

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE PSICOLOGIA

ROSSANA COSTA E SILVA

**“Normalidade” e “Anormalidade”: paradigmas e compreensões sobre
a saúde mental do ser humano na contemporaneidade.**

CAMPINA GRANDE-PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586n Silva, Rossana Costa e.

"Normalidade" ou "Anormalidade" [manuscrito] :
paradigmas e compreensões sobre a saúde mental do ser humano
na contemporaneidade / Rossana Costa e Silva. – 2013.
31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)
– Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2014.

“Orientação: Profa Dra. Carla de Sant\Ana Brandão Costa,
Departamento de Psicologia”.

1. Saúde mental. 2. Relações interpessoais. 3. Conduta
social. I. Título.

21. ed. CDD 616.89

ROSSANA COSTA E SILVA

“Normalidade” e “Anormalidade”: paradigmas e compreensões sobre a saúde mental do ser humano na contemporaneidade.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.



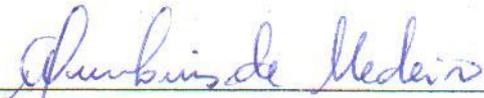
Prof.^a Dr.^a Carla de Sant'Ana Brandão Costa / UEPB

Orientadora



Prof. Ms Sérgio Murilo / UEPB

Examinador



Prof.^a Dr.^a Almira Lins Medeiros / UEPB

Examinadora

*O mundo "normal" nos atrai.
Enquanto atrai nos distrai.
E porque nos distrai nos trai.
Se nos deixamos trair, ele nos destrói.*

José Hermógenes

“Normalidade” e “Anormalidade”: paradigmas e compreensões sobre a saúde mental do ser humano na contemporaneidade.

SILVA, Rossana Costa e¹

RESUMO

O presente estudo decorre de uma pesquisa bibliográfica que tem como foco a reflexão e ressignificação dos conceitos dados à normalidade e à loucura na sociedade contemporânea. Assim, a discussão parte de um breve percurso pela história da saúde mental por meio do qual se buscou analisar o modo como se constituiu tais conceituações, bem como o entendimento quanto à relevância de tal reflexão para fins de compreensão acerca do que ou de quem é considerado diferente na sociedade atual. Então, o estudo perpassa pelo questionamento dos padrões sociais impostos, pela reflexão acerca dos indivíduos que são rotulados, excluídos e medicalizados por não seguirem a norma estabelecida. Assim, nos debruçamos sobre sobre posicionamentos e significados dados à normalidade e anormalidade, saúde e adoecimento, loucura e saúde mental antes de se chegar às compreensões atuais acerca do tema, para, em seguida, discutir e evidenciar as concepções emergentes acerca de quais são os paradigmas que ainda regem a conduta social do homem nos dias de hoje em meio às mudanças ocorridas no mundo contemporâneo. Além disso, o presente estudo pretende refletir sobre o uso indiscriminado de medicamentos em situações consideradas ‘anormais’, propondo, com isso, uma reflexão sobre tais condutas. Nesse sentido, este trabalho discute a lógica do que se denomina como patológico, aliado às suas manifestações, e a norma inflexível estabelecida pela sociedade como medida de normalidade. Afinal, nos dias atuais, o que é ser normal?

PALAVRAS-CHAVE: Normalidade – Anormalidade; Saúde Mental; Paradigmas.

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba. rossanacostaa@gmail.com

ABSTRACT

This study stems from a literature that focuses on the concepts of reflection and reframing data to normality and madness in contemporary society . Thus, the discussion part of a brief tour through the history of mental health through which we sought to examine how these concepts are constituted , as well as leaving the understanding of the relevance of such reflection for understanding about what or who is considered different in today's society . So the study moves through the questioning of social standards imposed by the reflection on the individuals who are labeled , and medicalized excluded for failing to follow the established norm . Then we will dwell on such meanings , as well as positions and meanings given to normality and abnormality , health and illness , madness and mental health before reaching the current understanding of the topic , to then discuss and demonstrate the concepts emerging about what are the paradigms that still govern the social behavior of man these days amid the changes in the contemporary world . Furthermore , this study intends to reflect on the indiscriminate use of medicines in situations considered ' abnormal ' , proposing , therefore, a reflection on such conduct . In this sense , this work will follow the logic of what is termed as pathological is not the disease process itself , combined with its manifestations , but the inflexible rule established by the company , this standard does not accept any deviation from the conditions that proposes as a measure of normalcy . After all , these days , what is normal ?

KEYWORDS: Normality - Abnormality; Paradigms; Mental Health.

INTRODUÇÃO

O presente estudo decorre de uma pesquisa bibliográfica que tem como foco a reflexão acerca do desenvolvimento dos conceitos de normalidade e de loucura na sociedade contemporânea. Nesse sentido, partiu-se do levantamento bibliográfico e da leitura de publicações clássicas e contemporâneas sobre a temática em foco, destacando-se e discutindo-se as informações relevantes para a abordagem (CALDAS, 1986 apud MOREIRA, 2004).

Assim, inicialmente a partir de um percurso pela história da saúde mental, bem como por suas fases e mudanças ao longo dos tempos, buscou-se analisar o modo como se constituiu o sentido dado ao ser considerado ‘normal’ e/ ou ‘anormal’ ao longo da história, objetivando a criação de um espaço de discussão sobre os sentidos convencionais de tais conceitos que, no presente estudo, também foram discutidos à luz dos pressupostos humanistas- fenomenológicos- existenciais. Tal estudo se estrutura na perspectiva de uma reflexão sobre a necessidade da (re)construção de um olhar em relação aos referidos conceitos de normalidade e loucura, assim como de sua (in)coerência com o mundo contemporâneo.

A reflexão e discussão sobre este tema tornam-se relevantes para fins de compreensão acerca do que ou de quem é diferente e suas relações com o que é, ou seria, normal ou anormal no contexto atual. Neste sentido, o diferente ou aquele que não corresponde ao esperado a partir dos padrões estabelecidos é, muitas vezes, rotulado, excluído e medicalizado, a fim de adquirir conduta padrão. Na mesma direção, nas sociedades ocidentais contemporâneas, não há espaço para o sofrimento ou para dor, haja vista estas sensações passarem a ser consideradas ‘anormais’. É possível sofrer e ser normal? Há espaço para o conflito, o sofrimento psíquico e sua elaboração no ritmo humano, sem rótulos ou drogas?

Assim, este trabalho tem como objetivo o estudo e a discussão dos conceitos construídos ao longo da história a respeito do que é, ou seria, normal e patológico a fim de refletir sobre as concepções emergentes acerca da normalidade e loucura e sobre o uso de medicamentos nas situações consideradas ‘anormais’, isto é, nos processos de adoecimento do ser.

1 NORMALIDADE E LOUCURA: BREVE HISTÓRICO DO SIGNIFICADO DE NORMAL E PATOLÓGICO

Ao longo da história da humanidade, foram muitos os posicionamentos e significados dados à loucura e a saúde mental antes de se chegar às compreensões atuais acerca do tema. A ideia do que se convencionou chamar de normalidade e anormalidade mudou no transcorrer do tempo em conformidade com os modelos vigentes de saúde em cada momento histórico-cultural. Sendo assim, “cada época procurou dar uma resposta social ao problema da loucura” (TENÓRIO 2001, apud DIMENSTEIN; SOUZA; BARBOSA, 2009, p. 315). Nesse sentido, faz-se necessário evidenciar o significado da loucura ou do considerado patológico, ou ainda anormal, em cada uma das épocas, a fim de se compreender a pluralidade de significados atribuídos a estes fenômenos em diferentes contextos sócio-históricos.

Em breve apontamento sobre os posicionamentos acerca da loucura ao longo da história, Moraes Filho (2006) afirma que na Pré-história e na Antiguidade a loucura era vista como uma manifestação da ação de forças externas ao corpo humano, ou seja, fora compreendida como uma interferência temporária dos deuses sobre o pensamento e ação dos homens. Diferentemente da situação contemporânea, estes não eram excluídos pela sociedade, pois participavam normalmente do convívio social. Por outro lado, na Idade Média, a compreensão acerca da interferência de forças externas na dinâmica do ser humano fez com que aqueles considerados loucos fossem vistos como pessoas que sofriam possessões demoníacas. Tal modo de pensar tem origem na formação doutrinária do cristianismo vigente na época. A partir da Idade Moderna, com o declínio do trabalho artesanal e o início dos investimentos industriais, as cidades começaram a crescer desenfreadamente e encheram-se de pessoas que não encontravam lugar nesta nova ordem social. Nesse momento, período em que a sociedade enfrenta mudanças estruturais e ideológicas, a concepção de loucura também passa por modificações e esta passa a ser vista como uma doença. Sendo assim, ocorre uma progressiva dominação médica no terreno da explicação, estudo e tratamento da loucura (MINAS GERAIS, 2006).

Dessa forma, dá-se início ao desenvolvimento da abordagem científica que objetivou identificar as caracterizações da ‘loucura’, tanto para determinar sua etiologia, quanto para criar tipologias (PESSOTI, 1995). Nessa perspectiva de desenvolvimento

dos estudos científicos, bem como das modificações estruturais ocorridas na sociedade, ao final do século XVIII, o louco passou a ser visto como uma ameaça aos demais integrantes da sociedade, haja vista não haver permissão para estes circularem no espaço social como os outros cidadãos. Contudo, já não eram mais considerados pecadores, como na Idade Média, mas pessoas doentes que necessitavam de ‘tratamento’. Sendo assim, objetivando o controle da ordem social, bem como da cura da “loucura”, estes passaram a ser internados em instituições específicas. Assim, surgem os manicômios (MINAS GERAIS, 2006).

Desse modo, o surgimento dos manicômios decorreu de interesses em agrupar em um mesmo espaço os segmentos sociais que não traziam benefícios econômicos, isto é, todos aqueles que fossem considerados improdutivos e que, por este motivo, estariam caminhando contrários à proposta vigente do desenvolvimento industrial crescente e desenfreado. Basaglia, (1991) apud Oliveira, (2011, s/p.), afirma que “o manicômio não passava de um depósito humano”. Ainda nessa perspectiva de exclusão, Foucault, (1975; p.54) acrescenta que:

Os estabelecimentos para internação não eram simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos [...], em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração".

Nesse sentido, a exclusão social dos considerados “loucos” e o seu encarceramento em manicômios abriu espaço para uma maior atuação da psiquiatria nesse período. Assim, a partir do século XIX, é o discurso médico que detém a ‘verdade’ sobre a loucura, havendo a partir de então um trabalho especializado no cuidado com o que passou a ser chamado de “doença mental” (RAMMINGER e NARDI, 2007).

Assim posto, cabe destacar que nas primeiras décadas do século XX os manicômios crescem desenfreadamente e tornam-se cada vez mais repressivos. Desse modo, agravam-se, progressivamente, as péssimas condições de alimentação e hospedagem, situação que resulta em isolamento, abandono e maus-tratos. Ao final da II Guerra Mundial a situação dos hospitais psiquiátricos era de extrema precariedade,

surgem, então, os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica (MINAS GERAIS, 2006).

Perpassando a visão da loucura em diferentes épocas até chegar às ideias que fundamentam a Reforma Psiquiátrica, vale salientar que, somente a partir de uma nova perspectiva o “louco” poderia ser considerado cidadão, assim como a “loucura” poderia ser incorporada como elemento da sociedade. Nesse sentido, a construção do significado atribuído ao “louco cidadão” decorre de uma nova forma de olhar para a ‘loucura’, partindo das primeiras nuances do que posteriormente viria a se constituir como Reforma Psiquiátrica (DIMENSTEIN; SOUZA; BARBOSA, 2009).

Então, significativas mudanças aconteceram pelo mundo, evidenciadas pelo questionamento das práticas e dos ideais norteadores da psiquiatria e pelo surgimento de novas formas de compreender a loucura, bem como da necessidade de inclusão e da desinstitucionalização² desta. Dessa forma, esta nova percepção provocou uma considerável influência no olhar e nas práticas dos profissionais e estudiosos da saúde mental em diversas instâncias da sociedade e em muitos lugares do mundo, inclusive no Brasil. Assim, se constituía os primeiros ideais que serviram de base de sustentação ao que se denominou Reforma Psiquiátrica, sendo, portanto, definida como um “um processo histórico de formulação crítica e de práticas que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico de ‘tratamento’ e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, apud KYRILLOS NETO, 2003, p.71-82).

Ainda nessa perspectiva de mudanças de paradigmas acerca da loucura, da noção de normalidade-anormalidade, a Reforma Psiquiátrica teve como precursor Franco Basaglia, médico e psiquiatra italiano que propôs mudanças no campo da saúde mental por meio do estudo, questionamento e aprofundamento do olhar sobre as práticas da psiquiatria vigente na época. Dessa forma, surge um espaço para o questionamento acerca da loucura e, conseqüentemente, novas maneiras de compreendê-la. Disto

²Desinstitucionalização: [...] a desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos. Talvez não se "resolva" por hora, não se "cure" agora, mas, no entanto seguramente "se cuida". Depois de ter descartado a "solução-cura" se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta (ROTELLI, 1994, apud SADE; BRAGANÇA, s/d, p.1).

decorre, então, uma inversão ao que era proposto pelo saber psiquiátrico da época, isto é, o indivíduo passaria a ser evidenciado como mais importante do que sua doença, pois o foco estudado deixaria de ser a doença exclusivamente, e passaria a ser a pessoa que está em sofrimento. Conforme Amarante (1994, p.65), “tal fato não significa a negação da doença mental, mas, a negação da aceitação de toda a elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento”.

Assim posto, cabe destacar que os novos modos de compreender o adoecimento psíquico perpassam pela necessidade da busca por embasamentos fora do quadro psicopatológico, pois se faz urgente a mudança de olhar acerca da necessidade do psicodiagnóstico. Tal modificação parte do entendimento de que o diagnóstico deve focalizar no processo de “identificar e explicar o modo de existência do sujeito, no seu relacionamento com o ambiente, em determinado momento” de sua vida (AUGRAS, 2004; p.10). Nesse sentido, se pode compreender que é discutível a exigida elaboração de diagnósticos como elemento indispensável à realização do processo psicoterápico, pois se convencionou associar um ao outro. Então, vale salientar que a compreensão sobre o adoecimento do sujeito não decorre, necessariamente, da elaboração de um diagnóstico, uma estratégia de intervenção ou encaminhamento obrigatório, pois nem sempre elaborar um laudo significa dizer “que doença tem” o indivíduo (AUGRAS, 2004). Aliás, a compreensão acerca do adoecimento extrapola todo e qualquer diagnóstico, prévio ou não.

A busca pela superação da lógica manicomial, até então considerada adequada adentrou no Brasil por meio da Reforma Psiquiátrica, que teve como foco principal a reivindicação da cidadania do ‘louco’ através da reestruturação da assistência dirigida aos indivíduos portadores de transtornos mentais, (PEREIRA, 1997, apud DIMENSTEIN, et al, 2009). Então, a referida Reforma propôs um repensar acerca da eficácia do modelo manicomial, bem como o incentivo à desconstrução dos manicômios e a constituição de um conjunto de práticas multidisciplinares e culturais exercitadas em diversos espaços sociais, e não apenas no interior do hospício (AMARANTE; TORRE, 2001, apud DIMENSTEIN, et al, 2009).

Na perspectiva de quebra de paradigmas e de questionamentos sobre os conceitos e práticas que norteavam as ações na saúde mental, as mudanças de olhares e de significados fizeram emergir novos posicionamentos em relação à ‘loucura’. Desse

modo, a atuação de profissionais especializados na área também sofreu alterações ao passo que as novas formas de compreender a loucura surgiam, bem como os novos modos de cuidar. Dentre estas mudanças, surge o Modelo de Atenção Psicossocial que passa a ser o fio condutor do caminho para a nova configuração da saúde mental, a partir da qual o sujeito considerado ‘louco’ passa a ser visto como cidadão que necessita de cuidados especiais, de atenção e de condições para inclusão social, e não mais como um indivíduo doente, antes desconsiderado e excluído (AMARANTE 2003, apud DIMENSTEIN, et al, 2009).

O breve passeio pela história da saúde mental, iluminado pelos conceitos que deram sustentação às concepções e práticas vigentes em diferentes períodos teve como objetivo evidenciar as diferentes concepções e significados atribuídos à loucura, bem como o que se convencionou como normalidade e anormalidade dentro da sociedade nos dias atuais. A gradativa construção acerca do que é normal e anormal, apesar das grandiosas transformações que redundaram em significativas mudanças no campo da saúde mental e da atenção ao sujeito acometido por algum transtorno, foi e/ou é, certamente, ainda formulada a partir de crenças e padrões pré-estabelecidos sobre os comportamentos considerados mais ‘adequados’ ao convívio social, muitas vezes, sem considerar aspectos subjetivos relevantes às interferências do contexto sócio – familiar e as necessidades individuais do sujeito. Nesse sentido torna-se pertinente uma pergunta: Afinal, nos dias atuais, o que é ser normal?

2 REFLETINDO SOBRE OS CONCEITOS DE NORMALIDADE E ANORMALIDADE CONTEMPORÂNEOS.

A história da humanidade foi e é contada das mais variadas formas, estudada a partir de diversos ângulos e vivenciada dos mais diferentes modos. O ser humano, imerso em uma cultura que dita regras e normas, tenta se equilibrar entre suas próprias escolhas, objetivando o exercício de sua liberdade e singularidade, e entre o que lhe é exigido pela sociedade que se orienta por pressupostos que são criados e passados de geração para geração, definindo o que está, ou não, nos padrões ideais de pensamento e de conduta social “adequada”.

Clímaco (2010; p.18) afirma que, ao longo da história, “a diferença tem sido oprimida pela imposição de normas rígidas e inflexíveis há muito estabelecidas e reproduzidas, bem como constantemente recriadas”. Nesse sentido, pode-se compreender que a norma foi criada pela e para a sociedade com a finalidade de determinar o modelo de sujeito considerado ideal para o convívio harmônico com os demais no meio social. Assim, segundo Canguilhem (2002, apud THOMA, 2005; p.2) considera-se ‘normal’, do ponto de vista etimológico:

– já que norma significa enquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto, o que se conserva num justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável.

Sobre esta concepção, Thoma (2005) ressalta que a norma determina a existência de um modelo de conduta, crença e comportamento considerado ideal e que serve como parâmetro para excluir ou incluir aqueles que estão fora ou dentro da curva da normalidade, pois, havendo desvio, o sujeito deve ser ajustado. Sendo assim, pode-se compreender que a normalidade é uma invenção que tem como intuito demarcar os limites da existência, a partir dos quais se estabelece quem são os anormais. Desse modo, é possível compreender que a normalidade e a anormalidade são construções do próprio sujeito que, dentro da sociedade, cria referências de comportamentos vistos como aceitáveis.

Nesta direção, a sociedade caminha para uma crescente necessidade de instituir um padrão de normas de conduta. Desse modo, acaba-se por excluir todo aquele que não age em conformidade com tais normas, pois, ao passo que a diferença é excluída há, concomitantemente, a pretensão de enquadrar ou moldar o sujeito considerado inadequado ao convívio em meio social. Nesse sentido, é possível compreender que, em toda e qualquer época, a sociedade cria, recria e impõe a necessidade de seguir um modelo, sendo a norma o meio mais usual de regulação social.

Assim, as mudanças dentro do campo da saúde mental que começaram a ocorrer desde o advento da Reforma Psiquiátrica³ e a “desinstitucionalização” daqueles considerados ‘anormais, ou ‘loucos’, parte de uma reestruturação que se inicia no modo de pensar da sociedade, ou no repensar dos valores associados ao sofrimento mental. Mas, é importante destacar que as compreensões emergentes em torno do cuidado em saúde mental não são representativas de uma sociedade, mas de grupos que a constitui e intervém politicamente em prol da garantia dos direitos humanos, da cidadania, da humanização, especialmente no campo da saúde, fazendo pressão para a efetivação de mudanças significativas neste campo. Talvez a resposta para a mudança esteja, primeiramente, na mudança do pensamento de parte da sociedade em relação ao que se chamou de “nossos manicômios mentais”. (PELBART 1991, apud RAMMINGER 2007, p.267)

Nesse sentido, é possível entender que, de fato, vive-se em uma sociedade que ainda não está preparada para acolher/aceitar a “loucura” ou o considerado diferente como parte integrante e ativa da sociedade, pois, a sociedade atual enfrenta crises dentro das mais diversas instâncias, as quais acabam por desembocar em uma única crise: a crise dos valores e das crenças que ao longo dos tempos perderam significados e, talvez, não mais se adequem às necessidades atuais.

Dessa forma, as mudanças ocorridas no mundo contemporâneo levam-nos a considerar a necessidade de repensar e questionar quais os paradigmas que ainda regem a conduta social do homem nos dias de hoje; e, se tais condutas, em meio ao contexto de mudanças e transformações que o mundo vem enfrentando, ainda podem ser

³ O movimento pela Reforma Psiquiátrica tem início no Brasil no final dos anos setenta. Este movimento tinha como bandeira a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O que implicava na superação do modelo anterior, o qual não mais satisfazia a sociedade (CAVALCANTI; NOVELLINO; MESQUITA, 2010).

consideradas favoráveis à saúde mental. Nesse sentido, a mudança de olhar, a desnaturalização do natural, o questionar dos conceitos de loucura e normalidade podem ser um passo inicial para a consolidação de novos saberes e práticas.

3 UM OLHAR SOBRE A SAÚDE MENTAL NO ENFOQUE FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL

A ideia de anormalidade surge associada ao desvio dos padrões de conduta estabelecidos em um determinado contexto. Assim, por meio da submissão a um modelo considerado ideal, ‘normal’ ou, ainda, ‘adequado’, o homem distancia-se cada vez mais de si mesmo, cerceando-se, reprimindo sua autenticidade e seu poder criativo, ao passo que procura corresponder de forma absoluta às rígidas imposições sociais a fim de não ser colocado à margem da sociedade.

Carl Rogers (1987; p. 56), ao propor uma reflexão acerca da liberdade ou do “aprender a ser livre”, afirma que a opinião contemporânea perpassa pela concepção de que o homem não é livre e de que o indivíduo “é modelado para ser uma criatura com determinadas opiniões e crenças, desejadas ou planejadas com antecedência pelos poderes competentes”. Nesse sentido, o entendimento sobre a normalidade e a anormalidade pode reduzir o homem a um mero produto do grupo ao qual pertence e com poucas possibilidades de criar e recriar sua própria existência na teia de relações e elementos que constituem sua cultura. Assim, comportamentos considerados normais dependem do modo como uma sociedade se organiza, bem como das crenças e valores estabelecidos por esta e nesta. Assim como a normalidade, a anormalidade, a ‘loucura’ e tudo o que está vinculado ao patológico, também se estabelece em conformidade com os padrões culturais. Nesse sentido, cada cultura cria o modelo ideal de homem, ou seja, seleciona as características e condutas desejadas e esperadas. Então, cada cultura ao passo que elege os padrões de conduta adequados, concomitantemente, também estabelece uma compreensão acerca do inadequado, isto é, da doença ou do considerado anormal. (RUTH BENEDICT, apud FOUCAULT, 1975; p. 50).

Aspectos considerados normais em um lugar podem ser considerados anormais ou patológicos em outro, conforme o contexto, a cultura e a situação nos quais determinados comportamentos são manifestos. Esta consideração impulsiona nossa necessidade da busca por formas de compreender o que se convencionou chamar de normalidade e loucura na sociedade contemporânea. A dinâmica da sociedade atual mergulha, cada vez mais, em um modelo de economia e, conseqüentemente, em um modo de vida que aliena e rotula os indivíduos que dela fazem parte. Nesse sentido, Capra (1983) afirma que, com o passar das décadas vêm se registrando um estado de

profunda crise mundial multidimensional, cujas facetas afetam todos os aspectos da vida, inclusive a saúde, o modo de vida, a qualidade do meio ambiente e das relações sociais, a economia, a tecnologia, a política, dentre outros.

As mudanças nos modos de viver e de compreender os modos de vida considerados adequados exerce pressão para que o homem atenda às exigências deste complexo mundo moderno e se ‘adeque’, sejam quais forem as consequências para cada sujeito em particular. Augras (2004) afirma que, assim como o ambiente passa por fases de destruição e reestruturação, a vida também se processa em meio à “ordem” e à “desordem”, e estas são etapas de um mesmo processo ao longo do desenvolvimento do homem e do mundo, um influenciando os processos do outro. Nesta perspectiva, a saúde do sujeito está relacionada com a sua auto-organização dentro do seu meio, com a sua habilidade de fazer uso de sua capacidade criadora para transformar condições inadequadas em satisfatórias, ou minimamente suportáveis, pois, seu estado saudável dependerá de sua capacidade de superar as crises do ambiente através do equilíbrio. Entendemos o equilíbrio não como a total estabilidade do organismo⁴, mas como o processo de desorganização e reorganização que permitem o desenvolvimento de habilidades para lidar com as adversidades.

Trata-se, portanto, da capacidade de enfrentamento a partir da busca e da utilização de recursos pessoais para encontrar um estado de maior equilíbrio. Esta mobilização orgânica no ser humano se aproxima do que se convencionou chamar de resiliência. Muitas foram as conceituações atribuídas à resiliência ao longo da construção da sua significação. Estudos mais recentes evidenciam a resiliência não mais como um atributo pessoal, mas como um processo, isto é, “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (LUTHAR, 2000, p. 543 apud INFANTE, 2005). Nesse sentido, cabe destacar que “a adaptação positiva permite identificar se houve um processo de resiliência.”. Assim, a adaptação é vista como positiva quando o indivíduo consegue alcançar as expectativas

⁴ O organismo é um sistema total que funciona no indivíduo e é o lugar de todas as suas experiências, simbolizações da consciência, pensamentos, emoções, sensações, e percepções. Nessa totalidade o organismo sempre interage com o ambiente e reage a ele a partir do que percebe e sente em seu campo experiencial ou fenomenológico, de modo a realizar seus impulsos básicos manter-se e aperfeiçoar-se (ROGERS, 1951, apud BRANCO, 2010, p.35). Sendo assim, Rogers (1962, apud BRANCO, 2010, p. 43), reconhece que nos seres humanos o organismo com um eu(self) organizado como um campo perceptivo que forma um conceito organizado de “si mesmo”. O eu se constitui como uma interseção das Demandas Internas do organismo e das Demandas Externas, as quais são pautadas por experiência coletivas(cultura), valores sociais e conceitos que serão introduzidos por diversos meios.

sociais associadas à determinada etapa de desenvolvimento que esteja vivenciando, ou quando não se encontram sinais de desajuste em sua experiência cotidiana. Então, se pode compreender que em ambos os casos ocorre uma adaptação positiva, pois o sujeito, estando ou não em meio à adversidade, apresenta uma adaptação resiliente (LUTHAR, 2000, apud INFANTE, 2005).

Assim, a ideia de processo permite a compreensão de que a adaptação resiliente pode ter correlação multifatorial, isto é, fatores familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afetivos, biográficos, socioeconômicos, sociais e/ou culturais. A noção de processo descarta definitivamente a concepção de resiliência como um atributo pessoal e incorpora a ideia de que a “adaptação positiva” não é uma tarefa apenas do sujeito, mas que família, escola, comunidade e sociedade devem prover recursos para que a este possa se desenvolver mais plenamente (INFANTE, 2005).

No polo oposto ao exercício da autonomia, da construção de formas de existência coerentes com o desenvolvimento da subjetividade do sujeito, temos a busca por padrões de comportamento que podem ser favoráveis ao desenvolvimento de comprometimentos psicológicos. Tais comprometimentos podem surgir como resposta do sujeito às pressões para corresponder às exigências do mundo e sentir-se aceito. Sob determinadas condições o sujeito pode deixar de agir de forma autônoma e pautado em suas verdadeiras motivações, consciente de suas atitudes e escolhas.

Assim, tornam-se sujeitos modelados, enquadrados, formatados e, em meio ao constante processo de criação do mundo e de si mesmo pode adoecer, pois nem sempre consegue adaptar-se às exigências do mundo, ao passo que muitas delas vão de encontro ao que este pode exigir de si mesmo em determinado momento de sua vida. Na medida em que determinadas exigências passam a ser normalizadas e naturalizadas tornam-se referência para o modo de vida das pessoas, limitando-as, restringindo-as em sua capacidade de desenvolvimento e, concomitantemente, possibilitando a criação de ‘estratégias’ de sobrevivência e manutenção do organismo, ainda que estas sejam pouco saudáveis. Em geral, nestas condições o sujeito apropria-se de formas de adoecimento – físico ou psíquico, visando uma forma de sobrevivência no mundo, ainda que tenha que negar aspectos deste ou sua totalidade. Nem sempre são evidentes os motivos de fuga da realidade, mas, a compreensão do ser deve possibilitar o entendimento das suas manifestações e seus significados, especialmente quando se trata de manifestações por meio do adoecimento.

A possibilidade de desnaturalizar o que tornou-se natural, de questionar os hábitos impostos, emerge do conceito de “Normose”, terminologia utilizada primeiramente pelo psicólogo europeu Jean Yves Leloup e, posteriormente, por estudiosos do comportamento humano, como Pierre Weil (2003). Este último, afirma que a “normose” trata-se de um conjunto de normas, conceitos, valores, estereótipos, hábitos de pensar ou de agir aprovados pela maioria de pessoas que pertencem a uma determinada sociedade. Pressões para o ajustamento às normas, sob o exercício de determinados modos de agir, podem impulsionar o desenvolvimento de sofrimento psíquico, de doenças e, em casos extremos, motivar a morte. Contudo, apesar da gravidade das resultantes destas ‘tensões’ entre indivíduo e sociedade, estas são consideradas ‘normais’; sendo anormais aqueles que não respondem ‘adequadamente’ a estas. Nesse sentido, Augras, (2004; p.31), afirma que,

[...] a insinuação de modos de sentir e de pensar elaborados por outros, dentro de outras situações, pode ser invasiva e arbitrária para determinados indivíduos, portanto, tornando-se desencadeadora de desajustes. Assim, parece ser preciso dispor de privilegiado equipamento de adaptação à realidade para conseguir superar tantas tensões, adequar-se às exigências externas sem mutilar-se e afirmar a individualidade sem lesar o ambiente.

Logo, para corresponder às expectativas do mundo, o indivíduo passa a adotar um modo de vida não seu, mas coerente com as pressões da dinâmica da cultura na qual está inserido. Sendo assim, esse distanciamento de si mesmo, bem como a exacerbada cobrança de ‘perfeição’, poderá desencadear, em algum momento da vida do sujeito, o que se convencionou denominar de sofrimento psíquico, através de manifestações de sintomas de estresse, depressão, ansiedade, pânico, ou outros sintomas, como forma de responder aos conflitos vividos e de fugir da realidade ameaçadora.

Na perspectiva de reconstrução de conceitos e de saberes para a compreensão da ‘normalidade’ e ‘anormalidade’, saúde e doença, sanidade e ‘loucura’, assim como do resgate da aproximação do homem de si mesmo, Carl R. Rogers sugere uma teoria acerca do homem e das suas possibilidades de crescimento. Através do conceito de Tendência Atualizante⁵ do ser humano, Rogers (1986) elucida a importância de um

⁵ Tendência Atualizante: Capacidade inerente a todo ser humano de crescimento através da realização do seu potencial, onde o fluxo de suas ações visa atingir o mais completo desenvolvimento do organismo (ROGERS, 1986 apud MONTEIRO, 2013).

ambiente favorável ao desenvolvimento humano saudável orientado ao crescimento e maturidade psicológica. Além disso, em sua teoria humanista, Rogers propõe atitudes que facilitam a autonomia do indivíduo e discute sobre a dinâmica do desenvolvimento humano e da personalidade apontando o ‘movimento’ que vai da organização face à desorganização, como forma dinâmica de busca contínua de equilíbrio do organismo às mudanças, necessidades e transformações emergentes. Neste sentido, organização – desorganização; saúde – doença fazem parte de um mesmo ciclo que permite o alcance do equilíbrio psíquico. Assim, embora o diagnóstico constitua uma importante etapa do processo de compreensão do sofrimento psíquico do sujeito em determinado momento de sua existência e, para alguns profissionais, parte indispensável da elaboração do prognóstico e do planejamento do tratamento adequado, é fundamental que a classificação do estado psíquico no qual se encontra o sujeito ‘desorganizado’ ou ‘desequilibrado’ por meio do diagnóstico não se sobreponha a compreensão dos significados destas manifestações e da sua direção, pois, estas são bases para a criação de condições mais favoráveis à saúde.

Nessa perspectiva, Rogers ancora sua compreensão do ser humano no enfoque fenomenológico e, desta forma, busca explorar o significado de determinada manifestação de sofrimento psíquico a partir da compreensão da experiência do sujeito. Corroborando Rogers, Augras (2004; p.12) afirma que: “o diagnóstico procurará dizer em que ponto da existência o indivíduo se encontra e que feixe de significados ele constrói em si e no mundo, pois cada homem será a medida de sua própria normalidade”.

A ideia de que existe muito mais loucura na normalidade do que se supunha, remete-se aqui não a utilização da conceituação construída historicamente sobre a loucura como se tratando da ausência de razão, mas de uma ‘loucura’ que está impregnada do excesso de razão, a qual fomenta sentido na incongruência de atitudes, na naturalização de costumes e práticas que, apesar de consideradas normais, ou melhor, comuns, engessam o ser humano que, cerceado de liberdade, faz uso de recursos por vezes pouco saudáveis para se auto-preservar. Manifestações de comportamentos agressivos, agitação, insônia ou sonolência excessiva, isolamento, entre outros, constituem parte destes recursos, os quais são mais facilmente submetidos à formas de controle e eliminação de sintomas do que a compreensão e facilitação da elaboração do

conflito. Para tais sintomas, o uso de psicofármacos tem sido usual, comum e, por que não dizer ‘normal’.

4 USO, ADEQUAÇÕES E LIMITES DA MEDICAÇÃO.

A sociedade contemporânea tem vivenciado uma complexa época em que “ser normal” torna-se uma exigência social e, portanto, pessoal. O sujeito busca, constantemente, se enquadrar em padrões com o propósito de ser incluído, aceito e admirado. Deste modo, a diferença tem sido oprimida pela concepção de que o indivíduo precisa se normatizar para, somente assim, ter condições de viver harmoniosamente em sociedade, contribuindo para o desenvolvimento desta. Nesse sentido, a medicalização da saúde, emerge como consequência desta busca desenfreada pela absurda exigência de adequação.

Partindo do pressuposto de que a sociedade exige que o indivíduo esteja sempre em perfeitas condições físicas e emocionais de contribuir economicamente com ela, ou que esteja dentro dos moldes estabelecidos de normalidade, o uso abusivo e indiscriminado de medicamentos tem sido um eficiente meio de controle das condutas incômodas, especialmente na última década. Tal fato não somente reforça o almejado monopólio da psiquiatria e da indústria farmacêutica que cria e recria novas fórmulas e combinações atraentes ao consumidor que está em sofrimento, como também torna a sociedade dependente das mais diversas drogas, que prometem a tão exigida e procurada normalidade.

Assim posto, cabe destacar que desde o advento do DSM-3 a psiquiatria tem destinado a maior parte de sua atenção à criação desenfreada de tipologias e categorizações por meio da identificação de sintomas que passam a compor quadros psicopatológicos, bem como pela “tecnicização dos diagnósticos”, como é possível observar de forma mais intensa após a publicação do último manual, o DSM-5. Esta crescente e desmedida patologização do sofrimento humano e da experiência subjetiva do sujeito tem impulsionado e mobilizado cientistas e profissionais não somente da saúde, que inconformados buscam criar um espaço de discussão em que se evidencie a necessidade do repensar acerca da conduta da psiquiatria, assim como do questionar quanto ao seu estreito vínculo com a indústria farmacêutica (SAFATLE, 2013).

Tais questionamentos perpassam pela compreensão de que as definições de “saúde” e “doença”, “normal” e “patológico” podem não ser somente conceitos e conteúdos exclusivo de um discurso científico, mas “definições carregadas de forte

potência política” (SAFATLE, 2013, p.22). Nesse sentido, se pode entender que não somente o contato com vivência subjetiva do sofrimento humano orienta as intervenções clínicas, mas também os padrões de conduta sociais considerados adequados e, que se observados de forma crítica e cuidadosa, logo se perceberá que são modelos de comportamento imbuídos de “forte conotação estética e política” (SAFATLE, 2013, p.23).

Ainda nessa perspectiva, cabe destacar que a cartilha sobre os Subsídios para a Campanha de Não à Medicalização da vida, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (2011), aponta que a indústria farmacêutica está posicionada como a segunda em faturamento no mundo, perdendo apenas para a indústria bélica. Sendo assim, passamos a ter um novo elemento no “cardápio da vida”, os medicamentos. Nesse sentido, em meio à rotina de compromissos de trabalho, família, horários restritos de descanso e intensa correria, o indivíduo busca e/ou aceita a forma mais rápida de controlar sintomas perturbadores de sua rotina. Por meio da administração de medicamentos se obtém, na maioria das situações, um resultado rápido em relação à eliminação ou minimização dos comportamentos incômodos do indivíduo. Assim, além de possibilitar a adequação do sujeito às normas por meio de controle dos sintomas e ajustamento do comportamento, a medicação atende, ainda, a outra preocupação da modernidade: o tempo.

A necessidade de resultados rápidos e de controle no uso do tempo corresponde apenas ao controle cronológico, mas não atende à necessidade do tempo subjetivo de cada sujeito, pois cada ser humano compreende o tempo de uma forma diferente, bem como se relaciona com ele de modo singular. Nesse sentido, o tempo pode ser compreendido como um ponto de vista. A sociedade exige que o homem se oriente com base no ritmo que esta considera adequado, e, assim sendo, a valorização do tempo cronológico em detrimento do tempo subjetivo se transforma, muitas vezes, em pressa, “correria” cotidiana, caos, acúmulo de estresse e adoecimento físico e/ou psíquico. Em geral, pouco se percebe o ritmo imposto como não condizente com as possibilidades físicas e emocionais particulares de cada um.

Conforme Augras (2008, p.33),

O homem não dispõe sobre a ocorrência de sua vida, nem sobre o seu término. Toda a tensão e grandeza do drama consistem na edificação da liberdade no meio de tanta coação. Nesse sentido, muitas neuroses atuais podem ser compreendidas como produto mais social do que

propriamente individual, expressando o desajuste de uma pessoa que não encontra, nem dentro, nem fora de si, apoio para encarar a realidade de sua morte. Nas diversas idades do homem pode ocorrer que o relacionamento do próprio homem com o seu tempo – isto é, a tensão entre a colocação do seu horizonte existencial e o mito social do tempo – passe por fases críticas, geradoras de desajustes graves.

Assim, cabe destacar que a exaltação do tempo cronológico em detrimento da consciência da existência do tempo subjetivo seja, não raras vezes, geradora de adoecimento. Além disso, esta é, também, elemento norteador do indivíduo, pois, dentro do quadro das psicopatologias existentes há a necessidade de uma reconstrução do sujeito partindo da sua cronologia existencial, ou seja, encontra-se um distanciamento entre o “tempo do mundo” e o “tempo do eu” ou mesmo a perda da consciência acerca do tempo. Desse modo, se pode compreender que cada sujeito se situa em relação à forma como experiencia o tempo de forma peculiar (MINKOWSKI, apud AUGRAS, 2008).

Então, com a finalidade de não adoecer e corresponder a todas às imposições, o homem busca as alternativas mais rápidas e práticas e, dentre elas, estão os medicamentos dos mais diversos tipos, com as mais variadas promessas, e assim deixam de lado alternativas mais saudáveis tais como cuidados com alimentação, a atividade física, o lazer, a busca do bem estar. Nesta direção, os medicamentos passam a atuar como recurso para eliminação de sintomas, meios anestésicos de sensações e emoções, tornando o ser humano cada vez mais automatizado, dependente, alienado e distante de si mesmo.

Nesse sentido, o homem, ao fazer uso dos medicamentos, tem tentado (inconscientemente?) camuflar suas emoções ou livrar-se delas (ao menos das incomodas). Busca incessantemente não sofrer e desenfreadamente corre em busca da felicidade, ao passo que se desencontra e se perde. ‘Sentir’ tem sido um incômodo, não sofrer representa um objetivo constante, não chorar, sinônimo de equilíbrio. Para isso, recorrem aos medicamentos que anestesiam e, em grande parte das vezes, podam a capacidade de o sujeito se movimentar em direção à superação das adversidades e inconstâncias próprias da vida. Então, o uso abusivo e desnecessário de drogas não auxilia no processo de recuperação da saúde e da vida, mas, permite a manutenção do cotidiano. Contudo, o uso desmedido pode ser gerador de outras doenças, bem como de sujeitos propensos à dependência química para (sobre)viver- autorizada, oficializada e indicada.

Assim, é possível perceber um abandono de sentimentos como a tristeza e medo, pois de dignos sentimentos humanos, podem ser transformados em complexos diagnósticos patológicos, os quais devem ser controlados (evitados ainda mais) por medicação específica. “Nessa métrica, chega-se ao absurdo de estabelecer que é possível chorar a morte de uma pessoa querida por quinze dias, mais do que isso, seria indicativo de um quadro depressivo, passível de medicação” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p.5).

Tal procedimento se faz presente não somente na vida de adultos, que trazem consigo suas histórias e, com elas, muito sofrimento, mas também, na vida de crianças, que passam a ter o desenvolvimento das emoções, da aprendizagem, do comportamento, de regras e de meios de sociabilidade substituídos pelo rápido controle e inibição dos seus comportamentos.

Assim posto, a facilidade do uso de medicamentos chega, inclusive, a interferir nas reflexões, dúvidas e críticas possíveis ao modelo escolar no qual a criança está inserida. Assim, as dificuldades de leitura, escrita, cálculo, bem como os comportamentos não aceitáveis, são solucionados por meio da medicalização da infância, cada vez mais precoce. Ao se constatar que uma criança sente dificuldades ela é diagnosticada e encaminhada para outros profissionais que irão medicá-la e, não raras vezes, sem o necessário acompanhamento psicoterápico ou por parte de outros profissionais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Assim, o diagnóstico precoce torna-se um assunto delicado entre debates de estudiosos do desenvolvimento infantil, sejam eles psicólogos, psiquiatras, pediatras, professores, neurologistas, psicopedagogos, entre outros. Nesse sentido, a medicalização infantil tem estado presente de forma indiscriminada nos mais variados espaços que teriam como propósito a promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento saudável na infância. Assim, tem sido crescente a elaboração de diagnósticos destinados à crianças ao longo dos seus primeiros anos de vida, fato que pode auxiliar ou comprometer o desenvolvimento desta, o que dependerá da preparação e do discernimento do profissional responsável pela elaboração da hipótese diagnóstica da criança.

Então, pode-se compreender que nem todas as experiências de sofrimento necessitam do auxílio de medicamentos, pois nem todas elas desembocam em um processo de adoecimento físico e/ou psíquico. Situações complexas podem ser

vivenciadas como conflitos relativamente naturais em meio aos processos globais de transformação e desenvolvimento vivenciados pelo ser humano, e não necessariamente como uma doença nomeada e absolutamente instalada (SAFATLE, 2013). Ainda segundo o mesmo autor,

uma vida na qual todo sofrimento é sintoma a ser extirpado é uma vida dependente de maneira compulsiva da voz segura do especialista, restrita a um padrão de normalidade que não é outra coisa que a internalização desesperada de uma normatividade disciplinar decidida em laboratório. Ou seja, uma vida cada vez mais enfraquecida e incapaz de lidar com conflitos, contradições e reconfigurações necessárias (SAFATLE, 2013, p.23).

Portanto, o desenfreado aumento do número de doenças mentais presentes na última versão do DSM (374 novas síndromas somadas aos 1417 transtornos já descritos), a questionável conduta da psiquiatria aliada aos interesses e ao monopólio da indústria farmacêutica, bem como a circulação e utilização desmedida de medicamentos com as mais variadas promessas, têm revelado o notável carácter normativo das classificações do DSM-5, e de seus idealizadores (TEIXEIRA; IANNINI, 2013). Nesse sentido, é urgente o questionar acerca da necessidade de normatização de comportamentos, bem como o questionar acerca da inflexibilidade presente nas motivações dos que estão no poder. Não seria essa rigidez e a “compulsiva” necessidade de traçar moldes, estabelecer padrões, e classificar comportamentos, os elementos causadores de grande parte do sofrimento humano? Tal necessidade é ‘normal’?

CONSIDERAÇÕES FINAIS, MAS NÃO ÚLTIMAS: BUSCANDO RESSIGNIFICAÇÕES.

Partindo do pressuposto de que existe relatividade de significação quanto ao que é considerado normal e anormal, mediante variedade de crenças, valores e regras adotados por diferentes sociedades, torna-se relevante uma compreensão mais aprofundada, bem como uma ressignificação do que se convencionou chamar de normalidade e loucura. Tal necessidade parte de uma constatação de que a sociedade contemporânea sugere uma dinâmica de vida, bem como padrões de comportamentos nem sempre geradores de saúde, muito embora considerados “normais”. Assim, cabe ressaltar a importância de questionamentos quanto ao conceito de normalidade que a sociedade tem se apropriado no decorrer da história.

Clímaco (2010, p.20) afirma que se faz necessário “desestabilizar o conceito de normalidade, de funcionamento normal, de racionalidade normal”, ademais, é preciso que haja questionamentos acerca das normas estabelecidas, com suas curvas e médias. Esse questionar e repensar dos moldes e padrões propõe um novo olhar sobre a normalidade, isto é, trata-se de uma busca por reconstruir tal conceituação, e, portanto, sua significação, distanciando-se do que está imbuído em sua historicidade. Então, busca-se, com isso, desnaturalizar o natural.

Nessa perspectiva de desconstruir para reconstruir conceitos e sentidos, não somente a significação da normalidade e da loucura podem ser questionadas, como também as concepções acerca de saúde e doença. Para isso, cabe destacar o posicionamento da Fenomenologia Existencial, bem como das concepções humanistas frente aos referidos termos. Nesse sentido, a distinção entre normal/patológico e saúde/adoecimento tem sido construída ao longo da história e, no caso da formação da psicologia clínica, sob a forte influência do modelo médico- psiquiátrico. Assim sendo, cabe destacar ainda que,

O sentido etimológico da palavra clínica vem do grego *kliné*, que significa cama ou leito. Daí decorre uma de suas significações mais tradicionais em medicina: a concepção de que o saber médico é formado ao pé da cama do doente e que, portanto, o ensinamento da arte médica deve se dar junto ao leito do paciente. A clínica tradicional pauta-se, assim, no estudo de casos. Segundo aquele autor, a tendência narrativa que considera a clínica como a origem da

medicina e, portanto, como o espaço de acumulação positiva de seu saber, consolidado através do constante olhar sobre o doente, da atenção milenar à doença, confere à clínica uma historicidade contínua, o que viria mascarar uma história mais complexa, ligada ao esforço de organização da medicina enquanto ciência e prática e, dessa forma, ligada à história de suas instituições (SCHNEIDER, 2002, p.1).

Então, o conceito de “normal” e “anormal” sofre forte influência do modelo médico-psiquiátrico, e, sendo assim, tem raízes na ideia de que todo aquele que não se enquadra nas normas recebe o nome de desviante, sendo, portanto, visto pela sociedade como doente, em alguns casos, passivo. “Cria-se então uma má consciência da normalidade” (AUGRAS, 2004, p.10)

Assim posto, o questionamento de paradigmas torna-se uma necessidade da atualidade, assim como a desestabilização de conceitos há muito tempo construídos, e, por este motivo, impregnados no pensamento e na conduta social. Tal necessidade emerge mediante percepção de que mudanças ocorreram e ocorrem na sociedade contemporânea. Então, o que outrora poderia ser chamado de “anormal”, hoje, mediante novas formas de compreender o ser humano, pode ser considerado apenas como um comportamento que se manifesta em determinada etapa da existência de um indivíduo. Nesse sentido, terminologias, nomenclaturas e concepções de saúde e adoecimento têm sido repensadas e reelaboradas por aqueles que pretendem desconstruir significações que permaneceram “engessadas” ao longo dos tempos, sem qualquer questionamento.

Nessa conjuntura, cabe destacar que, em meio ao surgimento de novos olhares, a normalidade/loucura, saúde/adoecimento puderam ser revistos e essa abertura deu espaço à novas compreensões, bem como à novas práticas. De acordo com Canguilhem (2002, apud Pizzinato; Lindern; Brunnet; Silva, 2010), o patológico passou de uma característica para um estado, isto é, algo provisório, sendo assim, o estado patológico de um indivíduo ou o processo de adoecimento não significa que este não siga normas, pois a vida exige que haja algumas normas a serem seguidas, e, nesse sentido, o estado patológico se manifesta como a forma pessoal que uma pessoa vivencia determinada fase da sua vida. Entretanto, o que comumente tem se denominado como patológico não é o processo de adoecimento em si, aliado às suas manifestações, mas sim a norma inflexível estabelecida pela sociedade, norma esta que não aceita nenhum desvio das condições que propõe como medida de normalidade.

Então, o indivíduo passa a ser visto como doente, pois é incapaz de ser normativo. Por outro lado, a saúde seria, portanto, não apenas “ser normal”, mas também ser capaz de se adaptar à todas as exigências impostas pela sociedade. Isto é, estar absolutamente adaptado ao seu ritmo, seja ele criativo ou alienante, bem como ser capaz de criar, recriar e seguir normas de vida já que “o normal” é não questionar, mas somente reproduzir comportamentos, ações e reações. Será este um homem ou uma máquina? Tais concepções distanciam cada vez mais a ideia de que a saúde do ser humano está relacionada com o sentimento de segurança vivenciado pelo indivíduo que mesmo estando inserido em uma sociedade doente, possa manter-se mais saudável ao descobrir que ao ser humano não se impõe limites (CANGUILHEM 2002, apud PIZZINATO; LINDERN; BRUNET; SILVA, 2010).

Em um breve resgate sobre o que foi abordado no início deste estudo em torno da compreensão acerca da normalidade - anormalidade ou saúde-adoecimento foi possível observar que na idade média esta condição era apontada como inadequada e, portanto, aqueles que nela se enquadravam eram excluídos. Atualmente, uma inversão distorcida parece estar ocorrendo, pois, se considerarmos o quantitativo de pessoas que fazem uso de medicações de ordem psiquiátrica, percebe-se que excluídos são aqueles que não têm um diagnóstico e utilizam remédios como parte da ordem do dia. Seguindo a expansão do DSM 5, quase todos nós teremos uma patologia e, conseqüentemente, a medicação apropriada para redução do sintoma. Hoje, anormal parece ser quem não tem seu diagnóstico e não usufrui dos avanços da indústria farmacêutica para ser feliz, para dormir, acordar, reduzir o apetite, ser mais ativo ou mais quieto. É normal?

No tocante a essas questões, trazer para o debate científico a relatividade de significação da normalidade e da loucura tem sido um desafio aos estudiosos mais inconformados com as imposições e moldes criados pela e para a sociedade. A Psiquiatria, aliada à indústria farmacêutica, tem construído caminhos em que o posicionamento do homem, bem como seus sentimentos e forma de pensar no mundo, ficam cada vez mais camuflados pelos efeitos do uso indiscriminado de medicamentos que, em meio aos efeitos colaterais, acabam muitas vezes cerceando a autonomia e a capacidade do indivíduo de refletir e buscar soluções em prol da melhoria de sua própria condição. É partindo de tais constatações que repensar e questionar as crenças apropriadas pela sociedade e pelos que estão comprometidos com a promoção da saúde mental se faz relevante, assim como a criação de espaços para elaboração de novas

formas de cuidar do ser humano, tanto no que se refere à prevenção quanto aos cuidados destinados aos que se encontram em sofrimento.

A publicação da última versão do DSM tem gerado uma diversidade de posicionamentos, bem como uma diversidade de reações um tanto relevantes. O referido manual tem despertado, não somente na comunidade científica da saúde, a necessidade de uma revisão acerca do que se convencionou considerar normal e patológico. Nesse sentido, cabe questionar se o referido Manual se deu com base em novas descobertas científicas, ou seria a criação de novos arranjos e agrupamentos de sintomas reorganizados para fins de incentivo ao uso de medicamentos.

A criação desenfreada de quadros psicopatológicos, bem como o incentivo ao consumo das pílulas terapêuticas carregadas de promessas de bem estar, tem gerado a necessidade de uma reflexão acerca da necessidade de construção de um programa clínico destinado aos que expressam variações emocionais e comportamentais, não necessariamente merecidas de um enquadre psicopatológico. O futuro do homem, em meio a tantas classificações, parece estar fadado ao extermínio de sua subjetividade em detrimento das categorizações que auxiliam os avanços científicos, não necessariamente com o principal objetivo de melhoria da qualidade de vida, mas como forma de facilitar a criação e recriação de novas drogas que trazem em seus rótulos a promessa da felicidade (TEIXEIRA; IANNINI, 2013).

Assim posto, a busca pela ressignificação acerca da normalidade e da loucura parte da necessidade de se resgatar a capacidade de autonomia do indivíduo frente ao seu sofrimento, bem como criar um espaço em que o ser humano possa entrar em contato com sua subjetividade sem que esta seja camuflada pelos efeitos de drogas. Assim sendo, vale salientar que na sociedade contemporânea em que, não raras vezes, a medicalização poda o poder criativo do indivíduo, o homem deixa de perceber a existência de um limite entre o moral e o patológico, ou seja, o limite entre o que é próprio do ser humano, e seu processo de adoecimento em determinadas etapas da vida. Os sentimentos e sensações passam de humanos para patológicos; há um evidente desprezo quanto às formas de sofrer; a capacidade de espanto fica cada vez mais camuflada pela anestesia exigida pelo meio social; a adequação é cobrada de forma brutal e desumana, pessoas adoecem física e/ou mentalmente e, por estarem longe de si

mesmas, imersas em um contexto doente, ainda se questionam o que as levou a adoecer (DUNKER, 2013).

Parece cada vez mais forte a necessidade de aproximação entre o cuidador e aquele que é cuidado. Longe de técnicas, teoria, tratamentos e planos de intervenção, o ser humano precisa do contato com outro ser humano que considere sua subjetividade e sua forma de ser no mundo mediante um olhar integral, sem chama-lo de normal ou anormal. De acordo com Pereira (2013), há um crescente “esvaziamento” da importância atribuída às relações humanas; o vocabulário técnico da psiquiatria passou a fazer parte da vida cotidiana e a normalidade entra em processo de adoecimento enquanto que a anormalidade passa a fazer mais sentido.

Discutir sobre a construção dos conceitos de normalidade e anormalidade ao longo da história e na sociedade contemporânea, bem como propor uma ressignificação para tais conceitos torna-se um enorme desafio. Destinar um olhar crítico, integral e mais humanizado tanto para as pessoas que são consideradas “loucas”, como para a sociedade que, em meio a sua rigidez, os enxergam como tal, é desconstruir uma diversidade de crenças enraizadas na sociedade que acredita encontrar equilíbrio por meio destas.

Nessa perspectiva, o questionamento de normas, padrões de comportamentos, assim como as regras instituídas no meio social torna-se um desafio ao passo que se compreende que o espaço para discussão no meio científico ainda é muito limitado, o que gera uma sociedade que parece não estar disposta a desconstruir conceitos e repensar acerca dos padrões de conduta que ao longo de toda a vida lhes serviram de base.

Assim, partindo da constatação de que a sociedade enfrenta mudanças em grande parte das suas esferas, e que tais mudanças sugerem a busca por novas formas de organização social, emerge a necessidade de um resgate ou uma reconfiguração de valores humanos. O homem vem reagindo a essa necessidade de mudança ao passo que adenta em processos de adoecimento físico e/ou emocional, ‘inexplicáveis’, por não terem recursos suficientes para lidar com uma sociedade que exige mais do que ele pode oferecer em determinada etapa de sua vida. Estes, em busca de ajuda, apelam para as alternativas mais rápidas- como os medicamentos- e que possam lhe dar suporte para voltar ao ritmo frenético da sociedade com a qual estão habituados.

Portanto, faz-se necessário ressaltar e resgatar a capacidade de espanto e crítica dos indivíduos que anestesiados pelo “É assim mesmo...!” da sociedade, são induzidos a se adequarem a uma sociedade que não aceita a expressão das individualidades. O homem, por sua vez, desemboca em um processo de adoecimento e anestesia emocional ao passo que se adequa, e se acostuma com os absurdos cotidianos, direcionados aos outros e, sem perceber, a si mesmo. Seguindo esta lógica, sobrevive quem mais desenvolve a capacidade de anestesia, no qual o absurdo deixa de o ser aos olhos de quem está disposto a se acostumar. Este, também está, provavelmente, convencido de que o normal é não mais se espantar com o que o absurdo. Assim, resta aos mais sensíveis e menos aptos ao convívio social o destino de se espantar com o que é “normal”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE P. Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia. História, Ciência, Saúde. Manguinhos. I (1): 61-77, Jul. – Out., 1994.

AUGRAS, M. O Ser da Compreensão: Fenomenologia da Situação de Psicodiagnóstico. 12ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004.

BARBOSA, V.; SOUZA, P. K. ; DIMENSTEIN, M. (2009). Trabalhadores de saúde mental frente ao fechamento de um hospital psiquiátrico. In: M. Dimenstein (Org.). Produção do conhecimento, agenciamentos e implementação no fazer pesquisa em psicologia. Natal, RN: Editora da UFRN.

BASAN, A. Uma alma não se fatia como se fatia um corpo: As consequências do modelo médico para o setor da saúde mental. Espaço Revista Cult, Ano16, n.184, p. (28-31), São Paulo, Out. 2013.

BORGES, F. M. O. O nascer da Reforma Psiquiátrica. Psicologado Artigos. 2013. Disponível em:< <http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatria>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. 2ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982. 270p.

CAPRA, F. O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. 25ed. São Paulo. Cultrix, 1982. 447 p.

CASTELO BRANCO, P. C. A noção de organismo no fieri teórico de Carl Rogers: Uma investigação epistemológica. 2010,160 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza- CE, 2010.

CAVALCANTI, M. T.; NOVELLINO, F. S. M.; MESQUITA F. J. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. Caxambu – MG. 2010.

CLÍMACO, J. C. Discursos jurídicos e pedagógicos sobre a diferença da educação especial. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais com orientação em educação) – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Sede Acadêmica Argentina, 2010.174 f.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - XV Plenário- Gestão 2011-2013 Subsídios para a Campanha: Não à medicalização da vida. Disponível em: Acesso em: 15 de nov. 2013, em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf

DUNKER, C. O sequestro da Neurose. Espaço Revista Cult, Ano16, n.184, p. (32-37), São Paulo, Out. 2013.

FOUCAULT, M. Doença Mental e Psicologia. 2ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 99p.

IANNINI, G.; TEIXEIRA, A. O futuro de uma classificação. Espaço Revista Cult, Ano16, n.184, p. (24-27), São Paulo, Out. 2013.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e Colaboradores, Ed.Artmed, Porto Alegre, 2005, p. 30.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p. 1. Saúde mental – Assistência - Organização. 2. Rede de Atenção à Saúde Mental. 3 Programa Saúde em Casa. I. Título

MONTEIRO, N. M. O ser terapeuta humanista-existencial e sua postura na psicoterapia infantil. In: Ser e existir: centro de estudo da pessoa, [s.p.], [s.d.]. Disponível em: http://www.sereexistir.com/docs/natacha/artigo_postura.pdf. Acesso em 2 jul. 2013.

MORAES FILHO, M. A. P. de. Evolução histórica da inimputabilidade penal: uma abordagem cronológica da loucura na humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/8234>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MOREIRA, W. Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceito e estratégias para confecção. Janus. n.1, 2004.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.2, pp. 265-287.

OLIVEIRA, C. L. O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental. In: Encontro Nacional ABRAPSO, n. XVI, 2011, Recife. Apresentação Oral em GT. Disponível em:<
http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=1084>. Acesso em 07 ago.2013.

PEREIRA, M. E. C. O DSM e a crise da Psiquiatria. Espaço Revista Cult, Ano16, n.184, p. (38-45), São Paulo, Out. 2013.

PESSOTI, I. A loucura e as épocas. 2ed. Rio de Janeiro. Editora 34, 1995.

PIZZINATO, A.; et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. Aletheia[online], n.32, pp.195-197, Rio Grande do Sul, maio/ago. 2010. ISSN 1413-0394

ROGERS, C.; STEVENS, B. De pessoa para pessoa: O problema de ser humano. 3ed. São Paulo. Livraria Pioneira Editora, 1987.

SADE, R. M. S.; BRAGANÇA, J. Caminhos da Desinstitucionalização: Um estudo e a implementação de residência terapêutica infanto-juvenil para crianças e adolescentes que apresentam quadros psiquiátricos e neurológicos. Campus de Marília – Faculdade de filosofia e ciências de Marília.

SAFATLE, V. O poder da Psiquiatria: O que está por trás do DSM-5 e sua tentativa de transformar a experiência do sofrimento em patologia a ser tratada. Espaço Revista Cult, Ano16, n.184, p. (22-23), São Paulo, Out. 2013.

SCHNEIDER, D. R. Uma Breve História da Clínica e da Psicologia Clínica. São Paulo: PUC/SP, 2002.

THOMA, A. S. Entre normais e anormais: invenções que tecem inclusões e exclusões das alteridades deficientes. In: PELLANDA, N. M. C.; SCHLÜNZEN, E.; SCHLÜNZEN, K. (Orgs.). *INCLUSÃO DIGITAL: tecendo redes afetivas/cognitivas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. (ISBN: 85-7490-301-9).

WEIL, P. Introdução ao tema da normose. In: WEIL, P. & LELOUP, J.Y. & CREMA, R. Normose: a patologia da normalidade. Campinas: Verus, 2003. p. 17-25.