

# Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo

*João Biehl*  
*Princeton University*

*Fotografias de Torben Eskerod*

RESUMO: Neste artigo, discuto a “farmaceuticalização” da saúde mental no Brasil e registro os efeitos coletáveis sociais e subjetivos que resultam do uso de novas tecnologias médicas em contextos urbanos de baixa renda. Analiso como uma mulher jovem e abandonada chamada Catarina reflete sobre os psicofármacos – a constelação de drogas para a qual foi levada – e como busca encontrar, sobretudo através da escrita, uma alternativa para o experimento mortal no qual literalmente se transformou. Ela afirma que sua “ex-família” a vê como um tratamento médico que não deu certo. A família depende desta explicação para se desculpar por tê-la abandonado. Em seus próprios termos: “Querer meu corpo como um remédio, meu corpo.” A vida de Catarina, portanto, conta uma história mais ampla sobre a mudança de um sistema de valores e o destino dos laços sociais no atual modo de subjetivação dominante a serviço do capitalismo e da ciência global. Mas a linguagem e o desejo permanecem e Catarina integra sua experiência com as drogas numa nova percepção de si e em seu trabalho literário. Sua “literatura menor” sustenta uma ética etnográfica e nos dá um sentido de devir que os modelos dominantes de saúde considerariam impossíveis.

PALAVRAS-CHAVE: ciência médica e capitalismo, subjetividade e sublimação, teoria etnográfica.

## Corpo Humano?

“No meu pensamento, eu vejo que as pessoas esqueceram de mim.” Incapacitada numa cadeira de rodas e às margens das experiências dos outros, Catarina Inês Gomes Moraes passava o seu tempo juntando palavras dentro do Vita, um asilo na cidade de Porto Alegre. Como muitos outros, Catarina tinha sido deixada lá para morrer. Eu a conheci em março de 1997 e a vi de novo quando retornei ao Vita em janeiro de 2000. Essa mulher de trinta e poucos anos tinha um olhar penetrante e a fala um pouco enrolada. Apesar de suas funções externas estarem quase mortas, Catarina mantinha uma vida intrincada em seu interior. Incessantemente, ela escrevia o que chamava de “o meu dicionário”.



Foto 1 – Catarina

“As letras neste caderno dão voltas e retornam. Este é o meu mundo afinal”, ela me disse. O dicionário era um mar de palavras, com referências a todo tipo de doença, lugares e papéis sociais que ela já não habitava, e pessoas que um dia havia conhecido e com quem ela havia convivido. “Documentos, realidade, cansaço, verdade, saliva, voraz, consumidor, poupança, economia, Catarina, espírito, pílulas, casamento, câncer, Igreja Católica, a divisão de corpos, a divisão da herança, as crianças do casal.” As suas palavras, aparentemente dissociadas, eram, de certo modo, uma extensão da figura abjeta que Catarina havia se tornado na vida doméstica, na medicina e no país. “Arquivos médicos”, ela escreveu, “pronta para ir para o céu”.

“Coisas sem justiça.”

“Dólares, Real, o Brasil está falido, eu não sou culpada, sem futuro.”

“Corpo humano?”

A photograph of a handwritten medical dictionary on lined paper. The entries are written in black ink and include:

- PARALITIA.
- PARAZITA.
- PARALIZIA.
- IS PASM. PARANOITICA
- REUMATICA. KEUMATICA
- KEUMATKOZI,
- IS PASMA e e KEKAL
- PORTUGUES INGLIS FRANE
- PARTE DA PNEUMONIA
- BRONQUITIS
- BRONCO PNEUMONIA
- RECÍDIA DE PARCO
- RESPIRADO CRONICO INSULAR
- MAI DE PARCO
- YAKIZES
- AMNEZIA
- AMNEZIA

Foto 2 – Dicionário

Neste artigo, procuro traçar os caminhos que Catarina percorreu para chegar ao Vita, seu destino final. “Uma sentença sem remédio”, como ela escreveu no dicionário. Acompanhar a trajetória de uma única pessoa nos ajuda a capturar a lógica das infra-estruturas cotidianas que fazem com que certas vidas ganhem forma e outras sejam impossibilitadas. Também nos ajuda a iluminar a agência humana em contextos de crise nos quais o quadro clínico e a realidade político-econômica se confundem, bem como a apreciar este estranho processo subjetivo que faz com que o abandonado, apesar de tudo, continue antecipando uma outra chance de vida. Nas suas palavras: “Com A eu escrevo Amor, com L eu escrevo Lembrança.” “O Amor é a ilusão do abandonado.”



Foto 3 – Catarina

Estas são algumas das coisas que Catarina me contou durante nossas primeiras conversas. “Talvez a minha família lembra de mim, mas eles não sentem falta.” “Meu ex-marido me mandou para o hospital psiquiátrico.” “Eu sou alérgica a médicos. Eles querem ser sabidos, mas não sabem o que é sofrimento.” “Os médicos prescrevem e prescrevem, mas eles não te tocam ali onde dói.” “Minha cunhada foi ao posto médico buscar o remédio para mim.” “Porque só eu tenho que ser medicada?” “Meus irmãos querem ver produção, progresso. Eles me deixaram no Vita.” “Eles dizem que é melhor aqui para que não fiquemos sós, em casa, na solidão... que tem mais gente igual a nós aqui. E todos nós juntos, nós formamos uma sociedade, uma sociedade de corpos.”

Catarina parecia conectar a sua condição e abandono à disseminação e ao uso desregulado de drogas psiquiátricas entre as populações urbanas pobres. Dados do Datasus sobre os serviços de saúde mental entre 1995 e 2005 revelam que, de fato, a reforma psiquiátrica no país foi acompanhada por uma redução significativa de recursos destinados à atenção médica (Andreoli et al., 2007). Em 1995, por exemplo, as internações psiquiátricas representavam 95,5% do total de gastos com saúde mental, passando para 49,3% em 2005. No mesmo período, houve um aumento significativo nas despesas com serviços comunitários e medicação. A distribuição de psicotrópicos cresceu de 0,1% em 1995 para 15,5% em 2005. 75% dos gastos com medicamentos neste período foram com novas drogas antipsicóticas. É importante ressaltar que, nesses dez anos, o crescimento na alocação de recursos para medicação foi acompanhado por um decréscimo no número de psiquiatras contratados e que, no geral, as despesas com saúde mental diminuíram 26,7%. Ao longo do trabalho de campo com Catarina, comecei a me perguntar acerca das comunidades antropológicas e das maneiras de pensar e de viver que emergiram na onda dessa ‘farmacologização’ da saúde mental a serviço de uma forma difusa de governança e expansão de mercado (Biehl, 2005).

Dentro do Vita, o ser humano é abandonado a si próprio. Ninguém responderá e nada fará o futuro abrir-se. Ausência é o que há de mais concreto e urgente no Vita. O verbo matar estava sendo conjugado, Catarina sabia: “Morta viva, morta por fora, viva por dentro.” Que tipo de subjetividade é possível quando não se é mais marcado pela dinâmica do reconhecimento e pela temporalidade? Quais são os limites do pensamento humano que Catarina continuava expandindo?

Escrever, pensava eu, ajudava Catarina a trazer à tona o melhor de si mesma e tornar suportável tudo o que passou e passa. “Das letras eu formo palavras, das palavras formo frases, e das frases eu formo uma história.” Perguntei por que ela chamava seu caderno de dicionário, e ela respondeu: “Porque não requer nada de mim, nada. Se fosse matemática, eu teria de encontrar uma solução, uma resposta. Aqui tudo é uma coisa só, do começo ao fim... Eu escrevo e leio.”

## **Deleuze e a etnografia de uma vida**

A linguagem labiríntica de Catarina exigia um escutar intensivo, um leitor e uma leitura aberta. Desde o começo, pensava em Catarina não em termos de doença mental, mas como uma pessoa abandonada que, contra todos os empecilhos e probabilidades, reivindicava uma experiência ao seu próprio modo. Catarina sabia o que fazia dela um vazio na esfera social – “Eu sou assim por causa da vida” – e ela organizava este saber para si mesma e para o antropólogo, assim trazendo o público para dentro do Vita. “Eu te dou o que está faltando.” “João Biehl, Realidade, CATKINE.”

Catarina criou uma letra nova, que se parecia com um “K”, e um novo nome para si mesma. Ela explicou, “K é aberto nos dois lados. Se eu não abrisse a letra, minha cabeça explodiria.” Sua narrativa e seus

desejos requeriam formas analíticas capazes de abordar a singularidade da pessoa que, afinal de contas, não é completamente subjugada pelo registro clínico e pela trama das instituições e grupos. Decidi ouvi-la e lê-la num registro crítico e literário. Catarina insistia que seu abandono tinha uma história e uma lógica sobre as quais ela não tinha autoridade simbólica. Para mim, a fala e a escrita da Catarina condensavam o que o seu mundo havia se tornado – um mundo desorganizado, confuso, cheio de novas verdades e de nós que ela não conseguia desfazer, ainda que desesperadamente quisesse entender o que se passava, pois “se a gente não entender, a doença no corpo piora”. O trabalho empírico e longitudinal com uma única pessoa tem o potencial de revelar não apenas as nuances que informam a formação de famílias, comunidades e seus sistemas de valores, mas também o modo como estes encontram-se imbricados em processos macroestruturais. Contudo, havia sempre algo na maneira como Catarina movia as coisas de um registro ao outro – vida passada, Vita e desejo – que escapava à minha compreensão. Este movimento era a sua própria linguagem do abandono e ela me forçava a manter o trabalho conceitual em suspenso e, igualmente, em aberto.

Segundo Catarina, sua “ex-família” pensava que ela era resultado de um tratamento médico fracassado. A família usava esta explicação para desculpar-se pelo seu abandono. Nas suas palavras: “Querer meu corpo como remédio, meu corpo.” Nesse sentido, a vida de Catarina e suas reflexões no Vita contam uma história mais ampla sobre o destino dos laços sociais neste momento do biocapitalismo e os limites da imaginação humana que marcam o modo dominante de subjetivação (Fischer, 2003; Biehl, 2007; Petryna, 2002; Dumit, 2004; Rajan, 2006; Martin, 2007; Edmonds, 2007). Catarina sugere que, hoje em dia, podemos nos tornar uma coisa médico-científica e um *ex-humano* de forma bastante conveniente para os outros. Na interface do discurso do capitalismo e do discurso da ciência, somos um novo tipo de proletariado: psicobio-

logias hiperindividualizadas, fadadas a consumir diagnósticos e tratamentos, lutando por um rápido sucesso econômico sob constante risco de autoconsumo e falta de empatia com os outros (Lacan, 1972, 1989; Zizek, 2006). Mas Catarina lutava contra as desconexões que as drogas psiquiátricas introduziram na sua vida – entre o corpo e o espírito, entre ela e as pessoas que conhecia e no senso comum – e aderira a seus desejos (Geertz, 2000). Ela furungava as muitas camadas de (mau) tratamento que agora compunham o seu corpo, sabendo muito bem que “meu desejo não tem mais valia”.

Catarina escreve para sublimar não somente seus próprios desejos de reconexão com as pessoas e o mundo, mas também as forças sociais – familiares, médico-científicas, econômicas – alinhadas com a sua desvalia. Ao integrar a experiência farmacológica na sua nova auto-percepção – a droga psiquiátrica Akineton é literalmente parte de CATKINE, o novo nome que Catarina se dá no dicionário – ela continua procurando camaradagem e uma nova chance de vida.

No decorrer do artigo, interrogo a capacidade criativa de Catarina à luz de algumas idéias desenvolvidas por Gilles Deleuze sobre literatura das minorias e saúde – “uma saúde delicada e incompleta que nasce de esforços de extrair chances de vida de coisas por demais grandes, fortes e sufocantes”. Tais esforços dão ao abandonado “os devires que o modelo de saúde dominante diz ser impossível” (Deleuze, 1997, p. 3). Penso que Deleuze pode nos oferecer elementos para uma leitura crítica ou um suplemento às aplicações de Michel Foucault e a sua teoria no biopoder vigentes em muitos setores da antropologia hoje (Rabinow, 1999; Ong & Collier, 2005; Tsing, 2005).

Deleuze não tinha a mesma confiança que Foucault quanto à eficácia e ao caráter normatizador do poder, tendo explicitado sua posição num artigo de 1976, intitulado “Desejo e Prazer”, no qual resenhou o então recém-publicado *A história da sexualidade* (1980). Nesse livro,



Foucault abriu uma nova etapa nova no que diz respeito ao seu trabalho anterior, *Vigiar e punir* (1979): agora os arranjos do poder já não estavam normatizando simplesmente; eram constitutivos (da sexualidade). Mas “eu enfatizo a primazia do desejo sobre o poder”, escreveu Deleuze. “O desejo vem primeiro e parece ser o elemento de uma microanálise” (Deleuze, 2006, p. 126).

Atento às pré-condições históricas coletivas e aos esforços singulares de vir a ser, Deleuze afirmava perseguir “linhas de fuga.” Para ele, “todas as organizações, todos os sistemas que Michel chama de biopoder, reterritorializam de fato o corpo” (*ibidem*, p. 131). Mas um campo social, primeiramente e acima de tudo, “vaza de todos os lados” (*ibidem*, p. 127). Em meados dos anos 80, numa entrevista a Paul Rabinow, Deleuze enfatizou mais uma vez que ele e Foucault não tinham a mesma concepção de sociedade. “Para mim,” ele disse, “sociedade é algo que está escapando constantemente em todas direções... Flui monetariamente, flui ideologicamente. É feita realmente de linhas do fuga. De modo que o problema para uma sociedade é como parar de fluir. Para mim, os poderes vêm mais tarde.” (*ibidem*, p. 280). “O desejo é uma parte integral de um conjunto determinado, uma co-função” (*ibidem*, p. 126).

A ênfase de Deleuze no desejo e no modo humilde, marginal e “minoritário” com que ele abre frestas em campos institucionais e sociais rígidos e/ou reificados, as quais se tornam o motor de um devir, distingue-o de Foucault e de Freud. Segundo Deleuze, Freud e seus discípulos postulam uma filosofia de profundidades, de memórias e memorizações, de um passado a ser escavado à procura de algo central que definiria a verdade do sujeito ou, então, a sua procura pela verdade, e que estaria encapsulado em dinâmicas edípicas da infância. Deleuze elabora uma concepção cartográfica do inconsciente. “De um mapa ao outro, não é uma questão de procurar por uma origem, mas sim de ava-

liar deslocamentos.” (Deleuze, 1997, p. 63). Cada mapa é uma redistribuição de impasses, de descobertas, de cercas e novos limites na terra. “Não é mais um inconsciente de comemoração, mas de mobilização” (*ibidem*). Diferenças à parte, Deleuze vê ressonâncias entre Freud e Foucault no apego de ambos ao método arqueológico. Cada um deles define o sujeito a partir de uma certa verticalidade, ou seja a partir de suas dependências e determinações – inconscientes traumas passados e complexos, de um lado, e categorias e normalização em regimes de saber e poder, de outro lado.

Para Deleuze, no entanto, o material da subjetividade está no próprio processo do devir, naqueles esforços individuais e coletivos de afrouxar e relativizar, na medida do possível, os marcadores e controles e violências estruturais, alcançando assim uma imanência, o poder do impessoal – *uma* vida – “que não é uma generalidade, mas uma singularidade no ponto o mais alto: um homem, uma mulher, uma besta, uma criança” (Deleuze, 1997, p. 3; 2001). Ou seja, podemos estudar a subjetividade como aquilo que excede e escapa, o que não pode ser fixado por uma norma ou numa forma. A subjetividade está entre formas dadas e a sua temporalidade é a do entrementes. Sintomas e lapsos não estão aí para serem somente interpretados. Trata-se de identificar as suas trajetórias e verificar se estas trajetórias também podem ser indicadores de um novo universo de referência que, potencializado, talvez possa adquirir consistência suficiente e força transformadora.

Ao enfatizar os potenciais criativos e antecipatórios do desejo (mesmo em contextos de enorme violência e escassez), as maneiras em que os campos sociais constantemente “escapam” e transformam (através ou a despeito de mecanismos de saber e poder), e a natureza plástica da subjetividade, Deleuze – talvez mais do que qualquer outro filósofo/teórico atualmente privilegiado por antropólogos – se empresta a inspirar esforços etnográficos abertos ao dinamismo da vida cotidiana e a

literalidade e singularidade do vir-a-ser. Ou seja, pesquisas etnográficas atentas a pessoas de carne e osso movimentam-se entre infra-estruturas concretas e em tempo real, registrando as particularidades de cada situação. Indo além de pressupostos universalizadores, a etnografia pode trazer a público os cálculos e interações por meio dos quais as possibilidades da vida são limitadas, além de iluminar rumos alternativos abertos por novos desejos.

Ao justapor Deleuze e Catarina, quero reafirmar a força conceitual da etnografia e ir além do pessimismo de George Marcus que, num artigo recente, argumenta que a antropologia anda “suspensa” e que “não há idéias novas e nada no horizonte” (Marcus, 2008, p. 3). Catarina é tanto uma figura social quanto uma figura geradora de uma nova maneira de pensar agência humana em meio a emergentes configurações técnicas, políticas e médicas. Aprendendo a conhecer pessoas com cuidado e com uma “lanterna empírica” em mãos, temos a responsabilidade de pensar a vida não somente em termos de limites, mas também a partir das encruzilhadas onde a imaginação e a antecipação podem (por que não?) apontar para futuros possíveis ainda que improváveis – o mesmo vale para o fazer antropológico (Hirschman, 2001; Biehl, Good & Kleinman, 2007).

### *Vita*

Vita foi fundado em 1987 por Zé das Drogas, que havia sido um menino de rua e traficante de drogas. Depois de converter-se, Zé teve uma visão em que o Espírito Santo mandou-o abrir uma instituição onde pessoas como ele podiam encontrar Deus e regenerar-se. Zé e seus amigos da Assembléia de Deus ocuparam um terreno nos arredores de Porto Alegre, e lá fundaram um centro de reabilitação para viciados e alcoó-

latras. Logo, a missão de Vita se expandiu. Um número cada vez maior de pessoas – doentes mentais, deficientes físicos, pacientes com AIDS e pessoas que cometeram pequenos delitos, jovens e idosos – foram sendo abandonadas ali por parentes, vizinhos, hospitais e pela polícia. A equipe do Vita abriu então uma enfermaria onde os abandonados da vida social, como Catarina, esperavam *com* a morte.

Sem direitos, a maioria dos mais de duzentos pacientes da enfermaria não era cadastrada formalmente. Verifiquei ainda que estes “ex-humanos” não recebiam mais do que cuidados alimentares mínimos, sendo que a atenção médica restringia-se a sedativos. Lembro-me de um homem cujas larvas dos olhos foram retiradas pelos voluntários com uma mistura de Pinho Sol e Q-Boa. Ao etnógrafo caberia a tarefa de iluminar a realidade que transforma essas pessoas em ruínas.



Foto 4 – Vita

Cerca de cinquenta milhões de brasileiros vivem abaixo da linha de pobreza; vinte e cinco milhões são considerados indigentes. À primeira vista, Vita parecia ser um microcosmo dessa miséria. Mas não só. Uma parte de seus residentes vinham de famílias da classe trabalhadora e da classe média, eles mesmos tendo sido operários que sustentavam suas próprias famílias. Alguns haviam vivido em instituições públicas das quais foram jogados na rua ou transferidos diretamente para o Vita. Por meio de meu engajamento com profissionais de saúde pública e militantes de direitos humanos, aprendi que Vita, apesar de aparentar ser uma “terra de ninguém”, não era uma exceção, mas um “fato social total” (Mauss, 1979). Há mais de duzentas instituições como o Vita só em Porto Alegre. A maioria delas são eufemisticamente chamadas de “casas geriátricas” e operam clandestinamente. Essas instituições hospedam abandonados de todas as idades em troca da aposentadoria ou auxílio invalidez; um razoável número também recebe verbas do estado e de organizações filantrópicas. Zonas de abandono são de fato simbióticas com domicílios e serviços públicos em transição.

Quando vi Catarina pela primeira vez, ela estava pedalando uma velha bicicleta de exercícios e segurando uma boneca. Ela se destacava dos outros em Vita, simplesmente por estar em movimento, não parada. Ela acenou para que eu me aproximasse. Ela queria comunicar:

Eu tenho uma filha chamada Ana. Meu ex-marido a deu para o Urbano, o patrão dele. Estou aqui porque tenho problemas com minhas pernas. Para poder voltar pra casa, eu preciso ir para um hospital primeiro. É muito complicado para mim chegar num hospital, e se eu fosse, eu pioraria. Eu me exercito pra poder andar de novo. Eu consultei um médico particular, duas ou três vezes. Quando é necessário eles nos dão remédios aqui. A gente fica dependente. E aí muitas vezes, não se quer voltar pra casa. Mas não é

que a gente não queira... Nos meus pensamentos, eu vejo que as pessoas esqueceram de mim.

Mais tarde, perguntei aos voluntários se eles sabiam algo sobre a Catarina. Eles não sabiam nada sobre a vida dela fora do Vita, disseram que era “louca” e que estava “fora da casinha”. Com respeito à sua paralisia que piorava, “deve ter sido mal de parto”, diziam. Eu não havia planejado trabalhar especificamente com a Catarina, nem pretendia focar-me na antropologia baseado em uma única pessoa. Na altura do nosso segundo encontro, estava emocional e intelectualmente envolvido. E Catarina também. Ela disse que gostava de falar comigo e que gostava da maneira como eu fazia perguntas. Eu estava fascinado com as suas idéias e com a proliferação de sua escrita.

Divórcio, dicionário, disciplina, diagnóstico, casamento grátis, casamento pago, operação, realidade, fazer injeção, pegar espasmo, no corpo, espasmo cerebral.

Suas palavras não me pareciam vir de um outro mundo. Pelo contrário, carregavam a força da literalidade. Ademais, o grau de imprecisão ou inabilidade de articulação do seu pensamento não dependia dela somente – nós os voluntários e o antropólogo não tínhamos meios de entender e avaliar isso.

Toda vez que eu voltava para o Vita, mais residentes diziam que queriam contar “a minha vida”. Fiquei pasmo com a condensação e semelhança dos relatos. Quase todos mencionavam terem sido banidos da vida em família, falavam do rompimento de relações, bem como da perigosa e agora quase impossível volta para casa. Não eram narrativas visando a busca de um significado último do tipo *por que isto tinha que*

*acontecer justo comigo ou por que agora?* Como pude ouvir e constatar ao longo do tempo, os relatos dos chamados “loucos” do Vita não estavam sempre em fluxo. Pelo contrário, fiquei impressionado pela constância, contextualização e veracidade dos relatos (como constatei ao seguir passo a passo o de Catarina) apesar de os voluntários dizerem que tais relatos não faziam sentido.

Ao invés de entender estes relatos como prova de que os abandonados “se retiram do mundo” (Desjarlais, 1994), comecei a vê-los como restos da verdade – chamemo-los de *códigos de vida* – por meio dos quais a pessoa abandonada tenta se agarrar ao real (Das, 1997; Kleinman, 2006). À medida que os ouvia, sentia-me desafiado a tratá-los como evidência da realidade da qual os abandonados são expulsos e quase nunca voltam a povoar. Como estes fragmentos são uma forma de articulação de uma ex-humanidade vivida, eles também funcionam como fonte e meio pelo qual eles articulam suas experiências passada e presente. Esses relatos são espaços em que seus destinos são repensados e seus desejos ganham uma nova moldura (Jenkins & Barrett, 2003). Como então ampliar as possibilidades de inteligibilidade social a que Catarina e seus vizinhos de abandono tinham sido deixados para resolver sozinhos? Como reconstruir o mundo das suas palavras?

De 2000 a 2003, fiz várias viagens ao Sul para trabalhar com Catarina, às vezes por semanas, e às vezes por meses. Estudei cada um dos 21 volumes do dicionário que ela estava compondo e discuti as palavras e as associações com ela. Aceitar as palavras de Catarina “*at face value*”, ou “pelo seu valor de face”, fez-me passar por uma jornada semelhante à de um detetive. Com o consentimento dela, coletei registros de hospitais psiquiátricos e postos de saúde pelos quais ela passou. Também consegui localizar membros da família – os irmãos, o ex-marido e os filhos, os sogros e cunhados – num bairro operário de Novo Ham-

burgo. Tudo o que ela me contou sobre a família e os caminhos médicos que a levaram ao Vita estavam de acordo com as informações que encontrei nos arquivos e no campo – um campo que não está dado, mas que se faz com retorno e diligência.



Foto 5 – Lurdes, Iraci, Catarina e João

Se tivesse me contentado com os relatos da própria Catarina no Vita, todas as tensões e associações existentes entre a família, os médicos e as instituições públicas que deram forma à sua vida teriam permanecido invisíveis. O que aconteceu com Catarina não foi simplesmente ter caído entre as frestas destes vários sistemas domiciliares e públicos. Seu abandono foi dramatizado e executado na justaposição de diversos contextos sociais. Seguir cada passo do enredo de sua vida ajudou a delinear



este poderoso espaço etnográfico não institucionalizado, em que famílias se livram dos membros indesejados. A tessitura dessa atividade doméstica de avaliar e decidir quais vidas merecem continuar e quais não, permanece ainda sem grande investigação, não somente no dia-a-dia, como também na literatura sobre as transformações econômicas, governamentais e civis em contextos de desigualdade e democratização tais como o brasileiro (Caldeira, 2000).

No que segue, gostaria de dar uma idéia do que descobri neste trabalho reconstrutivo, particularmente, com respeito à realidade da doença mental e à retranscrição farmacêutica de laços familiares e subjetividades migrantes. No decorrer deste relato, a vida de Catarina conta uma história mais abrangente sobre a antropologia das gerações e da reciprocidade, bem como os modos pelos quais processos sociais, médicos e econômicos afetam a moralidade e o ciclo de vida nos espaços urbanos contemporâneos.

## **Desmembramento**

Catarina nasceu em 1966, e cresceu muito pobre na região oeste do Rio Grande do Sul. Na quarta série, foi tirada da escola. O pai abandonou a família e ela tinha que cuidar da casa enquanto os irmãos menores ajudavam a mãe na roça. Em meados dos anos 80, dois de seus irmãos migraram e encontraram trabalho na indústria calçadista. Aos dezoito anos, Catarina casou-se com Nilson Moraes e, um ano mais tarde, seu filho Anderson nasceu.

“Quando o Nilson trouxe a foto dela para nós vermos”, disse Sirlei, “ela era muito bonita.” Eu disse, “Mãe e pai, vejam que moça linda o mano arrumou pra si.” Não a pessoa, mas a aparição dela foi o que primeiro lhes veio à mente quando me apresentei aos cunhados de Catarina.



Foto 6 – Catarina, aos 17 anos, com seu futuro marido

Sirlei foi inflexível ao afirmar que a paralisia de hoje não podia ser detectada no passado: “Naquela época ela era uma pessoa perfeita como nós, ela ajudava com tudo.” Não mais estando naquela imagem da família, ela é passado. Catarina agora era associada a um corpo se desmembrando: “A mãe dela *também* perdeu as pernas e as mãos.”

Depois os irmãos de Catarina disseram que eles também começaram a ter problemas para caminhar, mas não sabiam o que era essa doença: “É um mistério.” Nas palavras de Armando, “Quando éramos crianças, *Catarina era normal.*” A esposa dele reiterou a aparência de Catarina: “*Ela era bem normal.* Eu me lembro das fotos do casamento.” Eu então

me perguntava acerca dessa gradação de normalidade e também acerca dos fatos e interesses que determinavam a aplicação desta categoria a outros membros da família.



Foto 7 – Festa de casamento

Em todo caso, negócios obscuros, além de várias colheitas ruins e dívidas com vendedores locais, forçaram o jovem casal a vender a terra que tinham herdado por terem cuidado da mãe doente. E em meados dos anos 80, Nilson e Catarina decidiram juntar-se aos irmãos nas fábricas de sapato. Novo Hamburgo havia se tornado uma espécie de Eldorado, atraindo muita gente em busca de mobilidade social. Estatísticas mostram que, no final dos anos 80, a cidade gozava de uma das rendas per capita mais elevadas do Estado, mas também que mais de um quarto da crescente população vivia em favelas e ocupações de terra. Esta situação piorou nos anos 90, quando a região entrou num período

de declínio econômico agudo, principalmente porque o país não articulou uma política de exportação mais lucrativa e por causa da competição com a China no mercado global de calçados.

Catarina me disse que gostava de trabalhar na fábrica. “Eu tinha minha carteira de trabalho e ganhava meu dinheirinho.” O marido encontrou trabalho como vigia na prefeitura. E, logo a seguir, veio a segunda criança, Alessandra. Catarina também tomava conta da mãe adoentada, que tinha ido morar com eles. Para complicar as coisas ainda mais, Catarina começou a ter dificuldades para andar. “Eles demitiram ela da fábrica, porque ela começou a cair lá dentro”, relatou a cunhada. Justamente quando ela perde seu valor como trabalhadora, sua mãe falece. Ao mesmo tempo, ela descobre que Nilson estava tendo um caso com outra mulher.

Deprimida, Catarina saía, às vezes, a perambular pela cidade. Seu marido acionou os contatos que tinha na prefeitura e fez com que a polícia a procurasse: “Eles tiveram que algemá-la... e na sala de emergência lhe deram injeções e ela se acalmou”, ele me contou. Isso aconteceu algumas vezes e foi aí que Nilson decidiu interná-la em Porto Alegre. 1992 foi um ano turbulento. Catarina deu à luz prematuramente sua terceira criança, Ana. A maior parte das internações aconteceu entre 1992 e 1994, quando o casal já não vivia mais junto. “Eles lhe deram os melhores remédios”, disse Nilson. “Mas ela os jogava no vaso e puxava a descarga. Em casa, ela não continuava o tratamento. Ela não se ajudava.” Nilson agora trabalha numa fábrica de sapatos e tem uma nova família. Tal como os outros, ele conversou abertamente sobre Catarina. “Isso é coisa do passado”, disse ele. “Ela já nem está mais na minha cabeça.”

## Experimentalismo farmacológico

Nos hospitais Caridade e São Paulo, o diagnóstico dado a Catarina variava de “esquizofrenia” e “psicose pós-parto” a “anorexia” e “anemia”, passando ainda por “psicoses não determinadas” e “desordens de humor”. Ao traçar a passagem de Catarina por essas instituições, considere-a não como exceção, mas sim como uma entidade padronizada. A psiquiatria local, presa entre a política de desinstitucionalização, a escassez de verba pública e a proliferação de novas classificações e tratamentos, não conseguiu lidar com sua particularidade nem com sua condição social. Ou seja, ela foi submetida ao típico e duvidoso tratamento reservado aos pobres das cidades. Clínicos receitavam remédios no escuro, sem dar atenção à sua condição distinta. Como muitos outros pacientes, Catarina era considerada agressiva e, por isso mesmo, sedavam-na em demasia, de modo que a instituição continuava a funcionar sem fornecer tratamento adequado.

Embora o diagnóstico de Catarina tenha suavizado ao longo dos anos (de acordo com as tendências psiquiátricas), ela continuou sendo medicada com antipsicóticos pesados e vários tipos de drogas para tratar os efeitos colaterais neurológicos. Em várias ocasiões, as enfermeiras relataram hipotensão, um claro indicador de dose excessiva. Aqui o tratamento começa com uma superdosagem, sendo diminuída por tentativa e erro. À medida que lia os prontuários médicos, não conseguia separar os sintomas psiquiátricos tratados dos efeitos dos remédios, e ficava estupefato ao ver que os médicos não se preocupavam em diferenciar essas duas coisas no tratamento de Catarina.

Afirmar que isso seja fruto de uma má prática médica, como diz um psiquiatra local, é ignorar a qualidade produtiva de um experimentalismo médico e um automatismo não-regulados: neste contexto, a medicação se encarrega da maior parte do trabalho e os efeitos farmacológicos

tornam-se literalmente o corpo que está sendo tratado. Enquanto os médicos permaneciam fixados nas supostas alucinações da paciente, a etiologia de sua dificuldade em andar, relatadas pelas enfermeiras, continuava sendo medicamente ignorada. Os prontuários também a dificuldade para entrar em contato com seu marido e sua família. Deixavam números de telefone e endereços errados e, em várias ocasiões, deixaram Catarina no hospital após ter recebido alta.

O dicionário está repleto de referências a contrações musculares e à deficiência física. Às vezes, Catarina relaciona suas moléstias e a crescente paralisia a um marcador biológico, aludindo a um certo “tipo sanguíneo que levava à deficiência física” ou a um “cérebro fora do prazo de validade” e a um “crânio envelhecido” que “impedia a melhora”. Na maioria das vezes, no entanto, Catarina se refere à sua condição como sendo “reumatismo” e sugere que suas doenças são “*man made*” por assim dizer, ou seja, humanamente fabricadas. Segui o verbete “reumatismo” em seu dicionário, prestando atenção às palavras e expressões circundantes.

As pessoas pensam que têm o direito de meter as mãos nos fios e mexer nos nós. Reumatismo. Eles usam meu nome para o bem e para o mal. Eles usam meu nome por causa do reumatismo.

Uma leitura possível: o sintoma une os fios da vida. É um nó malfeito; é a matéria que torna possível o intercâmbio social. Ele dá ao corpo sua estatura e torna-se o conduto da moralidade. É a moléstia do corpo de Catarina, e não o nome dela, que se converte na mercadoria de troca dentro daquele mundo: “O que eu fui no passado não tem importância.” Em outro fragmento, ela escreve: “Espasmos agudos, espasmos secretos, mulher reumática, a palavra do reumático não tem valor.” Catarina sabe que existe uma racionalidade e uma burocracia ao redor do gerenciamento do sintoma: “Espasmos crônicos, reumatismo, têm

de ser carimbados, registrados.” Tudo isso acontece em um contexto democrático: “voto a voto”.

As drogas antipsicóticas Haldol (*Haloperidol*) e – a mais forte – Neozine (*Levomepromazine*) também aparecem no dicionário de Catarina:

A dança da ciência. A dor transmite a ciência doente, o estudo doente.  
Cérebro, doença. Buscopan, Haldol, Neozine, Espírito invocado.

As mercadorias da ciência psiquiátrica tornaram-se tão comuns como o Buscopan (que pode ser comprado na farmácia sem receita médica, para o alívio de cólicas estomacais) e tornaram-se parte do dia-a-dia domiciliar. Como mostra a experiência de Catarina, eles não só agem sobre sua doença como também sobre sua mente. Esses bens farmacêuticos – que às vezes funcionam como rituais – convertem-se em espíritos imaginários em vez de verdades materiais, concretas, que supostamente representam: mercadorias tornam-se então sujeitos. Há uma ciência de fazer dinheiro na moléstia de Catarina. Como transmissores desta ciência, seus sintomas são típicos. “Preciso mudar o meu sangue com um elixir. Os remédios da farmácia custam dinheiro. Viver é caro”, escreveu ela.

“A Catarina te contava o que acontecia no hospital?”, perguntei ao ex-marido.

“Não, ela não se lembrava.”

Para Nilson, Catarina não tinha memória. Pega pela polícia, examinada pelos psiquiatras e submetida a todo tipo de medicação antipsicótica, tendo ainda se tornado motivo de piada e deboche entre membros da família e da vizinhança, Catarina viu sua voz ser retirada da sintonia com a realidade da família – não havia mais interesse em dar sentido ao que ela dizia. Questionei-a sobre as vozes que dizia ouvir: “É verdade”, disse ela. “Eram gritos... eu estava sempre triste... eu pensava que as vozes vinham do cemitério, de todos aqueles corpos mortos.”

## Biologia e bioética local

Uma trama complexa havia desenvolvido. Depois de conversar com todas as partes, entendi que, dado certos sinais físicos, o marido da Catarina, os irmãos e suas respectivas famílias acreditavam que ela se tornaria uma inválida como sua mãe. Eles não tinham o menor interesse em participar daquele *script* genético. Seu corpo “defeituoso” tornou-se então uma espécie de campo de batalha, no qual decisões eram tomadas sobre a sua sanidade e, nas palavras da sogra, “se ela conseguia ou não agir como um ser humano”. Enquanto a situação de Catarina piorava, Nilson obteve de um juiz a separação legal – ela nunca assinou os papéis do divórcio. O ex-marido também passou a guarda da filha mais nova ao patrão, mas insiste em dizer que foi Catarina que “se livrou dela”. Nilson e os seus pais ficaram com as outras duas crianças.

No auge do desespero da Catarina, um cunhado forjou um acordo por meio do qual ele passava a morar na casa dela, e ela, no barraco dele na favela. Quanto aos seus irmãos, eles se sentiam desobrigados a cuidar de Catarina, não apenas porque ela fora “passada” para Nilson, mas também porque o casal havia “jogado fora” as terras da família. Esse era o tecido do pensamento moral da família, marcado por considerações econômicas e de gênero, e que ultrapassava o domínio dos laços sangüíneos.

Para a completa devastação de Catarina, no final de 1994, seu barraco pegou fogo e ela foi hospitalizada novamente. Dessa vez, um certo Dr. Viola escreveu: “Eu sou contra admissão. A paciente deve receber uma avaliação neurológica.” Mas segundo os arquivos médicos, ela foi internada de novo e tratada com antipsicóticos prescritos sem qualquer critério. Quando recebeu alta, vagou da casa de um parente para outro. Com o apoio de um psiquiatra particular, familiares e vizinhos experimentaram nela uma gama de drogas em dosagens variadas. Como disse



a mãe adotiva de sua filha Ana: “O doutor explicou como lidar com ela. Disse para a gente dar uma dose e, se não melhorasse, simplesmente ir dobrando as doses.”

“A gente tem quinhentas Catarinas aqui”, disse Simone Laux, diretora da clínica psicossocial de Novo Hamburgo, onde Catarina recebeu tratamento antes e ao longo das hospitalizações. “No fundo, a ética que a família implementa ao redor do sofrimento mental garante a sua própria existência física.” Catarina havia se transformado em “sucata” doméstica, que se montava e desmontava, que ganhava formas novas e se deformava, através de interações intrincadas. Ela era o valor negativo, o componente desnecessário de uma cultura urbana pobre de migrantes. Um de seus colegas concordou que “a família com frequência substitui o Estado que não se importa”. A família é então um Estado dentro do Estado. Nesse registro de morte social sancionada relacional e burocraticamente, o humano, o mental e o químico tornam-se cúmplices: seu entrelaçamento expressa um senso comum que autoriza que alguns vivam e outros não. Finalmente, em 1996, os irmãos, depois de ouvirem falar do Vita por intermédio de um pastor Pentecostal que sabia do lugar por causa de um programa de rádio, decidiram deixá-la ali.

Como falar no mal que foi feito e no bem que devemos fazer quando nos deparamos com a enfermidade em condições tão precárias? Para o irmão Armando e outros familiares, essa questão é abordada através de uma pergunta retórica – “É difícil, fazer o quê?” – para a qual a resposta sempre é a mesma: “Nada.” No final, Catarina é representada pela ex-família, sem vergonha e sem culpa, como um tratamento médico fracassado que, paradoxalmente, permite que todos continuem suas vidas naquele violento campo econômico e social.

Largada no Vita para morrer, Catarina escreve que o seu desejo perdera valor de troca humana:

Catarina chora e quer viver. Desejo. Chorado, molhado, rezado. Sentimento de lágrimas, medroso, diabólico, traído. Desejo não tem valor. Desejo é farmacêutico. Não é bom para o circo.

## **A ciência social da mutação**

Consegui que os geneticistas do Hospital das Clínicas, um dos melhores do país, atendessem Catarina. Quatorze anos depois de entrar no enlouquecedor mundo psiquiátrico, exames moleculares revelaram que ela sofria da doença genética de Machado-Joseph, uma forma de ataxia espino-cerebelar (Jardim et al., 2001). Fiquei extremamente feliz em ouvir os geneticistas dizendo que Catarina “tinha consciência da sua condição, passada e presente, e que não apresentava nenhuma patologia”. Segundo Dra. Laura Jardim, “não há doença mental, nem psicose, nem demência conectada a essa desordem genética. Em Machado-Joseph a inteligência do indivíduo se mantém clara e cristalina.” Obviamente, biopsiquiatras poderiam argumentar que Catarina pode ter tido dois processos biológicos concomitantes, mas para mim a descoberta de Machado-Joseph foi um marco em sua desqualificação como louca e esclareceu a evolução da sua condição.

Enquanto revisava os históricos de cem famílias sob o cuidado da equipe da Dra. Jardim, descobri que era comum maridos abandonarem mulheres com a doença, como havia acontecido com a Catarina, sua mãe, a tia mais jovem e uma prima. Estratégias econômicas e reprodutivas, bem como exclusões relacionais, são articuladas ao redor das portadoras visíveis da referida doença. Estas práticas de gênero afetam diretamente o modo como as portadoras vivem e morrem.

Também aprendi que, uma vez diagnosticados, pacientes de Machado-Joseph sobrevivem em média de quinze a vinte anos, morrendo, na

maioria dos casos, de pneumonia, presos a cadeiras de rodas ou restritos ao leito. Os cientistas conseguiram estabelecer que quanto mais séria a mutação genética, mais rapidamente a doença começa a aparecer. Em 60% dos casos, a gravidade da mutação genética explica a idade de início da doença. Mas em 40% dos casos, disse Dra. Jardim, “há fatores desconhecidos que tanto postergam ou antecipam o início da doença”. “Entre irmãos,” continuou ela, “a idade em que a doença surge é mais ou menos a mesma.” Como então explicar o fato de que, no caso de Catarina, a doença tenha aparecido ao redor dos vinte anos, ao passo que, no caso de Armando, os primeiros indícios só apareceram perto dos trinta?

Os vários processos relacionais e médicos em que a biologia de Catarina estava inserida – e por meio dos quais “experimentavam” com ela – apontam para estes 40% ainda não conhecidos. Arrisquei dizer isso à Dra. Jardim, referindo-me à ciência social da mutação genética. Sua resposta foi: “No pico do sofrimento dela, eles a estavam desmembrando... esta carne morrendo foi só o que restou.”

No seu pensar e escrever, Catarina retrabalha essa literalidade. “Eu não sou uma farmacêutica”, ela disse certa vez. “Eu não sei que medicação cura uma doença, eu não sei dizer o nome do fármaco, mas o nome da doença eu sei... Como dizê-la?” Silêncio. Ela então continuou: “Minha é uma doença do tempo.” Perguntei então o que ela queria dizer com isso, e ouvi como resposta: “O tempo não tem cura.”

### **Sublimação: literatura e saúde**

Todos estes materiais, experiências e idéias encontraram um caminho em meu livro *Vita: a vida numa zona de abandono social* (Biehl, 2005). Entre outras coisas, mostro ali que as doenças rompem relações íntimas

com uma força mortífera, e que cada vez mais a família é uma espécie de agente médico do Estado, uma vez que ela faz a triagem dos cuidados e do tratamento. A distribuição gratuita de medicamentos (que inclui psicotrópicos) é, de fato, um componente importante das iniciativas que visam um sistema universal de saúde mais eficiente e econômico. Mas é também o vetor de uma crescente farmacolização da saúde pública em detrimento de outras iniciativas preventivas e de infra-estrutura. Produtos farmacêuticos tornaram-se uma ferramenta fundamental nas deliberações sobre quem vive e a que custo vive.

Ao se engajar com esses novos regimes de saúde pública e ao alocar seus já esticados e escassos recursos, famílias aprendem a agir como “*proxy-psychiatrists*”, ou psiquiatras de fundo de quintal, podendo se livrar de seus membros improdutivos e indesejados, às vezes sem sanção, baseados no fato de que tais indivíduos não se submetem aos regimes de tratamento. Psicotrópicos mediam o abandono, tanto pelo valor de verdade científica que conferem ao que está acontecendo, como também pelas alterações químicas que ocasionam. Essas drogas, que acabam funcionando como tecnologias morais, na realidade fazem com que as perdas de laços sociais sejam irreversíveis. A intratabilidade e a impossibilidade de certas formas de vida humana acontecem em paralelo com exploração de mercado, dominação por gênero, novos padrões de consumo e um Estado administrado no que podemos chamar de estilo gerencial, cada vez mais distante do povo que ele governa.

Não quero dizer que as desordens mentais são basicamente uma construção social, mas sim que elas ganham forma naquele nexos mais pessoal que liga o sujeito à sua biologia e à recodificação técnica e intersubjetiva do que vem a se constituir enquanto normalidade no mundo local. É nesse sentido que os representantes do senso comum e da razão estão imbricados nas desordens mentais, sendo sua responsabilidade dar conta desta imbricação no desdobramento das desordens.

Entre a vida e a morte, Catarina também residia nas margens luminosas da imaginação humana que ela expandia escrevendo. Explorando estas margens ao lado de uma realidade escondida que mata, nós achamos um caminho para dentro da condição humana contemporânea, o objeto da etnografia. Eu tive a sorte de conhecer Catarina antes de ler a obra do filósofo italiano Giorgio Agamben (1998). Baseado no trabalho de Michel Foucault sobre o biopoder, Agamben declara que o elemento original do poder soberano nas democracias ocidentais “não é simplesmente a vida natural, mas a vida exposta à morte” (Agamben, 1998, p. 25). Esta “vida desnuda” aparece em Agamben como um tipo de destino histórico-ontológico “algo pressuposto como não-relacional” (*ibidem*, p. 110). De certo modo, escrevi *Vita* contra a desumanização que acompanha este melancólico e, às vezes, comovente modo de pensar (Ranciere, 2004). Pois, *uma forma de vida humana que não vale a pena viver não é apenas matéria bruta. A linguagem e o desejo continuam*. Catarina lutava por conexão. Ao furungar nos labirintos da própria vida, ao tentar comunicar, recordar e escrever, ela preserva algo único, sobrevive ao intolerável e não se submete ao impossível. Catarina me ensinou a ter um pouco mais de respeito pela vida, a abrir mais espaço para a ambigüidade dos sujeitos políticos e a ter uma visão menos restritiva do futuro.

“Ninguém vai decifrar as palavras pra mim. Com a caneta, só eu posso fazer isso... com a tinta, eu decifro.” Quando pedi para Catarina explicar a diferença entre um dicionário e um livro, ela respondeu: “No livro, a história já está escrita; e no dicionário, eu a devo escrever, eu devo fazer a história. Você entende?” Ela sabe que não pode retramar a história de um livro. Mas no dicionário, ela consegue mudar os termos de definição, manipulando as palavras criativamente e redefinindo o seu próprio vocabulário.

“O objetivo último da literatura”, segundo Deleuze, “é libertar, no delírio, a criação de uma saúde ou a invenção de uma gente, isto, a pos-

sibilidade de vida.” (Deleuze, 1997, p. 4). A escrita é uma questão de devir “sempre incompleta, sempre em formação, e vai além das substâncias de qualquer experiência vivível ou vivida” (*ibidem*, p. 1). Deleuze pensa a linguagem como um sistema que pode ser incomodado, atacado e reconstruído – o portal em que limites de todo tipo são atravessados e a energia do delírio liberada. O delírio literário sugere visões alternativas de existência e um futuro que as definições clínicas do real tendem a estancar. Na sua forma clínica, a linguagem já adquiriu uma forma, argumenta Deleuze: “Não escrevemos com nossas neuroses. Neuroses e psicoses não são passagens de vida, mas estados nos quais caímos quando o processo é interrompido, bloqueado ou desligado. A doença não é um processo; ela pára o processo.” (*ibidem*, p. 3).

A literatura é radical, diz Deleuze. Ela não se apega a verdades e formas, e vai em direção a estágios intermediários que podem até ser virtuais. Escrever é inseparável do processo de vir-a-ser, repete Deleuze, e devir “tem sempre um elemento de fuga que escapa à sua própria formalização” (*ibidem*, p. 1). Devir não é, portanto, alcançar uma forma através de imitação, identificação ou *mimese*, mas encontrar uma “zona de proximidade” na qual não se pode mais ser distinguido de *uma* mulher, *um* homem ou *um* animal – “nem impreciso, nem geral, mas nunca dantes visto e sem existência prévia, singularizado para fora de uma população ao invés de determinado numa forma” (*ibidem*). É possível instituir tal zona de indiferenciação com qualquer coisa, mas para que isto aconteça, é preciso criar “os meios literários” (*ibidem*, p. 2).

Para Catarina, “A caneta entre os meus dedos é o meu trabalho. Eu estou condenada à morte.” Escrever como meio terapêutico: “Estar de bem com todos, mas principalmente com a caneta.” Para ela, a arte da recuperação não está em lutar contra a ciência – ao contrário, novas tecnologias tornam-se parte da sua autocriação, até o ponto que ela começa a incorporar o nome da droga psiquiátrica Akineton em seu próprio

nome, CATKINE, como mencionei anteriormente. No dicionário, ela constantemente põe este nome em relação aos dos outros que ela conhece em Vita, como Clóvis, Luís Carlos ou pessoas que ela conhecia no passado, como Valmir. O fármaco perde seu valor de veneno e a ajuda a ser alguém Outro que não a pessoa destinada à morte: “Morre morte, o remédio não é mais.”

A literalidade é a chave do trabalho literário de Catarina. O fato de que as suas necessidades, voz e desejos não mais faziam qualquer diferença real era o material dos seus escritos. Estigmatizada e tratada como louca e deixada como morta, ela reivindicava compreensão e desejo. Resignificava os sintomas que eram o seu mundo e mapeava os circuitos que a trouxeram ao Vita. Assim fazendo, representava a vida como potencialmente inesgotável e tornava-se médica de si mesma.



Foto 8 – Catarina

Porque Catkine?, perguntei.

“Eu serei chamada isso agora”, ela disse. “Pois eu não quero ser uma ferramenta para homens usarem, para eles cortarem. Uma ferramenta é inocente. Você cava, você corta, você faz o que quer com ela... Ela não sabe se dói ou não. Mas o homem que usa ela para cortar o outro sabe o que faz.” Ela continuou com as palavras mais fortes: “Não quero ser uma ferramenta. Porque Catarina não é nome de uma pessoa... verdadeiramente não. É o nome de uma ferramenta, de um objeto. A pessoa é um Outro. Katkine, Catieki são nomes de pessoas.” Através de uma contínua redefinição de si mesma – Catarina, Catakina, Catieki, Catkine, Catkina – ela é capaz de explorar novos modos de auto-avaliação e renovar seu senso de dignidade. A escrita é inseparável do devir e este processo envolve a invenção de uma outra pessoa: o leitor. “Eu escrevo pra que eu possa entender, mas é claro que eu vou ficar muito contente se vocês todos entenderem.”

Viagens reais e imaginárias compõem um conjunto de rotas entrelaçadas. “Eu sou uma mulher livre, para voar, mulher biônica, separada.” “Quando os homens me jogam no ar, já estou longe.” Estas trajetórias são inseparáveis de seus esforços de vir a ser. “Eu vou deixar a porta da gaiola aberta. Você pode voar onde quiser.” “Eu, quem sou onde vou, então sou quem sou.” “Seguir o desejo na solidão.” Catarina antecipava uma saída do Vita. Era tão difícil quanto importante manter esta antecipação: achar maneiras de apoiar a busca de Catarina por laços com pessoas, o mundo e sua demanda por continuidade, ou, pelo menos, esta possibilidade.



## Agradecimentos

Torben Eskerod gentilmente permitiu a publicação de fotografias da série “Vita”. Neste artigo, retrabalhei materiais etnográficos e idéias do meu livro *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment* (Biehl, 2005). Agradeço a Lilia M. Schwarcz, Vagner Gonçalves da Silva, Julio Simões e James N. Green pelo convite para participar do I Simpósio Internacional Diálogos Brasil - Estados Unidos na USP e aos participantes do Simpósio pelo engajamento crítico com este trabalho. Um agradecimento especial a Guita Debert.

## Bibliografia

- AGAMBEN, G.  
1998 *Homo Sacer: Sovereignty and Bare Life*, Stanford, Stanford University Press.
- ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. de J.  
2007 “Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 29(1): 43-46.
- BIEHL, J.  
2005 *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley, University of California Press.  
2007 *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*, Princeton, Princeton University Press.
- BIEHL, J; GOOD, B.; KLEINMAN, A. (orgs.)  
2007 *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, Berkeley, University of California Press.
- CALDEIRA, T.  
2000 *City of Walls: Crime, Segregation, and Citizenship in São Paulo*, Berkeley, University of California Press.

- COHEN, L.  
1998 *No Aging in India: Alzheimer's, the Bad Family and Other Modern Things*, Berkeley, University of California Press.
- DAS, V.  
1997 "Language and Body: Transactions in the Construction of Pain", in KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (orgs.), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press.
- DELEUZE, G.  
1997 *Essays: Critical and Clinical*, Minneapolis, University of Minnesota Press.  
2001 *Pure Immanence: Essays on a Life*, New York, Zone Books.  
2006 *Two Regimes of Madness: Texts and Interviews 1975-1995*, New York, Semiotext(e).
- DESJARLAIS, R.  
1994 "Struggling Along: The Possibilities for Experience Among the Homeless Mentally Ill", *American Anthropologist*, vol. 96 (4): 886-901.
- DUMIT, J.  
2004 *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, Princeton, Princeton University Press.
- EDMONDS, A.  
2007 "'The poor have the right to be beautiful': Cosmetic surgery in neoliberal Brazil", *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol. 13(2): 363-381.
- FISCHER, M.  
2003 *Emergent Forms of Life and the Anthropological Voice*, Durham, NC, Duke University Press.
- FOUCAULT, M.  
1979 *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, New York, Vintage Books.  
1980 *The History of Sexuality, vol. I: An Introduction*, New York, Vintage Books.

- GEERTZ, C.  
2000 "Common Sense as a Cultural System", in *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*, New York, Basic Books.
- HIRSCHMAN, A.  
2001 *Crossing Boundaries: Selected Writings*, New York, Zone Books.
- JARDIM, L. B.; PEREIRA, M. L.; SILVEIRA, I.; FERRO, A.; SEQUEIROS, J.; GIUGLIANI, R.  
2001 "Machado-Joseph Disease in South Brazil: Clinical and Molecular Characterizations of Kindreds", *Acta Neurologica Scandinavica*, vol. 104: 224-231.
- JENKINS, J. H.; BARRETT, R. J. (orgs.)  
2003 *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press.
- KLEINMAN, A.  
2006 *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*, New York, Oxford University Press.
- LACAN, J.  
1972 "Del Discurso Psicanalitico (Milan)", tradução não publicada.  
1989 "Science and Truth", *Newsletter of the Freudian Field*, vol. 3: 4-29.
- MARCUS, G.  
2008 "The End(s) of Ethnography: Social/Cultural Anthropology's Signature Form of Producing Knowledge in Transition", *Cultural Anthropology*, vol. 23(1): 1-14.
- MARTIN, E.  
2007 *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*, Princeton, Princeton University Press.
- MAUSS, M.  
1979 *Sociology and Psychology: Essays*, London, Routledge & Kegan Paul.

- ONG, A.; COLLIER, S. J. (orgs)  
2005 *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Malden, MA, Blackwell Publishing.
- PETRYNA, A.  
2002 *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*, Princeton: Princeton University Press.
- RABINOW, P.  
1999 *Antropologia da Razão*, Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- RANCIERE J.  
2004 “Who Is the Subject of the Rights of Man?”, *The South Atlantic Quarterly*, vol. 102(2/3): 297-310.
- RAJAN, K. S.  
2006 *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*, Durham, NC, Duke University Press.
- TSING, A. L.  
2005 *Friction: An Ethnography of Global Connections*, Princeton, Princeton University Press.
- WHYTE, S.; GEEST, J.; HARDON, A.  
2003 *Social Lives of Medicines*, Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- ZIZEK, S.  
2006 “Jacques Lacan’s Four Discourses”, <http://www.lacan.com/zizfour.htm>.

ABSTRACT: In this article, I discuss the “pharmaceuticalization” of mental health care in Brazil and chart the social and subjective side-effects that come with the encroachment of new medical technologies in urban poor settings. I focus on how an abandoned young woman named Catarina talks about psychopharmaceuticals – the drug constellations that she was brought into – and how she tries to find, mainly through writing, an alternative to the deadly experiment she literally became. Her “ex-family”, she claims, thinks of her as a failed medication regimen. The family was dependent on this explanation to excuse itself from her abandonment. In her words: “To want my body as a medication, my body.” Catarina’s life thus tells a larger story about shifting value systems and the fate of social bonds in today’s dominant mode of subjectification at the service of global science and capitalism. But language and desire continue and Catarina integrates her drug experience into a new self-perception and literary work. Her “minor literature” grounds an ethnographic ethics and gives us a sense of becoming that dominant health models would render impossible.

KEY-WORDS: Medical Science and Capitalism, Subjectivity and Sublimation, Ethnographic Theory.

Recebido em agosto de 2008. Aceito em dezembro de 2008.