, para debater o tema. O Registro pode ser visto em Cooper (1970). Grande parte dessas articulações passava por vincular a antipsiquiatria ao anticapitalismo de formas variadas, o que também está presente no Manifesto de Bauru.

namorada da época. A narrativa demonstrava a passagem de um momento em que surgiram críticas à psiquiatria, desde seu interior, mas também de perspectivas históricas e sociológicas, até a chegada de uma cientificidade na área, primeiro com a introdução da epidemiologia psiquiátrica por pessoas como Michael Sheperd, na Inglaterra, que foi seu professor. Estudando na Inglaterra aprendeu o critério de uma verdade científica com a expressão “*show me the data*”, referente aos dados estatísticos como critério estabelecido no jogo das verdades. Depois, a psiquiatria passaria por uma integração: a “Medicina Baseada em Evidências”, fundada por Archie Cochrane e desenvolvida por pessoas como David Sackett, que também foi seu professor no Canadá. Esse campo das evidências “fundou” a metodologia do Duplo-cego, acrescentando práticas como a revisão sistemática e a meta-análise, para integrar e rever resultados de várias pesquisas, selecionando as melhores evidências disponíveis (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

A narrativa era a de que a psiquiatria, no período manicomial, ainda não era suficientemente científica, por isso valia-se de uma assistência precária. Ao mesmo tempo elaborava-se a sua história apenas como sucessão de fatos da própria ciência. O contexto histórico era aquilo que produzia sua crítica, enquanto a sua evolução era produzida pelo trabalho da área pela área. Uma desconexão entre ciência, política e história.

Ao falar sobre os nomes que compunham a antipsiquiatria, dois merecem destaque para a análise deste artigo. Michel Foucault, foi descrito como alguém que via “a prisão e outras instituições de confinamento não como avanço dos sentimentos morais e humanitários, mas como uma mudança de estratégia de poder, disciplinamento e domesticação dos corpos”. Na sequência foi feita uma ressalva de que Foucault teve uma tentativa de suicídio, que era homossexual, o que, naquela época era muito menos aceito. Era uma pessoa em sofrimento mental grave e isso pode ter influenciado o seu trabalho. Cabe destacar que o fato de Foucault ter formação em psicologia e ter trabalhado como psicólogo em um hospital psiquiátrico nunca foi mencionado. O mesmo tipo de discurso ocorre com David Cooper, descrito como uma pessoa que “dava aulas bebendo cerveja e tinha uma dependência grave”, presenciadas pelo palestrante que chegou a cursar uma destas na Inglaterra.

Deixa-se uma margem de compreensão para que pessoas em sofrimento mental não tratadas tenham também um problema da ordem da razão. Ao mesmo tempo que se separa a psiquiatria da história, universaliza-se no tempo moléculas, conceitos de transtorno, formas diagnósticas que se entrelaçam nos sujeitos e nas formas de se compreender essa partícula do “Eu”. Foucault poderia ser entrelaçado possivelmente a uma depressão com as argumentações que envolvem as moléculas de serotonina, Cooper é entrelaçado com o álcool, a dependência, a dopamina. Essas misturas entre droga e medicamentos e outras moléculas se estende para a história. Feitura do Eu no presente que se estende e se espalha pelo tempo. Também estabelece uma forma possível de se olhar as pessoas com sofrimento mental e distribui o que é mais ou menos legítimo quando assunto é o cuidado neste campo.

Durante a explicitação de um contexto histórico, a “ditadura militar” (civil-militar) no Brasil foi mencionada. Neste momento, uma placa na entrada do Hospital ligava a história, a instituição de onde o palestrante vinha e a que o recebia, uma placa que homenageava Pacheco e Silva. Este psiquiatra recebeu medalha de Ordem Nacional

do Mérito de Costa e Silva, em 1968, e participou da fundação do ARENA. Sua defesa da ditadura diante de uma “guerra de nervos” vivenciada no Brasil (TARELOW, 2018) passava por uma argumentação psiquiátrica, pautada no que na época era a Teoria da Degeneração, bem distribuída pela profissão ao redor do planeta, iniciada com o francês Benedict-Augustin Morel.

Esse corpo teórico via a ação psiquiátrica no campo das hereditariedades, distribuindo as anomalias na genealogia familiar, e sua reprodução por meio da descendência. Assim,

A embriaguez, por exemplo, vai provocar na descendência qualquer outra forma de desvio de comportamento, seja o alcoolismo, claro, seja uma doença como a tuberculose, seja uma doença mental ou mesmo um comportamento delinquente. (FOUCAULT, 2011, p. 309)

A ação psiquiátrica passa a ocorrer como uma defesa social, ciência de Estado, operando pelo conceito de “perigo”, tanto vinculado à potencialidade de um comportamento perigoso, quanto de degeneração da raça na história natural de evolução da espécie. Forma-se o que Foucault (2011) chama de racismo do anormal.

É por essa perspectiva que Pacheco e Silva defende a ditadura civil-militar, os valores da civilização e aqueles, ditos cristãos; define o comunismo como aquilo que ataca, ameaça e confunde estes valores, afirmando inclusive que as drogas eram uma estratégia desta prática política. Afirma ainda uma superioridade da “raça paulista” derivada dos bandeirantes que tudo criam e chega a propor que os casamentos sejam regulamentados pela psiquiatria, dando voz ao que chama de “a moderna medicina eugênica alemã” (TARELOW, 2018; COSTA, 1976; PETUCO, 2016).

No silêncio da História, a placa de homenagem não deixava de falar e colocar a forma como essas narrativas se formam, e como calam um vínculo político formativo da própria prática. No departamento de psiquiatria de A2, Pacheco e Silva é, por vezes, chamado de “nosso patrono”, em A1, faz parte do nome do Hospital que abriga o ambulatório. É tratado como aquele que começou a perspectiva biológica em psiquiatria, abriu caminhos para a modernidade. Se o conceito de raça desaparece, a história contada como evolução dos “sentimentos morais e humanitários” mantém ainda uma ação biológica que ocorre vinculada aos moldes da evolução em um registro da espécie humana, com os valores da civilização e o pano de fundo da colonização. Estabilizar um laboratório é também estabilizar uma política (MARRAS, 2008).

Ao fim, a apresentação mencionava que: “A psiquiatria foi desafiada de forma excepcional e até hoje antipsiquiatria permanece uma influência sobre aqueles que são críticos a uma das especialidades médicas mais fascinantes”. Conta-se a história de uma batalha e a vitória da ciência. Proclama-se algo como “os bárbaros ainda estão aí”.

Não são todos os psiquiatras que articulam esta narrativa completa atrelada ao método. Entretanto, constrói-se uma ambivalência entre a forma de produção científica que alimenta um discurso e a terapêutica. Nas diferenças entre as práticas, pode-se dizer que quanto mais centrada na biologia, mais se aproxima destes silêncios da história, quanto mais se abre para uma conexão com a diferença de outros saberes, mais potencialmente se afasta. Isso não implica necessariamente desindividualização. A própria psicanálise foi trazida ao Brasil por psiquiatras vinculados a teoria da degeneração.

Pacheco e Silva também era psicanalista. A relação entre práticas PSI e a ditadura civil-militar é mais ampla, ultrapassando um corpo teórico (COIMBRA, 1995). Apesar das diferenças possíveis, esta é uma história que não deixa de ser contada na comunidade internacional da Psiquiatria. O obituário de Michael Shepard define-o como alguém que venceu a estreiteza das explicações históricas e literárias, estendendo o modelo biomédico a questões sociais (RUSSEL, 1996). Não deixa de se produzir algo próximo ao que Foucault chama de “matriz de transformação” (FOUCAULT, 2007, p. 110).

A Psiquiatria baseada em evidências coloca a ciência como um campo de informação, neutro, higienizado na história, e a ação do profissional derivada de Escolhas que devem ser tomadas baseadas nas melhores evidências disponíveis, intermediadas pela prática clínica, pautadas na responsabilidade individual. Escolha e responsabilidade, um par de conceitos que reaparece também na ação terapêutica diante dos “pacientes”.

3 Escolha e Responsabilidade

A unidade do Eu passa também por uma linearização do tempo, produção do cotidiano. No caso da dependência existe sempre um problema anterior constituído pelas comorbidades psiquiátricas (outros transtornos) ou pelos desarranjos e traumas psicossociais que podem ser encontrados em ambos os ambulatórios. Uma psicóloga do A2 referenciou em uma sessão que: “É preciso ver o que vem antes da droga, quais são as comorbidades, e daí ver uma medicação. Se a pessoa não quiser tomar medicação também é possível, mas aí tem que se implicar ainda mais no tratamento”. Do outro lado, no A1, o uso de cocaína por H. aparece como resultado de uma busca individual por conquistar uma habilidade social que não possui. H. é muito tímido, começou a trabalhar muito cedo, e não consegue se relacionar com outras pessoas quando não está sob efeito da cocaína. Especula-se uma fobia social.

Uma história, narrada comumente por um psicólogo, que ganha um estatuto de exemplo, sempre repetida: “Fulano me disse que quando bebia uma cerveja, de repente se via bebendo vinte, falei para ele que não é isso que ocorre, mas ele para e abre uma lata, bebe uma cerveja, abre outra lata e bebe outra cerveja, abre outra lata e bebe outra cerveja, e assim vai até a vigésima lata”. Ocorre aqui a operacionalidade de uma máquina de tradução e conversão, no estabelecimento de um fundamento: o tempo cronológico.

Produz-se uma linearidade para se produzir um contínuo do Eu, ligado a um nome próprio. Por isso, uma das atividades que pode se encontrar em um serviço de saúde mental é exatamente chamada de “linha do tempo”. Ela trata exatamente da produção de um *quando*. Alocam-se em datas os acontecimentos da vida de uma pessoa, exatamente para poder observar este encadeamento. Outra variação desta atividade é produzi-la em função da sua história dentro da instituição, que mostra o dia em que você chegou e o que foi acontecendo durante este período, a linearidade do tratamento e as correlativas transformações do sujeito.

Annemarie Mol (2008), em “*The Logic of care: health and the problem of patient choice*”, situa a lógica da escolha a partir de duas construções dessa ficção que normalmente chamamos de ocidente: o mercado e o contrato. De um lado, trata-se do paciente como

consumidor, capaz de fazer escolhas racionais entre um produto e outro. De outro, como cidadão, aquele “[...] que controla seu corpo, que o domestica, ou dele escapa. Cidadãos possuem a habilidade de fazer suas próprias escolhas no silêncio de seus corpos” (MOL, 2008, p. 35). Em ambos os casos, é sobre a conceituação do indivíduo livre e autônomo que se vincula a espécie humana e sua capacidade de pensar mediante um uso específico da razão como cálculo, fruto da produção de uma modernidade liberal.

Nos ambulatórios podemos notar uma série de palavras que de fato compartilham uma zona de vizinhança, tanto com a esfera econômica quanto com o campo da cidadania jurídico-política. Os pacientes demandam enquanto os ambulatórios ofertam, e toda relação entre um profissional e um paciente, em um comum acordo terapêutico onde cada um se responsabiliza por sua parte, é chamada contrato. Quando se trata desse tempo linear, ele é também recurso de uma lógica dessa escolha-mercado, visto que ele é algo em que se investe. Como os recursos terapêuticos são finitos (o número de psicólogos, terapeutas ocupacionais, vagas de leitos em enfermaria, etc.) deve-se fazer escolhas mediante critérios como: o tempo em que o paciente está em tratamento, a avaliação de caso por caso, e a responsabilização por cada escolha mediante a um uso calculado dessa razão descorporificada. Ambos os ambulatórios mobilizavam a expressão “investir tempo no paciente”, um questionamento se vale a pena ou não investir mais tempo em determinado caso, ampliar um tempo gasto institucionalmente, ofertando mais espaços terapêuticos como acréscimo em grupos, terapias individuais, etc.

Mol (2008) também sinaliza que a lógica da escolha apresenta um tempo linear: se escolhe em vista de fatos que são valorados e analisados consoante suas consequências possíveis e, assim, responsabiliza-se por cada decisão estendida em uma linearidade cronológica do caminho de uso da razão. Partindo da análise de Mol, pode-se notar esta lógica na definição de transtorno de uso de substâncias, presente no DSM-V (APA, 2014), por exemplo, em uma parte nomeada como “baixo controle”, referente a: 1) consumir a substância em maior quantidade ou por mais tempo do que o pretendido inicialmente; 2) desejar e diminuir ou regular o uso com tentativas frustradas; 3) gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos; 4) em casos graves, praticamente todas as atividades diárias do sujeito giram em torno da substância. Esses critérios enfatizam o controle como uma lógica do planejamento do uso, em que pode se escolher ou não usar, gastar ou não uma certa quantidade de tempo.

No entanto, mesmo quando parece não se escolher, visto que se consome uma substância por mais tempo do que se gostaria, muitas vezes, os ambulatórios enfatizam e retraduzem os acontecimentos a uma escolha, como por exemplo no caso de escolher abrir uma lata de cerveja na sequência cronológica das próximas que virão, ou ainda como neste diálogo retirado da conversa entre uma psicóloga e um paciente de A2:

Ch.: Já Eu, faço porque amo [usar cocaína]. Mas Eu não consigo usar 2, 3 horinhas. Tem que ser 2, 3 dias.

Psicóloga: E o quanto a gente se respeita? Cada um aqui se respeita? Cada um tem o livre arbítrio, o poder da escolha, a escolha de cada um se apropriar da substância e fazer isso. Mesmo quando, às vezes, parece que ela cai do céu.

A escolha também pode aparecer como oposta ao conceito de hábito, também nomeado como um comportamento “automático”: “Em algum momento pode ter sido uma escolha, talvez hoje o hábito já não seja mais escolha, seja mais automático. Com outros hábitos conseguimos parar. Por que não conseguimos largar desses?”.

Em ambos os casos a escolha chega depois da vida vivida, não parte do usuário, mas é ação sobre uma história trabalhada para se linearizar em uma vida individualizada. Uma vida começa na família e termina na morte biológica, entre esses termos pouca coisa é capaz de passar. Este conceito aponta para um uso da razão refletida que não se deixa dominar por uma vontade ou desejo, uma razão que avalia, mede e compara acima da corporalidade (MOL, 2008; AZIZE, 2010). A lógica da escolha o coloca em sua autonomia, o que corta ou diminui em importância quase insignificantes ações externas sobre uma pessoa.

A palavra “escolha” também pode passar ao uso dos pacientes ao longo do tratamento, visto que em nenhum momento vi essa palavra ser usada no instante em que aparecia pela primeira vez neste nestes espaços. Aqui, também chega depois, mas na forma de um aprendizado. Ac., por exemplo, que se tratou por muitos anos em A2, no fim do campo passou a dizer que agora podia fazer escolhas. Escolha de não usar as drogas, escolhas relacionadas ao trabalho (que fazia fora de sua função, por não estar habilitado a ser um assistente social no hospital público que trabalhava devido aos problemas psiquiátricos), escolhas de com quem se relacionar amorosamente. Isso vinha acompanhado de pensar mais nas consequências e se responsabilizar pelos seus atos. Por algumas vezes ele resolveu beber, visto que não associava o uso da cocaína à bebida. Chegou a faltar no trabalho três dias por conta da ressaca que teve. Entretanto, frisava que fizera uma escolha e, portanto, se responsabilizava por ela.

Uma aula assistida em A2 sobre Transtorno de personalidade borderline deixa o limite do funcionamento do par escolha-responsabilidade mais claro. Para se ensinar a estudantes de medicina sobre o que seria este transtorno foi exibido o documentário *Amy*, dirigido por Asif Kapadia e lançado no ano de 2015. Nesta aula, após muitos comentários sobre o horror do abuso midiático sobre a cantora Amy Winehouse, o transtorno começa a ser delimitado a partir de uma fala que se inicia pensando “além” das pressões ditas como “sociais” e “culturais”: “tem que levar em conta que ela também sabia o que era uma gravadora, ela disse que faria os shows que faltou, tem que ver as escolhas e a responsabilidade dela”. A partir desse momento, pode-se começar a pensar na saúde mental de Amy, como Eu unitário que deve se responsabilizar por suas escolhas, e os problemas derivados destas escolhas e responsabilizações podem ser avaliadas no âmbito do transtorno ensinado. A partir daqui se avalia e se diagnostica um transtorno.

Em um ambulatório cuida-se de um indivíduo, de um sujeito específico, para isso cortam-se mundos e exterioridades. Saem de cena: ação da gravadora, flashes de câmera, jornais, luzes, exigência de produtividade e mercado de trabalho, capitalismo, relações de gênero que apontassem para alguma incidência sobre Amy. Converter a vida em um transtorno é cortar conexões e unificar o sofrimento sob um nome. Além disso, vale ressaltar a própria aula, que avalia e diagnostica uma vida que nunca conheceram. O documentário também foi editado para que coubesse no tempo da aula, deixando os pontos mais relevantes. Cortar e editar aparecem como ações de produção diagnóstica.

A placa de entrada de A2, exibia a seguinte mensagem: “não é a abstinência o contrário da dependência e sim a liberdade” Uma coordenadora dos grupos de acolhimento ao mencionar a frase da placa fazia uma pequena alteração e dizia: “liberdade de escolha”. O conceito de liberdade é pensado como o exercício de uma escolha remetendo perpetuamente ao indivíduo, separando de um conceito de social que é lido como sinônimo de Estado, como o programa de renda Bolsa Família. Indivíduo e sociedade, reaparecem como distribuição de rede de assistência de saúde para rede de assistência social. No fim, trata-se de uma repetição do Estado, que, é feito junto ao indivíduo, à saúde e ao fora ao qual se remete a biologia, assim como toda capacidade de resolução de um problema que não fora da ordem da saúde.

Deslocando as análises do indivíduo liberal para o tempo de hoje, é preciso colocar em jogo a produção do neoliberalismo. A distribuição de escolhas e responsabilidades na individualização a partir da produção da “unidade do eu” se alia a uma racionalidade neoliberal (FOUCAULT, 2008a) vinculada à produção de matriz estadunidense. Por meio dessa racionalidade, aglutinava-se a um campo econômico uma gama de aspectos que não estavam a ele relacionados anteriormente. Tratava-se primeiro de reintroduzir o trabalho em uma teoria econômica, tarefa primeiramente feita por Theodore Schultz (1973). O capital passa a ser inerente ao sujeito, uma máquina que não pode ser separada do próprio trabalhador. Este capital começa com um aparato inato que é o próprio corpo biológico, mas também, com o investimento da família em seus filhos, seja no tempo gasto nas relações familiares e cuidados com a criança, mas, também, nas atividades educacionais extracurriculares e curriculares. Nesta literatura, tudo passa a ser quantificável pela renda. Gary Becker (1991), por exemplo, afirma existir entre uma mãe e um bebê uma “renda psíquica”. Tomando um exemplo de campo para pensar essa lógica familiar, pode-se retomar um acontecimento em A1. Ali, um paciente chegou não pelo seu uso repetitivo, mas porque quando bebia passava um tempo tendo pânico e fobia social. A família, muito rica, quando questionou os profissionais, disse-lhes havia feito um grande investimento em seu filho ao longo de sua vida e queriam ver os resultados desse investimento.

A produção de uma racionalidade neoliberal estabelece certo tipo de razão que passa fundamentalmente pela “[...] escolha racional e custo-benefício, excluindo explicitamente todos os demais valores e interesses” (HAMANN, 2012, p. 101). Não se trata de pensar o movimento de uma teoria que faça o mundo, mas um entrelaçamento nas relações, que produz no discurso psicológico os próprios conceitos de escolha e responsabilidade em uma subjetividade formada a partir de um “empreendedor de si mesmo”, uma generalização da forma-empresa. A unidade do Eu, essa forma específica de uma linearidade individualizada, conecta ao mesmo tempo um sujeito de direito e um sujeito de interesses econômicos (DARDOT; LAVAL, 2016; SAFATLE, 2020). Um sujeito sem rupturas que é capaz de fazer boas ou más escolhas, permeadas por riscos que estão embutidos no cálculo e devem ser observadas a partir das informações disponíveis⁹. A incorporação do cálculo econômico não é oposta ao Estado, mas incorporada em sua gestão, passando por pesquisas e estatísticas (WILKE; AUGUSTO, 2019; SAFATLE, 2020; CASTRO, 2019; FOUCAULT, 2012).

⁹ Para um caminho teórico dos conceitos de escolha e responsabilidade em meio à formação do pensamento neoliberal, ver Franco *et al.* (2020).

Essa forma da escolha refletida, também apareceu em uma definição de redução de danos, escutada em campo. A redução de danos não compete com a abstinência porque a abstinência pode aparecer como demanda do sujeito que busca tratamento. Cada um determina suas metas, portanto, se responsabiliza por elas. Entre parar e não parar de usar drogas, existe uma modulação possível baseada em um indivíduo que escolhe (ROSA, 2012). O exemplo dado em um grupo de estudos sobre o tema foi o de que se pode ensinar uma criança a escolher a hora de comer a maçã e a hora de comer a coxinha. Uma pessoa pode comer uma fritura em momentos específicos da vida sem que isso lhe cause grandes danos. Ensinando a relação com a comida para a criança, se ensina também, sobre as drogas, visto que se trata mais de ensinar uma forma de racionalidade, calcada na escolha e no cálculo e na responsabilidade de se comer a fritura, do que uma referência a uma situação específica. O cálculo se dá baseado nas informações que se tem sobre o alimento que se vai consumir, a fruta ou a fritura. Também aparece aqui um certo tipo de concepção de sociedade como produto da soma dos indivíduos, visto que a educação de cada um, escolhendo e se responsabilizando por cada escolha sua, autônoma, produz certa disseminação social desta concepção de redução de danos.

A ação terapêutica nestes termos, corrobora certa maquinaria capaz de transformar causas que se passam fora da singularidade corpórea em responsabilidade individual. Um exemplo seria um trabalhador precarizado, sem direitos garantidos, que está sempre pensando no próximo trabalho, que é a característica da organização produtiva de nosso tempo (DARDOT; LAVAL, 2016; FRANCO, 2021), que recebe um diagnóstico de ansiedade. Os próprios trabalhadores da saúde muitas vezes são essas pessoas. Nos ambulatórios, enquanto médicos são residentes e em alguns casos existe uma residência multiprofissional, soma-se trabalhadores voluntários que estão ali por razões variadas, mas que trabalham em mais de um lugar, fazem deslocamentos complexos, se alimentam mal, se esfacelam e esburacam junto ao trabalho. Existe uma assimetria colocada desde quem atende. Instabilidade, garantia do trabalho e geração de renda, endividamento (MORAES, 2020; LAZZARATO, 2017) que produzem uma constante antecipação do futuro, podendo se dizer, em termos clínicos, que é uma forma de trabalho “ansio gênica”. Estes eram também problemas de R.

Podemos retomar o fictício transtorno borderline de Amy Winehouse, que verte as causas externas do peso das cobranças e da produção midiática sobre sua pessoa, assim como a relação com sua gravadora. É no mesmo sentido que uma fala ecoou em um grupo de acolhimento: “Não me considero doente. Se Eu for doente é porque nasci de uma sociedade também doente”. A resposta da coordenadora foi a de que ele estava atribuindo culpa ao outro, não se responsabilizando pelas suas ações.

4 O Eu, suas Relações e suas Feituras

Este artigo foi se fazendo de forma a partirmos da duplicidade vivida por R. e cada vez mais ser enfatizado um movimento dos ambulatórios em que se coloca o Eu como uma unidade oposta ao mundo, sem misturas entre coisas, e, ao mesmo tempo, linear em sua temporalidade individual. É por meio dessa unidade que é possível pensar

alguém que escolhe e se responsabiliza, ação de uma razão igualmente linearizada que individualiza e corta as exterioridades que incidem sobre uma singularidade corpórea, atrelada a uma racionalidade neoliberal.

O que tanto R. quanto F. colocam é uma produção do Eu que se enuncia sem separar as misturas, expondo uma forma relacional de se produzir o que chamamos de Eu. Enfatizou-se mais fortemente a mistura com as substâncias, mesmo quando se tem muito sofrimento envolvido, para pensar a partir destas relações (o que não corta outras existentes) em conjunto com a prática do tratamento exercida nos ambulatórios. Pode-se pensar o Eu como feito, cotidianamente, como um efeito. Não se faz de maneira autônoma, mas por relações que ultrapassam a individualização.

Essa forma-indivíduo também repercute na história, criando universais, repondo a nomenclatura dos transtornos, misturando-se a sujeitos, como no caso de Foucault e David Cooper, atrelados a esquemas cerebrais, que envolveram pesquisas com medicações fora do tempo em que viveram. Ao mesmo tempo, distribui-se uma capacidade de razão. Tudo isso é interligado a própria metodologia da Psiquiatria Baseada em Evidências.

Essa afirmação de um saber ahistórico, pautado nos avanços dos sentimentos morais, e que atuam na defesa de cada instituição do presente, já havia sido sinalizada por Jane Russo e Marta Hening (1999) a partir da publicação do DSMIII, em 1979, centrado na perspectiva biológica. Ambas afirmam que esta publicação passa a colocar a psiquiatria como “ateórica” e a partir dessa posição esvaziava os debates políticos da época. Também lembram que Transtorno é a tradução para português de “disorder”, desordem como oposição a ordem, palavra que entrelaça ciência e política em seus fundamentos (SHAPIN, 1998; MARRAS, 2008). Um processo de banalização do diagnóstico psiquiátrico que, se contribui para atenuar o que era o estigma referente a “loucura”, “favorece ao mesmo tempo e na mesma proporção uma penetração intensa da psiquiatria e de sua lógica no dia a dia das pessoas” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 475).

Butler (2003), em *Problemas de Gênero*, questiona a anterioridade do corpo em relação ao que seria sua interpretação, problematizando a realidade biológica como anterior ao que estabelecemos nos marcos da cultura. A filósofa trabalha essas questões para revisitar os paradigmas estabelecidos na fundação biológica do sexo e sua distribuição binária, refletindo também as fronteiras entre “interno” e “externo”:

“Interno” e “externo” só fazem sentido em referência a uma fronteira mediadora que luta pela estabilidade. E essa estabilidade, essa coerência, é determinada em grande parte pelas ordens culturais que sancionam o sujeito e impõem sua diferenciação do abjeto. Conseqüentemente, constituem uma distinção binária que estabiliza e consolida o sujeito coerente. (BUTLER, 2003, p. 192)

Estabilizar é também palavra corrente nos ambulatórios: dosagens de medicação e diagnósticos estabilizam. Podemos estender essa noção compartilhada de estabilidade para a oposição Eu-mundo, feita estabelecendo os limites entre o que se define como interior e exterior, para produzir e distribuir escolhas e responsabilidades.

A própria separação entre drogas e medicamentos, entre as substâncias usadas pelos pacientes e as prescritas pelos médicos produzem definições e fronteiras sobre o corpo em relação ao Eu. As medicações tornam-se parte desta feitura, na medida em

que estabilizam um Eu original que se mantém no tempo, enquanto as demais drogas agiriam tanto em uma fuga quanto em certa anestesia. Estas duas categorias remetem a uma série de outras divisões. Os medicamentos estão vinculados ao controle, à medicina, à regulamentação pela Anvisa, a produção da indústria farmacêutica, a dosagem estável a partir da produção de comprimidos e das unidades de medida de substâncias padronizadas, a tratados internacionais etc. As demais drogas estão vinculadas em alguns casos a ilegalidade e a proibição de seu uso, como a cocaína e a maconha, mas, de todo modo, mesmo que habitem um campo da legalidade, como o álcool e o tabaco, estão vinculadas a uma perspectiva de abuso e doses não calculadas por uma prescrição. Fica estabelecida uma relação entre interioridade e exterioridade mediada pela ação de um profissional de saúde, as regulamentações e suas prescrições.

Vargas (2001) chama esta separação de partilha moral, operacionalizadas em função de um critério médico, conectando-se para mais ou para menos com valores da sobriedade, distribuído também entre drogas diferentes. O café, por exemplo, mesmo que possa agravar um problema de ansiedade, não costuma entrar em enunciados como “fuga de si mesmo”. Distribui-se as drogas a partir da função médica entre o que faz e o que não faz uma “unidade do eu”, produção de um real dentro de si.

Mol (2008) questiona o que significa escolher quando se está separado de um processo de produção, rede, relação, em que seu cuidado está entrelaçado. São produções de pesquisas, relações econômicas com a indústria farmacêutica, as conexões de mercado entre esta indústria e os congressos de Psiquiatria (AZIZE, 2010), a distribuição de medicamentos para testes, as medicações presentes no SUS e aquelas somente para quem pode pagar, a distribuição dos efeitos colaterais.

Rosana Castro situa laboratórios internacionais e relações transnacionais de incentivo de pesquisas de medicamentos onde “[...] o Brasil vem sendo considerado pela indústria como um local com evidente potencial para a condução de estudos clínicos, mediante sua caracterização de um país cuja população é miscigenada e carente de acesso apropriado a tecnologias de saúde” (CASTRO, 2019, p. 2). Deriva-se deste contexto uma noção de raça e a capitalização de um sofrimento que incide majoritariamente sobre pessoas negras e dependentes do SUS. Esses atores articulam e operam o que chama de “economias políticas da saúde e da doença” (CASTRO, 2019, p. 17), vinculadas ao Estado neoliberal e o conceito de evidência. Conexão com um racismo que opera na especulação destes corpos, com a própria produção de problemas de saúde, miséria, sofrimento, vinculados a um deslizamento para a morte.

Parece ser esse campo de uma economia política que não para de acoessar a todo tempo, a cada instante, entre produção de pesquisa, medicações, responsabilizações e individualizações, o dia-a-dia dos ambulatórios, colocando, no limite, uma ambivalência do trabalho com saúde mental, algo que está ali sempre emaranhando. Saúde como economia-política.

C., homem negro, morava no quarto dos fundos de uma casa, junto com sua mãe que era cuidadora de uma idosa. De tempos em tempos morava na rua, consumia crack e álcool durante este período, ansiolítico no retorno. Ele fazia seu tratamento em A1. Chegou a aparecer roxo e escoriado por ter apanhado da polícia, outra vez com o queixo furado que vazava bebida. Em um grupo de motivação ele colocou a situação nestes

termos: “a vida é um jogo, ou você está dentro do jogo, ou você toma porrada”. Durante o período de campo, morreu dormindo em casa. Em A2, E. homem negro, foi preso como cúmplice de um incêndio em uma casa, fato que ocorreu quando não estava presente. Passou anos se recusando a pagar multas na justiça e tendo problemas derivados disso. E. viveu entre muitos equipamentos de saúde até se fixar em A2. Morreu de tuberculose em um albergue na cidade de São Paulo. Um jovem e outro de mais idade, viveram sofrimentos produzidos e distribuídos constantemente no tempo, mesmo que ora fossem atenuados. “A vida escorrega para uma forma de morte que pode ser considerada como ‘devido a causas naturais’” (POVINELLI, 2008, p. 511).

Castro (2019) apresenta questões próximas passando entre o conceito de *necropolítica* (MBEMBE, 2021) e de *biopolítica* (FOUCAULT, 2005; 2007; 2008a) um *fazer-viver* e *deixar-morrer* que não abandona uma forma de *fazer-morrer*; um “racismo de Estado” que liga a história como história da espécie em relação com as tecnologias coloniais. O paroxismo do genocídio nazista como primo do genocídio colonial (FOUCAULT, 2007, p. 307). A placa em homenagem ao patrono Pacheco e Silva não deixa de rememorar a moderna medicina eugênica alemã conectada com a figura do bandeirantismo paulista.

Não se trata de estabelecer uma não agência de uma pessoa, mas colocar em questão uma ênfase na distribuição de escolhas e responsabilidades. Castel (1987), pensando a expansão da psiquiatria e a difusão de práticas PSI, e Mckinon (2021), tempos depois, olhando para a formação de uma psicologia evolucionista que naturaliza a escolha na história da espécie vinculada ao neoliberalismo, curiosamente sugerem um mesmo termo de operação. A insistência na escolha, sua naturalização como princípio de liberdade, funciona, mesmo que paradoxalmente, porque não deixa atuar pela – e também ressaltar, colocar e distribuir o que é – não escolha.

A ação dos ambulatórios, em alguma medida, passa por uma separação de misturas entre drogas, história, política, articulando definições cerebrais. Nem sempre uma ação perante um diagnóstico, da forma mais correta clinicamente, implica em agir sobre um sofrimento. Em A2, um menino jovem havia chegado no ambulatório por beber e ouvir uma voz. Ficou um tempo na instituição mesmo sendo constatado que ele não tinha problemas com álcool. Outros serviços de saúde mental não o aceitavam, por fazer uso de drogas. Ele ouvia sempre a voz de uma mulher, que conversava com ele e oscilava entre zombá-lo e falas mais tranquilas. Ele era apaixonado por essa voz. Chegou ao serviço porque a voz da mulher lhe disse que ele precisava se tratar, e que, se o fizesse, iria se apresentar para ele. Chegou ao ambulatório então procurando a mulher. Quando iniciou a medicação com antipsicóticos a voz desapareceu. Ele virou outra pessoa. Mais abatido, mais quieto, quase mudo. A residente que o medicou chegou a me dizer que se “sentia mal” de ter receitado a medicação que interrompeu a voz, evento decisivo para o paciente ter se calado.

Retirar a voz desta mulher da vida dele era retirar também uma relação que poderia se chamar social. Apenas ele ouvia a voz, e de seu ponto de vista, as relações que decorrem desta existência audível são reais. É na realidade de uma vida que se trabalha. Remover esta voz era desmanchar um território existencial formado.

O que o campo, em suas relações, mostra não é que se tenha um Eu anterior a ser descoberto, mas que, efetivamente, só se se produz o que se chama de interioridade,

cerebral ou psíquica, com aquilo que está fora. A oposição entre Eu e mundo, assim como a unidade permanente do Eu, ganham realidade por meio de uma separação que só consegue se estabilizar porque não se opõe ao mundo, mas porque nele está entrelaçado. Vozes, drogas, profissionais, familiares, história, contratos, economia, cérebros, dopaminas, medicações, o que está perto e o que está longe; tem muita mistura para fazer um Eu. São movimentos povoados nos territórios existenciais de uma pessoa, que, em alguns momentos, podem sofrer abalos, se desmanchar ou romper, mesmo que também algo possa permanecer. Um Eu feito com e no mundo, entrelaçado a relações de poder, junto aos ambulatórios, atendimentos, produção de saber, colonização, Estado, racismo, ordem e desordem. Estabilizar uma saúde mental é estabilizar uma política.

Por fim, cabe lembrar, que minha tese foi defendida em 2019, e, desde então nunca parei de trabalhar com grupos de acolhimento e redução de danos no campo da saúde mental. Revisitar alguns momentos de campo é também constituir este texto passando por pelo menos dois termos: o antropólogo e a pessoa que trabalha no campo da saúde. Um trabalho que não deixa de me lembrar que sou estrangeiro, quando, por exemplo, existe uma exigência quantitativa para atendimentos que qualificam um serviço de saúde e meu trabalho não conta como número por ser uma profissão fora da área. Quantidade, estatística, produção, economia, Estado. Neste sentido, é um psiquiatra na função de coordenador que mantém e convida a existência de um trabalho estatisticamente inválido dentro do ambulatório. Esta questão poderia apontar possíveis diferenças e caminhos para outras análises.

Anos depois, de alguma forma, as angústias, os problemas compartilhados entre meus colegas e a experiência vivida com as pessoas que usam drogas e buscam cuidados que empurraram o antropólogo. Uma pergunta em um atendimento marcou esta angústia: “eu fico pensando, a vida é isso?” Em quantas relações ela poderia ser deslocada? Entre o meu próprio emaranhamento, memórias do campo, medicações, drogas, conversas, um pensamento não deixou de inquietar: talvez fosse necessário rearticular questões a partir do que na saúde mental, produz, relaciona-se ou aparece como uma forma de silêncio, como uma voz que desaparece e faz parar de falar. Olhar as redes e práticas no campo da saúde mental não pelas falas ou pela escuta, mas do ponto de vista do silêncio. Lima Barreto (2010), internado por alcoolismo, dizia que o horror do manicômio não era seu barulho, mas o silêncio, daí a sua comparação com um cemitério de vivos. Esta é uma sinalização de um caminho que acontece no tempo do processo, trata-se de situar um fora da escrita que também a move. Este artigo passa também por este movimento, ao mesmo tempo fora e presente, partindo das feitura do Eu, da distribuição entre escolhas e responsabilidades e do entrelaçamento e separação entre drogas e medicações. Um começo e um meio para, retomando o filósofo que é ao mesmo tempo parte do método deste artigo e presença patológica no campo, ouvir o ronco surdo das batalhas daqueles considerados bárbaros.

Referências

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMY. Direção: Asif Kapadia. Produção de James Gay-Rees, George Pank e Paul Bell. Inglaterra: Universal Music, 2015.
- APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZIZE, Rogério. **A nova ordem cerebral**. 2010. 297p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BATESON, Gregory. Toward a Theory of Schizophrenia. **Behavioral Science**, [s.l.], v. 1, n. 4, p. 251-254, 1956.
- BECKER, Gary. **A Treatise on the Family**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1991.
- BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008.
- BONET, Octavio. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Revista Sociologia & Antropologia**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014.
- BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CANONICO DE SOUZA, Leticia; CARACHO, Matheus; SANTOS, Maria de Paula dos. Tempo e Subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria de Paula dos (org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 61-76.
- CASTEL, Robert. **Gestão dos riscos: da antipsiquiatria a pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CASTRO, Rosana. Economias políticas da doença e da saúde: população, raça e letalidade na experimentação farmacêutica. **Ayé: Revista de Antropologia**, Ceará, v. 1, n. 1, p. 1-26, 2019.
- CHRISTIE, Nils. Elementos para uma geografia penal. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], n. 13, p. 51-57, 1999.
- COIMBRA, Cecília. **Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas *psi* no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- COOPER, David. **Dialética de la Liberación**. Aramburu: Cuernavaca, 1970.
- COOPER, David. **Psiquiatria y antipsiquiatria**. Barcelona: Paidós, 1985.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.
- DA MATA, João. **SOMA – uma terapia anarquista**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2009.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. Valência: Pré-Textos, 1980.
- DON L. **Camisa 10 (part. Cacife Clandestino e Don L)**. Composição: Diomedes Chinaski/Don L./Felp22. Release em junho de 2018. Disponível em: <https://genius.com/Diomedes-chinaski-camisa-10-lyrics>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- DUMONT, Louis. **O individualismo – uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

- FARIA, Lina; OLIVEIRA-LIMA, José Antônio de, ALMEIDA-FILHO, Naomar. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 59-78, 2021.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007. v. 1.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- FRANCO, Fábio Luís. Fazer precarizar: neoliberalismo autoritário e necrogovernamentalidade. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-15, 2021.
- FRANCO, Fábio *et al.* O sujeito e a ordem do mercado: gênese do mercado. *In*: SAFATLE, Vladimir; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 47-76.
- HAMANN, Trent. Neoliberalismo, governamentalidade e ética. **Revista Ecológica**, São Paulo, n. 3, p. 100-133, 2012.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica – Perfil das Comunidades Terapêuticas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.
- KARAM, Maria Lúcia de. Pela abolição do sistema penal. *In*: PASSETTI, Edson (org.). **Curso Livre de Abolicionismo Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 69-107.
- LAZZARATO, Mauricio. **O governo do homem endividado**. São Paulo: n-1 Edições, 2017.
- LEWIS, Abram J. “Wer are certain of our own insanity”: antipsychiatry and gay liberation movement. **Journal of History of Sexuality**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 83-113, 2016.
- LIMA BARRETO, A. H. **Diário do Hospício: o cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.
- LOECK, Jardel Ficher. **A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS**. 2014. 285p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- MALUF, Sônia Weidner. Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação. **Revista Campos**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 131-158, 2013.
- MARRAS, Stelio. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. *In*: LABATE, Beatriz *et al.* **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- MBEMBE, Achille. **Políticas da Inimizade**. São Paulo: n-1 Edições, 2021.
- MCKINON, Susan. **Genética neoliberal – uma crítica antropológica da psicologia evolucionista**. São Paulo: UBU, 2021.
- MOL, Annemarie. **The logic of care: health and problem of patient choice**. Inglaterra: Taylor & Francis, 2008.
- MORAES, Alana. **Experimentações Baldias e Paixões de Retomada: vida e luta na cidade acampamento**. 2020. 440p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

- PERLONGHER, Nestor. **Antropologia das sociedades complexas: identidade e territorialidade**, ou, como estava vestida Margaret Mead. Transcrição de palestra de 1984. IFCH Unicamp. 1984. Disponível em: http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/22/rbcs22_08.pdf. Acesso em: 3 out. 2022.
- PERLONGHER, Nestor. **Territórios Marginais – Papéis avulsos**. Rio de Janeiro: Ciec UFRJ, 1989.
- PETUCO, Dênis. **Pomo da discórdia: a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil**. 2016. 460p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.
- PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- POLICARPO, Frederico. Local onde os múltiplos discursos sobre drogas se encontram: fazendo pesquisa num centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS/AD). In: LABATE, Beatriz *et al.* (org.). **Drogas, Políticas Públicas e Consumidores**. Campinas: Mercado de Letras, 2016. p. 287-314.
- POVINELLI, Elizabeth. A. The child in the broom closet: states of killing and letting die. **South Atlantic Quarterly**, [s.l.], v. 107, n. 3, p. 509-530, 2008.
- RODRIGUES, Thiago. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC, 2004.
- ROSA, Pablo. **Drogas e Biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. 2012. 373p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2012.
- RUSSEL, Gerald. Obituary. **Psychiatric Bulletin**, Cambridge, v. 20, p. 632-637, 1996.
- RUSO, Jane; HENING, Marta. O sujeito da “psiquiatria biológica” e a concepção moderna de pessoa. **Revista Antropolítica**, Niterói, v. 1, n. 6, p. 39-55, 1999.
- RUSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, Vladimir; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 17-46.
- SCHULTZ, Theodore. **O Capital Humano: investimentos em educação e pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- SHAPIN, Steven. **Scientific Revolution**. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
- STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.
- TARELOW, Gustavo Querodia. **Antonio Carlos Pacheco e Silva: psiquiatria e política em uma trajetória singular (1898-1988)**. 2018. 383p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”**. 2001. 623p. Tese (Doutorado em Sociologia E Política) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas Canibais**. São Paulo: Cosac Naify; n-1 Edições, 2015.
- WILKE; Helena; AUGUSTO, Acacio. Racionalidade neoliberal e governança: embates entre *democracia securitária* e anarquia. In: RAGO, Margareth; PELEGRINI, Maurício (org.). **Neoliberalismo, Feminismos e Contracondutas – perspectivas foucaultianas**. São Paulo: Intermeios, 2019. p. 225-245.

WILSON, Wander. **a repetição da construção da interioridade do sujeito em ambulatórios didáticos**: uma etnografia por meio da circulação entre hábitos, adicções, dependências e prazeres com drogas e/ou substâncias. 2019. 303p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais com área de concentração em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

Wander Wilson

Doutor em Ciências Sociais (área de concentração em Antropologia) pela PUC-SP. Trabalha como acolhedor e redutor de danos no Programa de Orientação e Atendimento ao Dependente (PROAD – UNIFESP), onde também atua na formação de estagiários e ministra semestralmente o curso livre Antropologia Histórica das Drogas.

Endereço profissional: PROAD, Rua Maj. Maragliano, n. 241, Vila Mariana, São Paulo, SP. CEP: 04017-03.

E-mail: wanderwi@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0402-4320>

Como referenciar este artigo:

WILSON, Wander. Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura “Eu”. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85668, p. 134-158, janeiro de 2023.