

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

AYRA OKUZONO DOMINGUES

**Caminhos da/na Loucura: Vincent e eu**

MARINGÁ  
2020

AYRA OKUZONO DOMINGUES

**Caminhos da/na Loucura: Vincent e eu**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PGC) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Sociedade e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Drº Fagner Carniel

MARINGÁ  
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP) NBR 12899, conforme o Código de Catalogação Anglo-Americano (AACR/2), que representa o registro das informações que identificam a publicação na situação atual.

Nota: Elaborado somente pelo profissional Bibliotecário

## AGRADECIMENTOS

O trabalho de escrever é algo muito solitário, subjetivamente falando. É um processo criativo que demanda tempo e auxílio, mesmo assim, a sua execução não está ileso a solidão. Múltiplos sentimentos me invadiram no decorrer desse processo, assim como a entrada e a saída de várias pessoas e coisas no trajeto dessa pesquisa. Descobertas, certezas e dúvidas foram as principais características presentes e mapeadas por mim, até aqui. Esses agradecimentos são sinceros e de profunda importância, pois é uma forma de elucidar os auxílios que tive.

Ao professor Fagner Carniel, meu orientador de pesquisa, desde o segundo ano de graduação em Ciências Sociais. Não me orientou só nos âmbitos acadêmicos, mas também nos caminhos tortuosos da vida, com sua paciência e sensibilidade. Suas instruções ainda ecoam ao longo da minha caminhada e continuarei a aprender coisas novas, por meio delas. Sem dúvida alguma, um grande exemplo da capacidade humana de sensibilidade, auxílio e paciência. Obrigada por continuar ao meu lado, mesmo quando eu não pude estar muito presente.

À professora Eliane Sebeika Rapchan, que me apoiou tanto quanto o Fagner, mas, em especial, por compartilhar coisas em circunstâncias tão problemáticas, fazendo-me acreditar novamente no processo criativo. Seu apoio, principalmente, em relação a pertencermos ao gênero feminino, foi e é de profundo aprendizado. Como também, a atenção e disponibilidade do professor Leonardo C. Campoy, que mesmo distante, geograficamente falando, e limitado a poucos encontros, recebeu meu trabalho com carinho.

À minha família, isso inclui meus amigos, meus sinceros agradecimentos. Meus avós, primas e primos, conforme puderam, estiveram ao meu lado. Em especial, Lucio K. Okuzono, por me dar autonomia, mesmo quando eu achei que não era possível tê-la. Obrigada é uma palavra muito limitada para dizer tudo o que sinto por você, além do quanto você é o responsável por me fazer continuar aqui. À matriarca e ao patriarca de uma família singular, Maria Luzia Okuzono e Kazuo Okuzono. Existências necessárias. Meu apoio emocional, aterramento e oportunidade de afeto. Escolheram-me e criaram como filha; obrigada. Á minha irmã, Alanis M. Okuzono, fica a gratidão pelas risadas, nos diversos momentos de tensão, ela foi responsável por me fazer rir, como ninguém mais. Assim como, Eloisa P. Pimentel e Natália F. Vieira, que para além disso, me ajudaram a executar esse processo criativo, auxiliando-me nos desabafos e no apoio emocional, cultivado ao longo de muitos anos.

Sinto muito, mas tenho certeza de que esquecerei de alguns nomes, isso não os torna menos importantes. Walter Praxedes, Rodrigo S. Lima, vulgo: Peska, Gabriela S. Vieira (psicóloga e amiga), André Matheus S. Franke, Vitor de Canine, Liz R. Okuzono, Luís Fernando S. Azevedo, Marcos P. Coelho, Ana Laura S. Silva, Bruna Stoél, Bruna Ross, Thaíssa Baggio e Eduardo Almeida. Toda equipe do PROPAE, núcleo de acessibilidade incrível, prestando serviços dentro e fora da universidade, proporcionaram muitos encontros, com as mais diversas pessoas. Ao Filipe V. Faeti e a Luara Paula V. Baia, que participam dos mesmos programas de pós-graduação comigo. Choramos e rimos juntos, inúmeras vezes. Diariamente nos comunicávamos e nos comunicamos, compreendendo e amparando os processos de cada um. Agradeço muito pela amizade, que, com certeza, será levada adiante.

E, finalmente, Kaue Felipe Nogarotto Crima Bellini. Deu-me o que nunca achei que fosse possível ter, só isso já diz tudo sobre nossa relação. Não me estenderei mais, pois, o restante, palavras não conseguiriam expressar.

Não posso deixar de agradecer também o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001. todo o departamento de pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá (UEM), desde os servidores aos professores, muito gentis e solícitos.

Por fim, aos não citados, vocês sabem, pessoalmente, da minha gratidão por tudo.

*Estas vidas, por que não ir escutá-las lá onde  
falam por si próprias?*

*Michel Foucault, O que é um autor? 1969.*

## **Caminhos da/na Loucura: Vincent e eu**

### **RESUMO**

O que a trajetória de Vincent Van Gogh teria a nos revelar sobre as tensões que envolvem as categorias de normal e de anormal na experiência social? Neste trabalho, não tenho a pretensão de explicar a história de Vincent, mas partir dos múltiplos relatos disponíveis acerca de quem teria sido o célebre artista holandês para refletir sobre experiências vividas por outras pessoas que, como eu, também se depararam com a “loucura”. Desse modo, proponho uma análise ancorada na reconstrução arqueológica de aspectos de uma história europeia da loucura, em que situa Vincent em relações de saber-poder características de sua época, para cotejar aquele tempo com outras experiências que marcam o nosso tempo. A intenção, portanto, é a de argumentar que, apesar da força que as instituições normalizadoras exerceram e ainda exercem sobre as pessoas por elas anormalizadas, outros sentidos, sensibilidades, projetos e possibilidades também são produzidos por quem se encontra e caminha com a loucura. Por fim, procuro argumentar que se realmente pudermos anormalizar a antropologia, então, talvez, possamos vislumbrar maneiras anormais de comparar as histórias, as trajetórias e as experiências humanas.

**Palavras-chave:** anormalidade, antropologia, estudos da deficiência, loucura, Vincent Willen Van Gogh.

## **Paths of Madness: Vincent and I**

### **ABSTRACT**

What would Vincent Van Gogh's trajectory reveal to us about the tensions involving the categories of normal and abnormal in social experience? In this work I do not pretend to explain Vincent's story, but to start with the multiple reports available on who the famous Dutch artist might have been to reflect on experiences of others who, like me, have also encountered "madness". In this way, I propose an anchored analysis in the archaeological reconstruction of aspects of a European history of madness, which places Vincent in the relations of know-power characteristic of his time, to compare that time with other experiences that mark our time. The intention, therefore, is to argue that, despite the force that the normalizing institutions have exercised and still exert on the people they unformed, other senses, sensibilities, projects and possibilities are also produced by those who find themselves and walk with madness. Finally, I try to argue that if we can really anormalize anthropology, then perhaps we can glimpse abnormal ways of comparing human histories, trajectories, and experiences.

**Keywords:** abnormality, anthropology, disability studies, madness, Vincent Van Gogh.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Autorretrato com a orelha cortada..... **Error! Bookmark not defined.**
- Figura 2 - Os comedores de batatas..... **Error! Bookmark not defined.**
- Figura 3 - Retrato de Dr. Feliz Rey ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Figura 4 - Campo de Trigos com Corvos ..... **Error! Bookmark not defined.**

## Sumário

1. Apresentação ..... **Error! Bookmark not defined.**
2. Ultrapassando conceitos: identidade, loucura e vivência **Error! Bookmark not defined.**
3. Vincent Willem van Gogh: entre a anormalidade e a normalidade ..... **Error! Bookmark not defined.**
4. Mais do que caminhar, pensar/pisar sobre o terreno **Error! Bookmark not defined.**
5. Conclusão ..... **Error! Bookmark not defined.**
6. Referências ..... **Error! Bookmark not defined.**

## 1. Apresentação

Perante as questões emergentes sobre “normalidade” e “anormalidade” no cenário geral da ciência, o presente trabalho se apresenta necessário. Questões como: onde o “anormal” habita? Que caminhos ele percorre? Por que se produz sobre e não com ele? Levantaram-se como urgentes. Recorrendo a uma história antiga, desconhecida e normalizadora, tento mostrar como ela se repete até a atualidade. De formas mais elaboradas, com outras nuances e maneiras de ocorrer, ela continua a se concretizar, moldando corpos, invisibilizando pessoas e silenciando trajetórias. Sendo pesquisadora e “afetada”, entendo esse trabalho como necessário em minha “caminhada”. Com o claro objetivo central de ocupar um lugar que constantemente me é negado, assim como para os demais “anormais” / “loucos” / “doentes” / “enfermos”, está pesquisa está sendo realizada. “Esta”, porque ela permanecerá em movimento, mesmo depois de ser formalmente concretizada. Não há intuito de ser uma cristalização, pelo contrário, a metodologia se dá com o movimento próprio do desenvolvimento da mesma, o que a também torna próxima dos apêndices do livro: *Bruxaria, oráculos e magia ente os Azande* de Evans-Pritchard (19798), onde ele mostra outras formas de se contar a mesma pesquisa.

A metodologia e dinâmica é exposta através das teorias de Tim Ingold (2005-2011). Ele é o mais próximo até o presente momento, em apresentar algo que possa me contemplar e ajudar, academicamente, além dos outros âmbitos do conhecimento. A forma de entender como as “coisas” são complexas tornam o discurso dentro da ciência mais perceptivo e atento. Assim como ele, Foucault (1978-2006), Fravret-Saada (2005), Veena Das (2011), Donna Haraway (1995), Levi-Strauss (1984), Marcel Mauss (2003), Vincent Willem van Gogh (1853-1890), Theodorus van Gogh (1857-1891), Gilles Deleuze (2013), entre outros, elucidam as problemáticas pertinentes a este trabalho e a vida das pessoas pertencentes às mesmas categorias que as minhas, aparentemente. Dessa forma, trago alguns relatos de Vincent e meus, a fim de demonstrar como a ciência pode contemplar, em alguma medida, a vida e suas interpretações, tanto científicas ou não.

Acometido pela “doença” em dois mil e dezesseis (2016) – segundo laudos médicos e convencionalidades sociais que mapeiam tal “estado” – me vi desconfigurada como pessoa. Excluída da “normalidade” e realocada em outra categoria, a de “louca”,

me vi e fui incapacitada de compreender, em um primeiro momento, meu local de habitação e de interlocução. Posteriormente, tendo acesso a profusas “narrativas”, convivências, materiais, entre outros recursos, pude adentrar a um novo mundo, que passei a “habitar”. Entendi, tardiamente, que não pertencia apenas a ele e à nenhum outro conhecido. Pude entender que não existe “cura”, nem estado de “permanência”, as coisas são transitórias, fluidas e complexas. O possível é dedicar-se a compreender alguma porção, frutificando assim, apenas um predicado do real. Algo, aparentemente, insuficiente, mas não é.

Vivendo diretamente ligada a algumas trajetórias, como: da minha tia, primos, amigos e colegas, com quem dividi e divido o espaço de acessibilidade, na universidade e fora dela, pude observar a “anormalidade” para fora do meu “corpo”<sup>1</sup>. Meu processo de conhecimento e autoconhecimento; também envolveu percepções do outro, e para demonstrar isso, grafo o primeiro capítulo e toda a dissertação. Tento roborar como Vincent foi/é importante na minha vida e como sua história se liga a minha, divulgando o movimento que tivemos como favorável para outras pessoas. Quero comunicar algo, mas antes disso, tive que ser ouvinte, processar, e encontrar formas de transportar minhas novas significâncias. Tive que olhar os demais, entender o lugar e sua importância, que não era compreendida por mim, em sua totalidade, para então, procurar<sup>2</sup>, minha subjetiva ordenação. Nossas “narrativas” são pertinentes. Dizemos sobre a realidade de muitos que são invisibilizados e calados. Estamos nos dispendo – não só nesse trabalho – a ocupar e auxiliar pessoas a fazerem isso. Trabalho esse que não é simples.

Ao entender a relevância e importância dos nossos discursos<sup>3</sup>, mapeio como ele foi moldado até a atualidade, normalizando e excluindo, através de uma “arqueologia do saber”; dada no decorrer do tempo. Resgato desde a Era Clássica, passando pela Idade Média, até os tempos atuais, como fomos/somos condicionados a esses movimentos de submissão e ressignificação. É por isso que o capítulo dois é mais sistemático, é designado a construir toda uma história da “loucura”. Também passa pelos processos sistemáticos de “cura” e abrange as ideias congruentes ao cosmo dos “loucos”. É uma análise mais voltada a história, que conseqüentemente, Vincent estava inserido. Ilustro com as ocorrências de sua vida; como seu sofrimento teve uma construção equivocada e sua

---

<sup>1</sup> Referente ao conceito de Foucault e Mauss.

<sup>2</sup> Talvez, encontrar.

<sup>3</sup> Graças as obras de Michael Foucault.

“resistência” o ajudou a ter autonomia, sendo construída através do “desvio”. Conceitos esses, citados anteriormente e que serão apresentados e desenvolvidos no capítulo três.

“Uma “época” não preexiste aos enunciados que a exprimem, nem às visibilidades que a preenchem. São os dois aspectos essenciais: por um lado, cada estrato, cada formação histórica implica uma repartição do visível e do enunciável que se faz sobre si mesma; por outro lado, de um estrato a outro varia a repartição, porque a própria visibilidade varia em modo e os próprios enunciados mudam de regime. [...]” (Deleuze, 2013, p. 58)

Para finalizar, retomo todo esse processo criativo; de internalização e anunciação. Identificando como a narrativa de Vincent deu local a minha e como isso foi e é importante para mim e para o cenário da “anormalidade” em geral.

## 2. Ultrapassando conceitos: identidade, loucura e vivência

Imagem 1 – Autorretrato com a orelha cortada



Fonte: pintura de Vincent Van Gogh, janeiro de 1889.

Já não sei mais, precisamente, quantas vezes folheei os livros de pinturas de Vincent Van Gogh<sup>4</sup> que tinha em minha casa, enquanto imaginava, aflita, uma maneira de começar este texto. Lembro-me apenas que perturbava a ideia de um número incontável de pessoas, ano após ano, já terem visto e revisto cada uma daquelas obras eternizadas pela enorme popularidade do artista holandês. Em meio a imensidão de impressões, opiniões e análises, o que teria eu, uma jovem pesquisadora do norte do Paraná, a dizer a respeito daquilo tudo? Por onde poderia começar a puxar os primeiros

---

<sup>4</sup> As menções ao nome de Vincent Willem van Gogh, irão variar entre: Vincent, para conotar o conceito de pessoa. E Van Gogh, para se aproximar mais da imagem dele como pintor/artista.

fiões de uma história que atravessou o século XX (vinte), multiplicando-se indefinidamente? Que tipo de narrativa poderia ser redigida sobre a trajetória de uma personalidade tão re-conhecida dentro e fora do universo da pintura?

Talvez tenham sido essas inquietações que me levaram ao *Autorretrato com a orelha cortada*, de Van Gogh, talvez tenha sido outra coisa – já não importa. O fato é que depois de testá-lo como uma entrada pictórica possível para a história que pretendo contar, não pude mais pensar sobre a vida de Vincent Van Gogh e sobre o modo como sua figura pública é atravessada por representações de loucura e de normalidade sem esse quadro. Afinal, trata-se de uma obra que parece materializar aspectos centrais do modo como o imaginário ocidentalizante hegemônico na modernidade costuma se relacionar com quem não se conforma ao espectro da normalidade.

Pintado em 1889 (mil oitocentos e oitenta e nove), na cidade de Arles no sul da França, o *Autorretrato com a orelha cortada* representa, para mim, o encontro dos extremos, loucura e normalidade, pintor e pessoa, dor e transformação. Olho para a pintura como se fosse um espelho, o que pode assustar e trazer conforto ao mesmo tempo. Mesmo distante do ano de 1889 (mil oitocentos e oitenta e nove), distante da Holanda e de todo um aparato social distinto de hoje, existem certos assuntos que de uma maneira ou de outra permanecem vivos. Um deles, é a questão da polarização entre normalidade e anormalidade, e que pretendo aqui, tratar das relações que as permeiam e a que as mesmas constituem. Para ter o vislumbre dessa ideia a ser explorada, tive primeiro, que adentrar a história de Vincent e posteriormente a minha – sendo que elas me despertaram tais interesses, culminando em uma reflexão dentro das teorias e fora delas, na minha narrativa e na de Vincent.

Não falo de maneira leviana que sinto e vejo minha história se cruzar com a dele. Quando nos referimos a determinados grupos sociais excludentes, deparamo-nos com aspectos ressaltados em comum. O que teria eu, uma pesquisadora, jovem, em comum com tal pintor renomado? Talvez, com o pintor em si eu não tenha nada, mas com a pessoa que ele foi e sua convivência com a loucura, é possível afirmar que conheço tanto quanto ele sobre tal relação. Porventura, a minha história tenha a comunicar, assim como a de Vincent teve para mim. Não são trajetórias para servir de apoio, nem de exemplo. Não são literaturas, muito menos romances como socialmente estamos acostumados a caracterizar histórias tristes. São apenas vivências que podem comover e ter algo a dizer

a uma determinada pessoa. É nesse sentido que pretendo compartilhar, aqui; minha caminhada, à luz da de Vincent, que tem perpassado pelos fios da minha vida, tecendo uma “malha” em comum.

Através das narrativas de Vincent, sendo lidas por um viés mais emocional do que pragmático, pude ir encontrando aspectos que serviam de acesso a minha própria história. Fazer esse movimento, de usar chaves de acesso que já foram usados anteriormente por outra pessoa, me fez ver as coisas através de novos ângulos. Por isso, fiz questão de ressaltar a leitura/identificação como emocional, pois ela vai para além de metodologias rígidas – não deixando de usa-las nesse movimento sincrônico. Ou seja, tal movimento que acabei por fazer pode servir a outras pessoas e, também, nos ajudar a entender a loucura/anormalidade perante o atual cenário que vivemos<sup>5</sup>.

\* \* \*

Ao longo do ano de dois mil e dezesseis (2016), a patologia se manifestou em mim de maneira abrupta, rígida e maçante. Diagnosticada inicialmente com Síndrome do pânico e, posteriormente, com mais cinco tipos de distúrbios/transtornos, incluindo depressão, vi-me obrigada a viver de modo diferente, seja pelos tratamentos, pela minha mudança física ou pela reação social no meu entorno. Uma nova forma de viver era necessária, até mesmo porque não conseguia mais viver segundo minhas formas anteriores. Talvez, isso pode ser visto como algo que se impôs de maneira tirânica, por que é assim que a “patologia” se apresenta inicialmente, no entanto, com o tempo, essa interpretação pode se tornar mais branda, tanto para a pessoa que é seu receptáculo quanto para os arredores que a influenciam diretamente. Aqui é válido deixar claro que o “brando” não deve ser romantizado, apenas deve conotar a definição de que a patologia pode despertar mais de uma interpretação e mais de um sentimento. Toda essa análise feita em poucas linhas, na verdade, demora um tempo muito maior para ser elaborada na vida social, visto que se trata de um processo constante, que não se sabe exatamente o ponto de partida, nem seu ponto final. Relato quando a “patologia” se manifestou de

---

<sup>5</sup> Um cenário contemporâneo e diferente dos de antes.



maneira exacerbada socialmente para mim e os demais, porém acredito que ela se manifesta desde que tenho minha primeira memória, portanto isso não me gera nada necessariamente ruim, talvez ela nem seja manifestação e, sim, parte intrínseca a mim.

Como Vincent, ou melhor, com os relatos que disponho a respeito de sua trajetória, não parece ter sido diferente para ele. Nascido em 30 (trinta) de março de 1853 (mil oitocentos e cinquenta e três), na Holanda, Vincent viveu boa parte de sua vida alheio às experiências habitualmente classificadas por meio do espectro de “loucuras” inteligíveis em sua época. No entanto, aos vinte anos, ou antes, essas experiências invadiram sua existência de modo implacável, em que o mesmo foi obrigado a olhá-las e repensar seus novos caminhos. Não era só uma questão de escolhas, mas de condições em relação às novas necessidades que apresentava. Tentar ser padre, tornando-se, por um breve período, missionário, pois não se enquadrou no papel sacramental, foi o caminho que tinha para tentar atender sua particularidade altruísta. O mesmo movimento pode ser identificado quando ele passa a se dedicar à pintura, pois era o caminho possível, o que dispunha no momento para atender suas vontades e necessidades na época. Esses movimentos, geralmente, são romantizados pelos locutores, todavia, essa interpretação talvez seja equívoca. Quando ele concorda com seu irmão Theo e os médicos que o tratavam, resolvendo optar pela sugestão do internamento, não foi de fato uma escolha; não é como se alguém simplesmente estivesse escolhendo o que irá consumir em suas refeições. Perante as possibilidades de que dispunha, frente os aparatos de poder, institucionais ou não, foi a forma mais próxima que ele conseguiu chegar da “normalidade”, o que, para ele, era uma questão central no momento. Há inúmeras cartas em que Vincent relata sua inquietação e descontentamento com a “anormalidade” que o permeava, deixando compreensivo seu desejo, mesmo que esse se apresente de maneira furtiva por vezes, de ser como esperavam que ele fosse. Esse momento da vida de Vincent, do internamento, seja ele o primeiro ou o segundo, mostra como ele, de alguma forma, sofreu com as construções “normativas” que sempre o permearam.

O antagonismo, a polaridade, a divisão, e, possivelmente, a dicotomia, são de conhecimento comum quando tratamos de dois conceitos: “normalidade e “anormalidade”. Isso pode ser ilustrado e averiguado nos estudos clássicos sobre “deficiência”, que mostram como o anormal é concebido através do normal, causando

grande equívoco no que tinha sido produzido até então<sup>6</sup>. Esse novo olhar sobre um tema pouco falado, nos proporciona compreensões para além dele, se estendendo por toda a ciência.

Porém, quem vive em tal divisão em seu corpo, abrigando os dois polos ao mesmo tempo ou sendo excluído de ambos simultaneamente, pode proporcionar entendimentos outros sobre tais habitações. Isso não significa que outras narrativas não possam ser formuladas e apresentadas por pessoas socialmente reconhecidas como “normais”. Significa apenas que talvez possamos pluralizar as narrativas para diversificar as formas de se entender e se relacionar com a normalidade e a anormalidade.

É nessa perspectiva que tento trazer neste trabalho as minhas experiências com o “normal” e o “anormal”. Especificamente, nesse capítulo tentarei mostrar mais a divisão e o antagonismo que habito ao qual não pertencço precisamente a um deles. Aqui, explicarei minha “malha”, única, mas que pode ter muito a comunicar para quem também não pertence a nenhum “habitar” comum ou, aparentemente conhecido. É como se nosso universo fosse constituído apenas por dois planetas comuns (normal e anormal), assim tudo o que vive em volta é visto como “corpo estranho”, nos termos gerais da astronomia. Desse modo, procurarei me resgatar como pessoa, doente, pesquisadora, curada, juntamente com a história que disponho de Vincent Willem van Gogh, a fim de ilustrar o espaço de quem aparentemente não tem.

Embora existam diversos indícios materiais que tornam experiências como as de Vincent, ou as minhas, fenômenos sociais palpáveis para as pessoas e administráveis por parte das instituições modernas, há algo em nossas relações com o mundo que escapa aos modelos hegemônicos de descrição, de interpretação e de intervenção sobre a loucura. Trata-se deste lugar social ambíguo, tido muitas vezes como “inadequado”; deste modo de pensar e de fazer que muitas vezes é incompreensível; deste corpo que não manifesta fisicamente sua “doença” e nem se abre para um tratamento controlado; ou ainda, para utilizar uma noção de Deleuze (1992), de um “ponto de fuga” que parte da percepção cultural de normalidade para vincular nossas experiências com o universo desconhecido e indeterminado da anormalidade. Nesse movimento, a loucura que supostamente estaria em nós e que se manifestaria em dimensões imprevisíveis de nossas existências no mundo abarca representações sociais das mais diversas e contraditórias.

---

<sup>6</sup> Caponi, 2012.

Os relatos da minha vida pessoal não serão apenas para ilustrar a minha proximidade de loucura<sup>7</sup> com a da de Vincent. Talvez seja possível dizer que são os relatos sobre a vida de Vincent que me possibilitaram narrar minhas experiências e tornar tais narrativas um pouco mais inteligíveis para quem ler este ensaio (auto)biográfico. É esse tipo de analogia entre duas trajetórias; aparentemente distintas, que pretendo levar ao meu leitor, como se assim, quem sabe, ele também possa ser acometido pelo “anormal” a fazer. Esse movimento, portanto, não tem o intuito de gerar empatia ou identificação, tem como objetivo mostrar a potencialidade de caminhadas que; tradicionalmente, são excluídas dos discursos vigentes. Ou seja, trata-se de um tipo de elucidação que pretende assumir o seu local de fala; um local sistematicamente tornado inexistente pelas narrativas hegemônicas. Quem vive nesse “limbo”, se assim posso denominar em um primeiro momento, deve redigir discursos do seu próprio lugar, como direito e uma forma de exercer autonomia<sup>8</sup>, colocando abaixo os demais discursos emitidos por fontes que não vivem e nem se aproximam muito da realidade estudada.

Como pessoa e pesquisadora, pude tomar o conhecimento desse meu local de fala quando acometida pela enfermidade<sup>9</sup>. Muitas das pessoas ao meu redor, que também experimentam esse tipo de “limbo” intelectual e existencial, talvez não possam aceitá-lo como “representativo”. No entanto, não tenho a intenção de estabelecer um local de fala representativo de alguém ou algum estado de espírito; pretendo apenas apresentar e refletir, da maneira que posso, sobre o lugar onde me encontro, com essa língua que me habita, e sem a pretensão de estabelecer qualquer identidade coletiva. Não foi um movimento simultâneo: reconhecer meu lugar de fala e estar/ficar/ser “doente”. Sofri e ainda sofro a ansiedade de ter de me expressar a partir de perspectivas que reiteram o paradigma da normalidade; essa “linguagem” colonial que não me descreve adequadamente, mas para a qual também não consigo me desvencilhar plenamente. Nesse sentido, para me ajudar a elaborar um discurso que favoreça a enunciação desse meu lugar, um discurso certamente político, sobretudo sensível, busquei auxílio em duas autoras. São elas: Favret-Saada (2005) e Veena Das (2011), responsáveis por desenvolver

---

<sup>7</sup> A palavra é usada propositalmente, porque remete a uma construção simbólica ainda vigente, e faz referência direta ao período em que Vincent Willem van Gogh viveu.

<sup>8</sup> O termo “autonomia” será mais elaborado posteriormente, frente a análise do conceito de solidão.

<sup>9</sup> Enfermidade será apenas umas das várias nomenclaturas usadas no decorrer do presente texto, para se referir a ambiguidade que conota o estado de “doença”.

algumas pesquisas que questionam a divisão pesquisador e pesquisado, da qual tive contato e trabalhei a cerca de quatro anos atrás, no meu período de graduação.

Favret-Saada (2005, p. 155 – 161) apresenta uma concepção de se fazer campo antropológico por meio da invenção: “ser afetado”. Ela utiliza dessa nova caracterização, pois, se vê em uma situação “nativa” e não consegue assumir um papel único. Essa dualidade também invade Veena Das (2011, p. 9 – 41), ao acompanhar um determinado período da vida de uma mulher indiana, percebendo-se em uma simultaneidade de papéis como (mulher e pesquisadora). Perante tais experiências e elucidações, proponho a reflexão de compreender a fragmentação social que sofremos, mas que vivenciamos de maneira distinta de sua elaboração teórica. A aproximação com o conceito de “estigma”, elaborado por Goffman (1988) é evidente, o que ajuda a entender como a indisponibilidade da exploração das categorias ocorrem. A centralidade da discussão se dará entre a coexistência do normal e do anormal em uma mesma narrativa, afim de organizar como isso acontece ou pode acontecer. Essas duas classificações – assim como todas – coexistem e transbordam elas mesmas.

Vou ilustrar com um exemplo de meu cotidiano de trabalho: quando se assume compromissos acadêmicos segundo as normas de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), existe uma série de regras a se cumprir, das quais aparentemente, você está ciente quando ingressa. Como sabemos, ou deveríamos. A vida é mais do que um único momento, ela é composta por uma série de ocorrências que fogem da ação individual. Supomos que a pessoa que está ciente desses termos, no meio do seu período de pesquisa é acometida por uma “doença” que requer um tratamento longo ou contínuo, que não tem grandes chances de “cura”<sup>10</sup> e sem condições, em determinado período, de concluir tal compromisso. O que ocorre com essa pessoa, então? Obviamente depende, precisamente, saber o tipo de pesquisa que ela se dispôs a fazer, mas em geral, legalmente, ela é colocada como incapacitada de concluir tal atividade, portanto é exatamente essa palavra que se tem no texto de desligamento do projeto, “incapacitada”. Depois que ela é colocada, é que, talvez, venha a explicação, o motivo. Não se percebe a pessoa em si nesse contexto de pesquisa que citei como exemplo. Apenas se impõe uma máscara para que a pessoa faça uso, a de pesquisadora,

---

<sup>10</sup> No decorrer do texto, o termo será tratado como algo “normalizador”.

mais que uma pesquisadora, de uma “pesquisadora normal”. Tudo o que fugir a essa normativa, será visto como “incapacidade”.

Em todo o âmbito social, tal assimetria entre capacidade e incapacidade, normalidade e anormalidade, parece ser uma regra vigente. É evidente que ela pode e têm suas exceções, como o de Namanari Hannya, podendo ser abordada de forma mais moderada, mas ainda assim é uma forma de encerramento da pessoa, em que a máscara usada; já pressupõe definições e padrões. Assim, tudo que fugir a definição dela, será vista como uma outra máscara. Esse movimento é em analogia as definições de Hannya<sup>11</sup>. No caso de Veena Das (2011) foi mais “normal” e foi tida como mais bem vista, a máscara de “pesquisadora mulher”, mas a de indiana ainda causou desconforto, ao contrário de Favret-Saada (2005), que se colocou como “enfeitiçada”, mascara essa, tida como incomum, estranha, “anormal”. Mascara semelhante à da francesa foram as do meu querido holandês, que por usar a máscara de “pintor”, se fazia justificável até certa medida as suas outras peculiaridades, mas, até onde era permitido socialmente, não mais que isso, ele poderia usar especificamente alguns mascaras. Quando ele usa a máscara de pintor, irmão mais velho, doente, louco, altruísta, dentre tantas outras, ele é coagido. Tanto que se pode constatar isso através de inúmeros discursos a respeito dele, que sempre é colocado como um “incomparável pintor”, não mais que isso. Essa é a aproximação de Goffman que proponho, e para além dele, que coloca o “estigma” limitado a características corporais visíveis, proponho o “estigma” para as interpretações do corpo e o papel dado a ele, de desempenho. Ou seja, existem definições já estabelecidas que não podem ser rompidas, segundo os sistemas sociais de poder.<sup>12</sup>

O mesmo posso dizer que passei e passo, o uso indevido de objeto ilustrativo. As máscaras podem surgir das seguintes formas, segundo as que pude constatar pessoalmente: as que foram dadas, as que foram forjadas apenas por eu mesma e, ainda, algumas as quais fui obrigada a usar. Além disso, tem as do imaginário, que ainda não foram fabricadas e que talvez nunca sejam. Olhando-as nessa perspectiva retórica, é possível refletir sobre suas origens e seus diversos ambientes de uso. Sim, recorro a um tipo de “discurso” menos formal, pois, há uma tentativa de fugir das construções

---

<sup>11</sup> Existem três formas de Hannya. Essas categorias definem o poder e as características que eles assumem, assim como determina sua origem e seu desfecho.

<sup>12</sup> Veena Das e Favret-Saada me ajudam a enriquecer o conceito de mascaras, pois elas propõem um olhar que envolve gênero e está mais próximo a minha realidade enquanto mulher.

normalizantes. O meu “discurso” – remetente ao mesmo usado por Michael Foucault (2006) –, não deve reafirmar o que já está afirmado pelas “estruturas de poder”, ele deve ser uma ferramenta “anormal” de interpretação.

Quando manifestei mais veemente minha doença, vi-me completamente fragmentada, assim como vi essa mesma visão de terceiros voltadas a mim. Também percebi a imagem que tinha sobre Vincent e as demais imagens que tinham dele. Percebendo tal fragmentação, senti-me menos “pessoa”, mais um objeto lúdico que se pode caracterizar como bem quer, e quando se encontra algo fora do que se quer e não se pode mudar, é trocado ou posto de lado. A sociedade Ocidental<sup>13</sup>, prega pela escolha de uma única máscara, a que pode ser apresentada, a que ela pode modificar ou se inserir no processo de criação. Mesmo que soe contraditório, por eu ter me originado em um centro social oriental, mesmo que dentro de uma estrutura ocidental em volta, não tenho necessariamente tal linha de pensamento e raciocínio (mesmo que, por vezes, á execute), e acredito que pude apresentar mais de uma máscara, mesmo que em números restritos, devido a essa outra face de origem. Quando precisei apresentar muitas máscaras de uma só vez, e uma especificamente, a qual não podia escolher quando usá-la ou não, percebi como tinha um ambiente que me proporcionou outra ótica. Percebi mais avidamente essa distinção entre a normalização do ocidente e oriente, mas só quando me debrucei novamente nos textos de Michael Foucault, especificamente na obra: “História da loucura”, 1978 (mil novecentos e setenta e oito). Após digerir tais informações, dei-me conta de que pude usar muitas mascaras ao mesmo tempo, e que não eram vistas como “anormal”, talvez isso tenha contribuído ainda mais para o meu choque, quando o sofri de grandes estruturas, as quais achava que estava inserida e perto da consolidação do meu papel social. Pode-se dizer que foi um choque tão grande para mim, entender o quão normativo as estruturas são, quanto para as estruturas que esperavam o meu cumprimento da normatividade.

Vincent dispunha de uma “rede de auxílio”<sup>14</sup> que conceitualmente trabalho e identifico nas vivências de pessoas acometidas por doenças/transtornos/enfermidades. Essa “rede de auxílio” não necessariamente é a de auxílio médico ocidental normativo. Ela diz respeito a todas as interações emocionais, patológicas e sociais que o indivíduo

---

<sup>13</sup> Referente a cobrança e elaboração da autenticidade.

<sup>14</sup> Ele possuía seu irmão e alguns amigos que fez em Arles. O funcionamento desses aparatos ficaram mais claros no capítulo três.

tem ao seu redor, onde ele é dependente, ao mesmo tempo em que essa dependência é que gera sua autonomia perante outros aparatos de poder, o indivíduo não precisa ser necessariamente “doente” para pertencer a tal sistema. É provável que Vincent tivera essa “rede de cuidado” muito menos elaborada do que as de hoje, tanto em aparatos médicos quanto em aparatos sociais/pessoais. Ele dispunha do seu irmão, que sempre auxiliou financeiramente e emocionalmente em toda sua trajetória, o resto de sua família tinha conflitos, como tantas outras, e não cumpriu o papel designado (normativamente) de sustento emocional e financeiro, o que é comum ao se falar sobre “rede de cuidados”. Dado a todo o contexto de vivência de Vincent, o qual se passa no século XX (vinte) entre a Holanda e a França, seu irmão Theo ainda apresentava uma forte tendência para não seguir a normalidade em vigor, incentivando Vincent a procurar na arte e em outras atividades o seu local de habitação.

Theo tentou inúmeras coisas, diversas vezes, até, finalmente, ceder para a internação, a qual Vincent foi por escolha também. Não é surpresa que, assim como Vincent, Theo precisou se aproximar da “normalidade”, pois ela é pregada como a “saudável”, o que foge a ela não tem classificação precisa, a não ser “anormal”. Conceito linguístico esse, contraditório e apropriado indevidamente. “Anormal”, linguisticamente, é tudo o que existe em antagonismo ao “normal”, porém, no ocidente, ele comumente é exposto para além de seu verdadeiro significado, carregado de carga simbólica; devido seus usos históricos, como já sinalizou Levi-Strauss (1974). Hoje, ainda vigora a carga simbólica negativa do conceito e palavra “anormalidade”, fazendo com que ela seja um recurso discursivo de grande poder. Por isso, aqui há a proposta de se pensar o louco pelo louco, e a anormalidade por ela mesma, com o objetivo de que possa ser resignificada mais uma vez, só que, dessa vez, devidamente apropriada, para ser usada como recurso de um discurso potente, que exponha e ocupe o lugar que sempre foi do louco /anormal/doente que nunca teve esse espaço.

Ainda permanecendo na análise da palavra, a excentricidade, diferença, peculiaridade e genialidade estão comumente entrelaçadas ao conceito mais raso e ignorante de loucura, mas, talvez, isso comunique algo importante. Obviamente, isso deve ser apurado através de perspectivas claras, explicitadas e consentidas pelas pessoas que vivem e estudam essas composições. É nesse sentido que afirmo meu convívio com a loucura/doença/transtorno/anormal desde muito nova e, tento tomar minha autonomia

sobre um discurso já disseminado e constantemente mutável, afim de não ficar à margem do que ele me gera, pois é esse movimento comum, preconceituoso e agressivo que, infelizmente, pude mapear na história Vincent Van Gogh e da maioria das pessoas que se encontram nesse grupo. Um pintor, um gênio, um excêntrico, um “anormal”. Olhemos para Van Gogh, um grande artista que não foi reconhecido em sua época, contudo hoje é aclamado. Visto como “louco”, isso é dado como a origem tão peculiar de suas obras, como se caso ele não o fosse, talvez não seria um “gênio”. As obras de Vincent são sim, frutos de sua particular trajetória, porém, elas não são dependentes de um único fator, como a “loucura”. Nem mesmo sua vida poderia assegurar-lhe tal aptidão, porque pode ser algo para além de técnicas, loucura, além de outras combinações que nunca conheceremos. A grande questão aqui, é: as “coisas” não têm necessariamente uma relação de dependência, elas são múltiplas, coexistentes. Essa compreensão da subjetividade é algo Ocidental e de extrema importância para que, em algum momento, a questão atravessasse a concepção humana, indo para além da entrada pelo self/ “invenção do homem”<sup>15</sup>.

Se pensarmos a loucura como simples advindo da era “moderna”<sup>16</sup>, estamos ignorando toda uma história ocidental e principalmente oriental, da qual os fatores são completamente distintos, mas nem por isso se anulam. A loucura não é uma entidade, também não é uma consequência, ela é algo muito mais complexo, assim como a genialidade e outras características que permeiam os indivíduos, tanto nos aspectos externos quanto nos internos. O problema da ciência hoje é esse, querer traduzir o real, como se estivesse expondo verdades absolutas. Como bem aponta Tim Ingold (2012), as “coisas” são emaranhados de “fios” que tecem uma “malha”, na qual não existe uma lógica sistêmica que produz verdades absolutas, estamos apenas tentando descobrir partes conforme “caminhamos”, conforme as “coisas” acontecem, e elas não dependem só do humano e muito menos de sua percepção para existirem e terem “papeis” – como equivocadamente Bruno Latour (1997) pontua – não há divisão de complexidades, sejam elas humanas ou “não-humanas”. O que existem são as inúmeras interpretações das caminhadas. Talvez, um dos entendimentos mais interessantes que se pode ter de tal

---

<sup>15</sup> Foucault, 2002.

<sup>16</sup> “Moderna”: referente a virada ontológica de loucura para transtorno.



junção de traços, seja a de “relações de poder”, em que existem dialéticas e coexistências não, apenas, imposições<sup>17</sup>. Assim Foucault descreve o “poder”.

“Uma coisa em todo caso é certa: é que o homem não é o mais velho problema nem o mais constante que se tenha colocado ao saber humano. Tomando uma cronologia relativamente curta e um recorte geográfico restrito – a cultura européia desde o século XVI – pode-se estar seguro de que o homem é aí uma invenção recente. Não foi em torno dele e de seus segredos que, por muito tempo, obscuramente, o saber rondou. De fato, dentre todas as mutações que afetaram o saber das coisas e de sua ordem, o saber das identidades, das diferenças, dos caracteres, das equivalências, das palavras – em suma, em meio a todos os episódios dessa profunda história do mesmo – somente um, aquele que começou há um século e meio e que talvez estejam em via de se encerrar, deixou aparecer a figura do homem. E isso não constitui liberação de uma velha inquietude, passagem à consciência humana de uma preocupação milenar, acesso à objetividade do que, durante muito tempo, ficara preso em crenças ou em filosofias: foi o efeito de uma mudança nas disposições fundamentais do saber. O homem é uma invenção cuja recente data a arqueologia de nosso pensamento mostra facilmente. E talvez o fim próximo. Se estas disposições viessem a desaparecer tal como apareceram, se, por algum acontecimento de que podemos quando muito pressentir a possibilidade, mas de que no momento não conhecemos ainda nem a forma nem a promessa, se desvanecessem, como aconteceu, na curva do século XVIII, com o solo do pensamento clássico – então se pode apostar que o homem se desvaneceria, como, na orla do mar, um rosto de areia”. (FOUCAULT, Michel. As palavras e as coisas. 2002)

Através da visão, proporcionada, por Foucault, pensar as discussões que envolvem os discursos, suas perpetuações e formas assumidas, parecem ser urgentes para mim. Mas, porque não o fiz antes? Existe toda uma construção que me permeia e, seja do meu agrado ou não, ajudam a moldar escolhas que faço. Percebendo essa dinâmica, que não se é nova nas ciências humanas, vislumbro como o egocentrismo foi um elemento de peso na minha demora ao perceber como ele me impediu e impede de compreender mais a fundo a dinâmica das relações, sejam quais forem. O egocentrismo é um dos principais alvos das propostas aqui apresentadas, no sentido de possibilitar que ele de lugar a debates

---

<sup>17</sup> Logica simplista de imposição: serve apenas para mascarar a complexidade das relações.

entre os próprios discursos. A finalidade é possibilitar as inúmeras compreensões e importâncias, para criar novos cenários de acessibilidade, em um primeiro momento teórico e posteriormente prático. Com a proposta das máscaras, os debates sobre o anormal e normal, minha trajetória e a de Vincent. Isso tudo elucidada a distância ainda vigorosa do saber e do agir, e esse último, prefiro trocar pelo “caminhar”. Os estados separatistas referentes aos conceitos antagônicos, foram proporcionadas pelas teorias má interpretadas. Tento retomá-las, para que novas perceptivas possam ser apresentadas e colocadas em pauta, com o devido cuidado e sensibilidade de que necessitam.

Com a opção da construção teórica, mediante a narrativa<sup>18</sup>, pressupõe-se certos aspectos que serão mais relevantes que outros. No caso, a forma não sequencial, cronológica, organizada e linear, da construção dos meus relatos e dos matérias que disponho sobre a história de Vincent Willem van Gogh não são o principal foco. Elaborar e focar em certas vivencias me ajuda a organizar, pelo menos ao que desrespeito ao meu modos operandi, de suscitar problemáticas fundamentais. Há, também, outra forma de ser ler minha configuração textual, como um processo terapêutico, tanto para mim quanto para o possível leitor. Além, é claro, de ser uma prática que me ajuda a sair das modulações acadêmicas, que, por vezes, acaba impedindo uma maneira mais lúdica e autônoma de se construir interpretações.

\* \* \*

Aprofundando um pouco mais a questão da coexistência das coisas, é importante compreender como elas podem se apresentar de formas muito distintas do imaginário e do padrão hegemônico de uma época, seja em circunstâncias práticas ou abstratas. Isso corresponde, ao devir de reformulações teóricas, de ações sociais e pessoais. Por exemplo: Vincent foi tido como “louco” por muitos anos, se não, até hoje. As suas criações eram relacionadas constantemente com sua doença, e essa, por sua vez, ganhou várias nomenclaturas. Já foi tido como depressivo, bipolar e esquizofrênico. Essa última categoria, foi uma das mais disseminadas dentro e fora do âmbito das artes. Especificamente, uma nova abordagem sobre genialidade, faz-se indispensável para

---

<sup>18</sup> Ortner, 2011.

comunicar coisas sobre a vida de Vincent e o parâmetro geral da anormalidade. Essa questão não foi indiferente a mim, algumas pessoas do meu convívio tentou usar o discurso de “gênio” para justificar minha doença no presente momento. Eles recorreram a uma reconstrução da minha história, apresentando fatores que os levavam a acreditar que eu sempre fui descompassada e a doença seria, quase que, inevitável. Com o decorrer do tempo e as experiências que a doença/anormalidade me conceberam, pude entender que tal dicotomia não existe para mim, de uma perspectiva pessoal, pois é claro, ela ainda se impõem no mundo que habito. Porém, a dicotomia que é imposta nos faz perder aos poucos a capacidade de conhecer as coisas por elas mesmas, o que sempre gera pré-conceitos e exclusão. A dicotomia não nos serve para além de ilustrações teóricas e de tomadas de ações militantes, fora isso, é ela usada indevidamente, separando grupos e não unindo-os. Ela tem dois gumes e sempre é usada de maneira estratégica, seja para a manutenção de um poder ou a quebra do mesmo. Isto é, do que de fato ela serve para entender a concepção em si de normal e anormal? Ela serve de apoio para entender como caminhamos até aqui nesse aspecto e como podemos muda-la, agir por outros meios e não repeti-la novamente, se ela for usada como até então. Repensar essa dicotomia entre normal e anormal nos faz reelaborar muitas outras, como a genialidade, que quase sempre está em oposição ao normal e em relação ao anormal.

O discurso de genialidade, que abordo e não concordo, é comumente tecido como: desconhecido e deslumbrante, dando ilusão de que o desconhecido caracteriza a dor e o deslumbrante a peculiaridade da criação em si (como as obras de Vincent). É o clássico discurso sobre Vincent Van Gogh, de que a peculiaridade dele, em relação a doença/patologia, advinha de um mundo junto do “genial”. Por isso, ele demorou a ser compreendido. Ou seja, ele era “genial” porque era “louco”.

As negações desse discurso criam uma relação de dependência entre genialidade e loucura, ignora várias questões, principalmente na época em que o pintor viveu. Em nenhum momento é falado nesse discurso que os aparatos de poder só disponibilizavam o internamento, na época. Outrossim, não é falado que o Estado ignorava completamente sua situação incomum de saúde e não proporcionava qualquer recurso financeiro de auxílio. Esse discurso tem o mesmo fim de todo discurso que ignora a “anormalidade”, colocando-a no campo da incompreensão a fim de se ausentar de qualquer responsabilidade social perante o indivíduo que necessita de recursos específicos. Não é o “anormal” que deve se aproximar do “normal”, nem o contrário, se trata aqui, de

entender que é papel das instituições de poder a compreensão e a acessibilidade a qualquer mundo. Um exemplo nítido de acessibilidade que é negada, são os espaços físicos, uma vez que não são os cadeirantes ou qualquer pessoa que apresenta dificuldade de locomoção, que deve se adequar ao ambiente, sendo que já o fazem por falta de opção, mas sim, do espaço ser projetado ou reprojeto para atender todas as excepcionalidades individuais e comuns. O espaço tem que ser pensado para o corpo, e o corpo não se separa da psique, é tudo um único componente. Essa noção de corpo e mente, de maneira dicotômica, é muito mais forte e enraizada na cultura ocidental do que na oriental, noção essa que serve de base e argumento para preconceito e segregação.

Aqui jaz uma questão petulante, “o corpo”. Quando falo de loucura/doença/patologia/peculiaridade não posso deixar de sentir que as barreiras da incompreensão são também físicas, tanto pelo acometido quanto para os outros que não entendem tal funcionamento. Quando são denominadas “doenças mentais” se faz referência a psique humana, como se ela existisse separadamente do físico em si. No ocidente, se separa corpo, mente e alma como se pode identificar em alguns trabalhos da medicina. Já apontava Marcel Mauss (2003), o corpo é uma concepção de todo, até mesmo concebido para além do que detemos biologicamente, assim como aponta Donna Haraway (2000) com a noção de “ciborgue”. Tanto que essa noção pode ser identificada quando entendemos química e biologicamente o que acontece a uma pessoa que sofre de depressão, por exemplo. Suas vitaminas em geral caem, a serotonina se encontra em uma baixa produção, por isso que, em geral, os antidepressivos (medicamento farmacológico) estimulam a produção da mesma, para que se possam equilibrar novamente os hormônios. Com a complexidade do nosso corpo, até o presente momento, não se tem uma fórmula farmacológica precisa que possa simplesmente contribuir sem que tenha efeitos indesejados. Dessa forma, podemos compreender que o corpo físico é tão desconhecido quanto à psique.

Pretendo usar da noção de “corpo” de Marcel Mauss (2003) atrelada à extensão corporal apresentada nas entrelinhas de Haraway (1995 – 2000). O corpo é tudo o que nos habita, componentes químicos, biológico e psíquico, tudo o que age diretamente sobre esses aspectos podem ser encarados como pertencentes do mesmo, se assim for da compreensão do próprio indivíduo. As barreiras das normativas ocidentais só se farão presentes no texto, para que se mostrem como são equívocas e concebidas por meio da

ignorância<sup>19</sup>. Pode-se identificar essa ignorância, quando incorporamos aspectos orientais, como yoga, terapias enérgicas, medicamentos naturais, entre tantas outras coisas que tentamos nos apropriar do oriente, pois o ocidente não possibilitou uma criação autônoma nesses sentidos. Não é necessariamente uma crítica a esse movimento, mas sim, um reconhecimento de nossa própria história que nunca facilitou ou incentivou o desenvolvimento e compreensão pessoal, sem que fosse apoiada diretamente a alguma estrutura de poder institucional.

O que pude perceber na minha experiência de “loucura”, é que ela se deu inicialmente e exclusivamente no âmbito da normalidade médica. Eu tinha que tomar diversos fármacos, não importando os efeitos colaterais que sofria, pois era o único recurso que provava que estava me tratando, para eu mesma e os demais. É como se eu só tivesse um caminho possível perante tal situação. Porém, depois de um longo período tomando tais medicamentos, meu corpo mudou de maneira drástica, ao ponto de sentir que não me reconhecia mais, não porque estava diferente de antes, mas por não estar racional e emocionalmente de acordo com as consequências do meu tratamento. Perdi mais de quinze quilos em apenas três meses, não conseguia mais produzir meus textos<sup>20</sup>, caminhar sozinha na rua, por motivos de fraqueza, não conseguia ingerir muitos alimentos, nem o necessário para me manter relativamente saudável. Comecei a apresentar problemas de Parkinson, pressão desregulada e indícios de Alzheimer. Quando recebi tais diagnósticos, pensei: como que essas coisas surgiram no meu organismo? De imediato, recorri ao médico psiquiatra, porém suas explicações ocidentais normativas me deixaram inquietas. Calmamente, ele discorreu sobre a explicação química/farmacológica de que tais patologias surgiram no meu organismo por decorrência das medicações que ingeri, conotando um tom de que esse era o preço a se pagar pelo tratamento, como algo aceitável. Procurei diversos profissionais e todos teceram o mesmo discurso com a mesma entonação e relevância do primeiro. Obviamente, insatisfeita com tais falas e não acreditando fielmente no discurso biológico e químico que me foi apresentado, recorri a fontes científicas/acadêmicas com as quais pude me relacionar diretamente. Passado esse primeiro tormento do impacto, de uma ciência comum e ao mesmo tempo desconhecida, tive a oportunidade de me deparar com propostas de medicinas alternativas. Essas

---

<sup>19</sup> Ignorância apenas no sentido de se recusar a informações ou não ter disponibilidade a mesma. Não há nenhum outro significado para o uso da mesma, no presente texto.

<sup>20</sup> Peculiaridade que sempre foi presente em minha vida.

vertentes me fizeram aprofundar nas questões mais contraditórias para a atual normalidade, conseqüentemente, vi-me havida nas leituras de física quântica, nos tratamentos à base de Ayahuasca e nas infinitas possibilidades de tratamento à base de Cannabis. Tais vertentes me ajudaram a perceber e a resolver o primeiro discurso médico que recebi e pensar a questão da moralidade.

A questão da moralidade, trabalharei mais profundamente no segundo capítulo, deu-me a possibilidade de conseguir compreender para explicar o demorado acesso que tive a conhecer esses tratamentos alternativos. Cientificamente, o tratamento à base de ayahuasca e a base de cannabis, no que desrespeito aos efeitos colaterais quimicamente mapeados, apresentam melhores resultados, sendo quase nulo os efeitos colaterais. Talvez, a ayahuasca apresente caminhos não mapeados ainda por conta de toda sua conotação simbólica, exclusivamente referente a alguns povos. Ela não é só tratada como medicação no decorrer da sua história, mas também com um simbolismo social, cultural e espiritual, fazendo com que possa ser estudada e compreendida por diferentes prismas. Já a cannabis (não falando especificamente do contendo africano), é tida no mundo oriental e ocidental por meio de uma compreensão que tende exclusivamente ao tratamento médico ou recreativo. É válido ressaltar, que ambos são tratamentos naturais e sendo assim se encontram em oposição à indústria farmacológica e médica, que são aliadas. Por que não posso me tratar com tais recursos, sendo que concordo com os mesmo? Por que, segundo meus critérios de avaliação e autonomia, determino os recursos de avaliação em relação às patologias que apresento, de forma que faz sentido para mim, acabo não podendo decidir pelo tipo de tratamento que quero me submeter? Porque o acesso a esses tratamentos é tão restrito, especificamente a uma classe econômica que é estigmatizada pelas demais? Essas são questões que ao trabalhar com a “moralidade” pude compreender, entretanto ainda me assombam e dificultam meu acesso a um tratamento mais adequado.

Moralidade essa que é responsável pela forma ocidental de conceber e regularizar “corpos”, de impor constantemente moldes e padrões para ele. Argumento esse que pode servir de entrada para a compreensão da estigmatização, não muito difundida hoje, mas ainda existente, sobre a pintura que inaugura o presente capítulo, pois ela é a representação concreta de um corpo tido como anormal. Vincent elabora seu autorretrato quando estava sem possuir um membro, no caso, sua orelha. Segundo indícios, ele mesmo havia cortado. Então, como pode alguém “normal” chegar a tal ato, como “mutilação”, e

ainda retratá-lo de maneira lúdica, conotando algum tipo de aceitação? Isso são questionamentos que o mundo “normal” levanta e acaba se prende. Questões morais, de valores arcaicos, que são suscitadas antes de coisas mais relevantes, como a incerteza do sentimento do autor ao gerar e apresentar algo tão pessoal. Essas questões não importam quando se tenta enquadrar constantemente todos no mesmo padrão. Quando todos devem permanecer a qualquer custo na normalidade, a fim de que a estrutura não se modifique, porque, caso isso aconteça, o desconforto/crise são eminentes.

Foi exatamente essa a característica que me aproximou emocionalmente de Vincent. Seu “Autorretrato com a orelha cortada”, foi a primeira obra de fato a me contemplar. Ainda possuo o membro que Vincent não tem, não arranquei e nem perdi nenhum, aparentemente, nos termos ocidentais normais. Sinto-me próxima do sentimento que ele viveu nessa circunstância. Nesse sentido, pensar a vida de Vincent me ajudou a entender a minha. Temos desafios em comum, somos constantemente forçados a nos enquadrar, nossos corpos sempre serão preocupação de outras pessoas e serão negados a nós constantemente<sup>21</sup>. As questões que fogem a “normalidade” é o que une minha malha a dele. Assim como sua trajetória ajuda a explicar e pensar a minha, acredito que esta pode oferecer elementos para pensar a dele e a de tantas outras pessoas que caminham na/com a anormalidade. Talvez seja possível dizer que nossos corpos se aproximam, assim como todos os outros corpos “anormais”. Somos vistos como receptáculos indesejados, que não tem muita serventia. Somos colocados numa mesma prateleira e, por isso mesmo, nosso lugar, nossas maneiras de pensar e de sentir o mundo se unem cada vez mais. Afinal, mesmo que nossas rachaduras sejam em lugares completamente diferentes, elas permanecem sendo vistas como tal. Nossas “linhas” se cruzam e as relações se estabelecem em dialética, independente do tempo cronológico que concebemos.

Essa identificação é o fato que justifica meu uso da figura de Vincent e da minha. São trajetórias/narrativas – agora me sinto confortável para não falar exclusivamente de nós dois apenas - são os meios mais próximos e completos de entender esse mundo tão desconhecido da “anormalidade”. São essas comunicações, que eram vistas como informais e sem muito “poder”, de relatos e histórias de vida que, hoje podem nos fornecer uma forma mais forte e adequada para se elaborar um discurso, para se ocupar um lugar que nunca foi ocupado devidamente. É essa nova forma de se fazer ciência, uma “ciência

---

<sup>21</sup> O que ocorre após sua morte e até os tempos atuais.

sensível”, como propõe Tim Ingold (2016), que me fez recorrer a essa metodologia (auto)biográfica, ao desuso da ciência clássica, até porque, a ciência clássica, produziu em sua maior parte, discursos que atualmente me excluem, que por muitos anos permaneceu e permanecem excluindo determinadas pessoas. A reformulação de antigas teorias, destoando-se consideravelmente dos moldes anteriores é necessária, é ato político, é reivindicação de necessidades básicas, acessibilidade e autonomia.



### 3. Vincent Willem van Gogh: entre a anormalidade e a normalidade

Imagem 1 – Os comedores de batatas



Fonte: Pintura de Vincent Van Gogh, abril de 1885.

O presente quadro, “Os comedores de batatas”, abre o segundo capítulo, com o intento de mostrar a história que a precede. Em tons mais escuros, um tanto quanto monocromático, sombrio, dentre outras tantas características que usualmente não são atreladas ao pintor (Merleau-Ponty, 2008; Sirkis, 2012), essa é a tela que representa o início da sua carreira. Tal quadro me desperta o sentimento de singularidade presente em Vincent. A obra foi pintada para retratar um contexto que se entendeu pelo século XIX (dezenove), especificamente em relação às famílias camponesas. Vincent teve experiências referente a pobreza que foram marcantes em sua vida, seu reflexo pode ser averiguado em suas obras, especificamente essa, que foi sua primeira. O contexto de tal quadro se deu em uma cidade pequena, onde o trabalho era manual, a maioria da população trabalhava em minas de carvão, por isso o aspecto escuro. A comida era

escassa, assim como a maioria dos recursos básicos para se ter uma vida decente. Diversas vezes, o pintor deixou de comer ou viver de uma maneira melhor, para doar o pouco que tinha a essas pessoas. Na época, ele havia sido enviado como um missionário da igreja e se autocobrava por interpretar esse papel, acreditando que sua função era ajudar por meio de ações mais práticas e efetivas, para além da pregação que o designaram a fazer. Havia uma incomensurabilidade de sua subjetividade<sup>22</sup> que socialmente não foi entendida nessa época e que, até hoje, estende-se por outros corpos e pessoas.

Essa contextualização serve para que você, leitor, entenda que o quadro é mais do que a estética dele mesmo, pelo menos aqui<sup>23</sup>, visto que é uma forma proposital de despertar o interesse pelo aspecto obscuro, no sentido de oculto, da vida do pintor retratado, indo ao encontro de sua imagem deturpada de “genial”<sup>24</sup>, como geralmente é colocado. Essa provocação é para que eu adentre, nesse capítulo, a dicotômica relação de normal e anormal, segundo a tradição ocidentalizante. Também, para tentar mostrar como as imagens sobre Vincent foram construídas ao longo do tempo, e como são modificadas ou permanecem as mesmas. Trata-se, portanto, de uma tentativa de problematizar a própria estrutura simbólica que formou a maneira pela qual concebemos o mundo, as pessoas a nossa volta e a nós mesmos, enquanto uma expressão de nossa interioridade.

A romanização presente nas descrições sobre a vida de Vincent é aparente, e é possível perceber por meio das cartas trocadas entre ele e seu irmão<sup>25</sup>, – material este que serve de apoio para a atual construção narrativa – que destoam de algumas formulações anteriores<sup>26</sup>. Talvez, pelo simbolismo que até hoje está presente em relação à concepção de cartas, há uma maneira mais informal e mais sensível que possibilita um novo olhar para a história de Vincent. Os estigmas se tornam mais passíveis de reformas e transformações, sendo possível a evidência de que a característica de “gênio” pouco tem a comunicar. Obviamente, essas cartas também contêm relatos de como certas construções arcaicas existiam na época, fazendo com que possamos percebê-las até hoje. Relatos de um tempo muito anterior, mas que comunicam a persistência de construções que vigoram até a atualidade.

---

<sup>22</sup> Para compreender alguns dos efeitos práticos da implementação desses dispositivos institucionais de controle e de normalização do corpo social sobre a formação humana, ver Carniel, 2018.

<sup>23</sup> A obra, aqui, não é separada do artista em nenhuma medida.

<sup>24</sup> e.g. Stone, 1968; Artaud, 1974; Naifeh e Smith, 1994; Bundrick, 2009; Spinelli, 2017.

<sup>25</sup> Van Gogh, 2002.

<sup>26</sup> Bundrick, 2009; Spinelli, 2017.

Essas maneiras disruptivas de narrar as pessoas e as suas “loucuras” latentes não são exclusivas das análises realizadas sobre a figura de Vincent, mas reforçam uma tradição de conhecimento que, a exemplo do que já argumentou Michael Foucault (1954), esforça-se em construir a anormalidade dos “outros”, tidos como “loucos”, enquanto uma alteridade radical, “errática”, “desviante” ou “excessiva” em relação às rigorosas regras morais que organizam os dispositivos disciplinares de nossa época. Assim como, já apontaram as teorias que hoje constituem o cânone clássico do artesanato das ciências humanas em geral.

\* \* \*

Nascido na Holanda em 1853 (mil oitocentos e cinquenta e três), Vincent teve uma infância, segundo suas biografias e minha leitura sobre elas, aparentemente inadequada. Nenhum episódio em específico é capaz de classificá-lo de outra forma, conforme os critérios abordados no presente trabalho<sup>27</sup>. Alguns autores tentam explorar entradas, por meio de sua infância, como uma forma originária de algo que veio a reverberar na fase adulta. É provável que sua história possa ser lida como um espectro que fuja a “normalidade” da época, porém isso ainda seria restrito ao conceito de situação, tendendo a dar uma síntese incompleta. Além de que é possível a leitura de sua vida adulta, interpretando seu trabalho missionário e sua performance de pintor como ferramentas possíveis e conhecidas por ele, para lidar (talvez, aproximar-se da normalidade ou da cura) com a “anormalidade” que o pertencia. Diversas leituras são possíveis, mas existem algumas que fazem questão de restringi-lo. Propositalmente ou não, elas se deram através do cerne do pensamento “normalizante”. Não são menos relevantes, ao contrário, aqui, elas se fazem pertinentes, revelando como certos pilares foram construídos e se mantêm em vigor, mesmo que de formas distintas da origem.

Essas “trajetórias” narradas<sup>28</sup> usam de um movimento discursivo que é letal. São emolduradas conforme a ênfase que se quer dar; tendo como objetivo a comoção do leitor, partindo de um local já planejado. Esse tipo de deslocamento é averiguado por meio do alcance da “genialidade” em que essas narrações acabam por desaguar. O que torna,

---

<sup>27</sup> Os critérios, segundo a abordagem de normal e anormal no presente texto.

<sup>28</sup> (e.g. Stone, 1968; Artaud, 1974; Naifeh e Smith, 1994; Bundrick, 2009; Spinelli, 2017).

praticamente, todos os aspectos mais sensíveis de Vincent em exacerbações da condição humana, que fogem ao padrão – principalmente naquela época. A “genialidade” é o fim, que explica e desresponsabiliza toda conjuntura social que estava a sua volta. Assim, o movimento do “gênio” permanece sendo o mesmo, apenas exposto de outras maneiras, mais sutis, todavia tão nocivas quanto a anterior. A loucura que supostamente estaria em nós<sup>29</sup> e que se manifestaria em dimensões imprevisíveis de nossas existências *no* mundo abarca representações sociais das mais diversas e contraditórias. A construção de narrativas literárias acerca de “gênios artísticos” não se vincula necessariamente com a loucura, mas em histórias tão ilustres como a de Vincent, portanto esse vínculo costuma sempre ser estabelecido. Ela é usada tanto para amenizar quanto para explicar os problemas que o “desvio” da normalidade lhe causou. Nesse sentido, ela figura em diversas narrativas biográficas como uma espécie ambígua de um “dom da genialidade”, retirando o papel do social na compreensão dos indivíduos e da própria loucura<sup>30</sup>. Dessa forma, ela também esculpe a pressão da normalização de corpos e vidas.

O dédalo, portanto, não nos abre o mundo como faz o labirinto. Pelo contrário: ele o fecha, prendendo seus distintos numa falsa antinomia entre liberdade e necessidade. (Ingold, 2015, p. 24).

Concluo com algumas observações sobre a forma como, nas sociedades ocidentais modernas, o meio ambiente tem sido modificado, ou “construído”, para se conformar às expectativas de fechamento, mas como a vida sempre, e inevitavelmente, rompe os limites das formas objetivas nas quais temos procurado contê-la. (Ingold, 2015, p. 180)

O que tento elaborar; é: embora existam diversos indícios materiais que tornam experiências como as de Vincent fenômenos sociais palpáveis para as pessoas e administráveis por parte das instituições modernas, há algo em suas relações *com* o mundo que escapa aos modelos hegemônicos de descrição, de interpretação e de intervenção *sobre* a loucura. Trata-se de lugar social ambíguo, considerado, muitas vezes, como “inadequado”; deste modo de pensar e de fazer que muitas vezes é incompreensível; deste corpo que não manifesta fisicamente sua “doença” e nem se abre para um tratamento

---

<sup>29</sup> Referente a eu e Vincent Van Gogh.

<sup>30</sup> Para aprofundar a questão ambígua sobre a subjetividade e como ela é socialmente construída na vida de muitas pessoas “anormalizadas”, ver: Diniz, 2007; Barnes, 2013; Souza e Abrahão, 2006; Santos, Oliveira e Susin, 2014.

controlado; ou ainda, para utilizar uma noção de Gilles Deleuze (1992), de um “ponto de fuga” que parte da percepção cultural de normalidade para vincular nossas experiências com o universo desconhecido e indeterminado da anormalidade.

O que mais se identifica nas narrativas a respeito da vida de Vincent Van Gogh, são as diferentes maneiras que a “anormalidade” e a “normalidade” são expostas. Quase nunca (não em uma conotação pejorativa); há cuidado na apresentação das mesmas, criando, assim, tendências discursivas que recaem em campos pouco explorados, mas muito reafirmados e fundamentais para inalteração do poder. Por exemplo: para mim, enquanto “anormal”, com enfoque na condição de “enferma”, nada me comunica a genialidade<sup>31</sup>. O que me comunica e desperta interesse; são as formas como ela é lida e associada, quase sempre, para além da interiorização da subjetividade e tida como “anormal”. Por que a “loucura” de Vincent não é apenas uma interiorização incomum? Qual o peso simbólico distinto que “loucura” e “incomum” evocam? Por que e como a “genialidade” é filiada constantemente à trajetórias de reconhecimento público sobre o trabalho, e as formas de incompreensão de caminhos que destoam das explicações convencionais<sup>32</sup> sobre as mesmas? O que esses discursos hegemônicos tem a denunciar?

Essas perguntas são apenas parte do roteiro que me ajudam a ler as diferentes narrativas sobre a vida de Vincent Van Gogh. Elas, também, ajudam a pensar a minha, incansavelmente. Não tenho a pretensão e nem a ingenuidade de respondê-las, o que tento é ocupar certos espaços de reflexão. Há momentos em que essas elucubrações ganharão espaços mais abrangentes, como também, há momentos em que elas se darão em espaços mais restritos/particulares, em relação a minha trajetória ou/com a de Vincent Van Gogh. A aclamação é em direção a uma construção que faça sentido para todos, mas que comunica, antes de tudo, as subjetividades aqui expostas. Talvez, seja apenas o movimento análogo que tento fazer; entre minha caminhada e a de Vincent, para acabar conseguindo, de uma forma mais viável, estabelecer algum tipo de controle narrativo sobre as minhas experiências/vida. A forma que as narrativas de Vincent e as minhas são abordadas, se deram (como no capítulo anterior) de forma mais fluida, usando como critério a “localização” de Donna Haraway (2009). Outros conceitos já foram abordados e novos serão, para que a construção seja sólida. A analogia constante entre as narrativas

---

<sup>31</sup> Nesse momento, a genialidade é colocada como característica inexplicável que se manifesta, mas que não serve como explicação. Ela é apenas uma característica.

<sup>32</sup> Comum e de conveniência. Discurso elaborado e objetivo, seja conscientemente ou inconscientemente.

e as problemáticas permanecerão, mas tenderão, por vezes, ao panorama da construção de trajetórias; e por outras, uma especificidade mais sistêmica a ciência. Por agora, há necessidade de certa reformulação sobre o passado, do qual sucedem as atuais experiências da “loucura”.

O uso da palavra<sup>33</sup> “loucura” é feito, pois ela antecede a virada ontológica para o “transtorno”, que é utilizado atualmente. Existente desde a Era Clássica, sua semântica foi acompanhada por outras, como: “alienado”, “possuído”, “desviante”, “amaldiçoado”, entre tantas outras, que quase sempre conotam o pejorativo. Mediante o trabalho de Adam Kuper (2008), o qual há a exploração dos conceitos: “bárbaro”, “selvagem” e “primitivo”, é factível a identificação análoga da significação que permeia a “loucura”. Habilmente, Kuper aponta em trabalhos que o precederam, dentro da antropologia, como o sistema de construção simbólica continuou a vigorar em relação ao seu então objeto de pesquisa. As “cerimônias” e “rituais” são o embasamento de seu argumento, que demonstra como esses sistemas são consistentes, mesmo que possam ser reconfigurados com o passar do tempo. Existe uma manutenção do “poder”, mas ele permanece hodierno, pois é sempre controlado, mesmo que esse controle não seja absoluto<sup>34</sup>. Já assinalava Levi Strauss (1974), mediante o “sistema de parentesco”, como os sistemas estão interligados por uma estrutura que ainda persiste e se dissemina com diversas especificidades.

Mesmo com a virada de “loucura” para “transtorno”, existem alguns fatores que vão para além das narrativas, visto que fogem a certas apreensões e denunciam a retenção de estigmas, preconceitos e segregações. Tais imputações são anteriores ao período em que Vincent viveu, na passagem do século XIX (dezenove) para o XX (vinte). No entanto, conjecturo que é a partir delas<sup>35</sup> que tantas representações e interpretações acerca das obras e da “genialidade” de Van Gogh foram engendradas. Como proposto por Foucault (1997), por meio de uma arqueologia da história da loucura na Idade Clássica; atesta que nutrimos, hoje, o normal e o anormal, de modo já amoldado previamente, mas; localiza uma prerrogativa que manteve-se retroativa, pelo menos na maior parte do Ocidente, onde se deu os primórdios do trato a anormalidade. Tal demanda ocultada é alusiva ao trato do “louco” no Oriente. Existem duas experiências de loucura até o século XVIII (dezoito): a

---

<sup>33</sup> No sentido de reter significado e perpetuação sobre o que se comunica.

<sup>34</sup> Ver Foucault, 2008.

<sup>35</sup> História anterior a nós.

experiência da loucura como “doença”<sup>36</sup> e a experiência da loucura que resulta em castigo, internamento e correção. A primeira se dá inicialmente no Oriente, onde se disponibilizou uma amplitude maior, concernente à dialítica de prática e composição teórica sobre o anormal. Havia, nesse período, uma concreta atenção sobre a individualidade do corpo e da pessoa, esse parâmetro só deixa de imperar ao final do século XVI (dezesesseis) e início do século XVII (dezoito). Até então, “casas de repouso” eram voltadas a atender as peculiaridades de pessoas que não tinham condições de conviver “normalmente” nos ciclos sociais. Essas casas não os excluía, apenas ofereciam-lhes novas alternativas de vida; ferramentas para se reintegrarem novamente nas esferas públicas.

Na idade média e na Renascença, o Oriente Médio mostrava, por meio de tratamentos em casas de repouso, como o “louco” tinha sua própria individualidade ao ser tratado singularmente por intermédio de práticas específicas. Nesse mesmo período ou quase um século depois, na Espanha e por toda a Europa foram criadas casas de repouso muito similares as existentes no mundo árabe. Com o passar do tempo, após avanço do “progresso” moderno, as casas de repouso acabam por se tornar tipos de hospitais de correção. A própria monarquia e os aparatos jurídicos da época ajudam, e praticamente sozinhos, dão início a essa mudança. Agora, o “louco” deixa de ter seu espaço e sua individualidade e passa a ser incorporado a uma massa que é aprisionada e condenada pelo seu convívio a-social. Ao contrário do que, talvez, possa se imaginar primeiramente, a individualidade do “louco” permaneceu preservada na época da idade média, pois o discurso médico ainda não era desenvolvido o suficiente e não tinha as proporções que tem hoje. Exatamente pelo fato de não enquadrar o “louco” como patológico ou não, como “curável” ou não, esses aparatos de “tratamento” não pretendiam isolar o “perturbado”, ele apenas estava preocupado em proporcionar algum tipo de vida “decente”.

Mas, por que a lógica Oriental não permaneceu em relação ao “anormal”? Como que o proceder Ocidental permaneceu? Para tentar esboçar algumas respostas a tais perquirições, é importante, primeiramente, entender que essas duas experiências coexistiam, sem anular-se. No século XIV (quatorze), toda pessoa que se encontrava em algum estado de “anormalidade” era encaminhada a barcos que vagavam por inúmeros

---

<sup>36</sup> Em busca da cura ou no sentido atento a excepcionalidade que ela apresenta.

rios, embarcações essas que foram denominados “barcos hospitais”. Sua função era excluir o louco, tirando-o de qualquer plano social. A justificativa para tal; era pautada na religião. A mesma compreendia que o louco deveria peregrinar, só assim, ele encontraria sua verdade e salvação. Esse tirocínio se tornou comum na primeira metade do século XV (quinze), principalmente na Alemanha e percorreu toda a Europa. Ou seja, o louco era descartado, no que podemos chamar de “internação hospitalar” da época, assim era encarcerado no “espaço sagrado do milagre” ou era levado à romaria, quase sempre, a incumbência dos barcos hospitais. Os escaleres eram apenas um meio para se despejar os “desviantes”, em qualquer outro lugar que não tivesse um auto fluxo de gente; onde não fossem notados. Esse movimento de exclusão, pode claramente ser exemplificado, posteriormente, com determinado acontecimento na vida de Vincent Van Gogh<sup>37</sup>. Isso ocorreu quando o enviaram a uma missão católica, para pregar a palavra em uma sociedade de trabalhadores carvoeiros, na cidade de Nuenem, em mil oitocentos e oitenta e cinco (1885). Vincent é mandado para essa cidade, pois havia sido expulso do seminário de padres, porque não se encaixava no contexto da “normalidade” que varava o ciclo que tentara adentrar.

Como apontada pela situação que Vincent vivera, também por Michael Foucault (1997), o tratado da anormalidade se deu, antes de tudo, por uma via de exclusão, punição e encerramento; ressoando ao longo da história, decorrente a sua origem. O patológico ainda não é o modelo que rege a sistêmica de funcionamento, como aponta, a pouco tempo, Debora Diniz (2007). Inicialmente, todo esse pavor da “loucura”, na verdade, era um pavor que a lepra havia deixado enraizada, principalmente na ideologia cristã. Como o leproso, o louco deveria ser encarcerado ou excluído, a partida (em relação aos barcos hospitais) servia como um hospital, prisão e purificação. Já o marinheiro, era visto como o médico do leproso ou o padre, responsável pelos doentes. A água, o caminho do rio, um tratamento, remédio e perdão. O louco e o leproso eram vistos, a princípio, de maneira muito parecida, já que estavam selados na morte. Frente a essa conclusão, a igreja e todos os aparatos de poder; viam-se com uma única solução: proporcionar-lhes, através do sacrificio e da exclusão, a purificação. Até o final do século XV (quinze), esse nexos vigeu, mas, posteriormente, deu espaço a uma nova compreensão, que ainda pode ser identificada nos dias atuais.

---

<sup>37</sup> Movimento análogo, que ilustra e pode servir de justificativa, para o meu uso de alguns narrativas de Vincent Willem van Gogh.



Agora, em vez do encerramento da/na loucura, a incipiência que guia o olhar para a mesma, se torna uma apreensão “mística”. A “loucura” passa a ser encarada como um aviso do fim do tempo, sendo tratada como um alerta, passível de reversão. Antes, a morte era certa, dada a doença ou a guerra e, acompanhada dela a sanidade era o referencial de apontamento. A consciência era autoexplicativa e, inevitavelmente, culminava no fim. Uma hora essa crença sofreria certa ruptura, nada se mantém estático e estável eternamente. Essa rachadura deu lugar a determinado entendimento da “insanidade” / “anormal”, dando lugar a discursos “mágicos”. Tais discursos diziam que o “louco” fazia revelações sobre a verdade e o futuro, sua anormalidade era alusão ao “dom”. Esse enunciado também atingiu as artes a partir do XVI (dezesesseis) e XVII (dezesete), principalmente, no âmbito literário; como: *O Alienista* de Machado de Assis, *O triste fim de Policarpo Quaresma* de Lima Barreto ou *A disciplina do amor* de Lygia Fagundes Telles, onde a “insanidade” da “loucura” foi/é romantizada<sup>38</sup>. Frente a este posicionamento literário, as articulações, minuciosas, do “discurso”, a literatura deixa uma brecha que, indevidamente, é aproveitada por um discurso de “gênio louco” ou, até mesmo, por discursos com bases mais eclesiásticas, como o tão disseminados em relação a condição de cegueira, todos tirando, quase que por inteiro, a responsabilidade social. O que parece ter sido o caso de Vincent van Gogh. As consequências desse tipo de descuido (pois não acredito que seja proposital), atingiram e, ainda, atingem, prejudicialmente, esses grupos<sup>39</sup>. Para clarear essas lesões, filmes que retratam a Idade Média e a era Clássica, assim, como também, algumas obras historiográficas, literárias, trajetórias conhecidas, entre outras, facilmente são encontradas, evidenciando a repercussão deturpada que não só a literatura sofreu.

\* \* \*

Como o discurso daquela época ainda se perpetua? Quais são os critérios que permanecem em relação a determinação do “louco” e do “doente”? Tais questões precisam de uma contextualização maior, mais do que apontamentos. Desde a

---

<sup>38</sup> Esses conceitos só são apresentados de formas separadas, para melhorar compreensão do leitor. Eles podem e coexistem, talvez sendo a mesma coisa. A exemplo das obras literárias: *O Alienista* de Machado

<sup>39</sup> Tido como: “anormais”.

“autonomia” da abordagem no Ocidente, transformando por completo o fundamento primário do Ocidente, os mecanismos se deram no sentido da exclusão, seja de forma romantizada ou não. O processo se modificou com o passar do tempo, se aperfeiçoando em um sentido transversal, pois sempre teve o problema de olhar o “anormal” pelo “normal”. Conforme Foucault (2003), pessoas eventualmente tomadas como “anormais” para os padrões sociais, não foram e não são, simplesmente retiradas. Na modernidade Ocidental, no entanto, tais comportamentos passaram a ser vigiados, estudados e controlados. Vistos como doentes “incuráveis” ou interpretados como pessoas “amaldiçoadas”, foram submetidas a diversas formas de vivência, que sempre acabavam por distanciar o indivíduo.

O internamento destina-se a corrigir, e se lhe é fixado um prazo, não é um prazo de cura mas, antes, o de um sábio arrependimento (...) O tempo que marca e limita o internamento é sempre apenas o tempo moral das conversões e da sabedoria, tempo para que o castigo cumpra seu efeito (Foucault, 2003, p. 116).

Em todos os hospícios ou hospitais abandonou-se, para os alienados, prédios velhos, em pedaços, unidos e mal distribuídos e de modo algum construídos para essa finalidade com exceção de alguns compartimentos e células expressamente construídos para tanto; os furiosos habitam esses quartos separados; os alienados tranquilos e os alienados ditos incuráveis confundem-se antes de os pobres. Num pequeno número de hospícios onde se entram os prisioneiros no quartel chamado quartel de força, nos habitam com os prisioneiros estão submetidos ao mesmo regime (Foucault, 2003, p. 117).

Mesmo sem a consolidação da medicina ou de seu discurso, seu surgimento foi voltado à vigília nos hospitais. Com o pavor já instalado anteriormente, ela seria usada com outro objetivo. Dessa forma, os hospitais Gerais funcionavam como “prisões”, sem nenhum tipo de estrutura voltada exatamente para essas pessoas, independentemente do tipo de necessidade que elas pudessem apresentar<sup>40</sup>, sendo locais escassos. Até, judicialmente, os Hospitais Gerais eram considerados como cárcere estatal para essas pessoas “desviantes”, sem tratamento médico adequado. Os médicos que ali circulavam e faziam visitas a cada duas semanas, preocupavam-se com possíveis epidemias de doenças comuns, pois misturavam pessoas com patologias e pessoas sem patologias no

---

<sup>40</sup> Patológicas ou não.

mesmo ambiente<sup>41</sup>. A medicina, nesse período, caracteriza-se como uma conduta de punição e vigilância, não havendo preocupação com cura, origem patológica, bem-estar ou tratamento adequado. Perante todo esse cenário, construído ao longo da história, Foucault ressalta o “rigor” e a “disciplina” do internamento como um aspecto primordial do “poder”. O internamento exerce uma autoridade inquestionável para a época, sendo o único meio legítimo de tratamento. Mesmo que essa autoridade advenha de um discurso médico, que em sua primeira instância se concretiza como regulador/opressor e, só depois, conquista sua preocupação com o saber, é essa mesma disciplina do asilo que regula também a ordem social que pensa a “doença” como patológica-social.

Já que a medicina não era consolidada ainda, de forma autônoma, quem a validava? Quem designava esse papel a ser cumprido pela a mesma? Os aparatos de poder mais importantes da época, a monarquia e a religião, principalmente essa segunda, que havia elaborado todo um discurso “santo” de “diagnostico” e “tratamento”. Aqui estão apresentadas as estruturas que davam significado a palavra “loucura”, “caminhante”, “desviado”, “alienado”, entre tantas outras de conotação pejorativa. A carga política e simbólica das palavras sempre está acompanhada por algum interesse de poder. Os discursos da loucura foram muito descuidados, logo o que os sucedeu foi apenas a reorganização destas instituições de poder. Monarquia para Estado, Igreja para a Medicina e meios sociais mais comuns, fazendo com que o “louco” permanecesse a depender de algum desses aparatos. A partir do momento em que o progresso avança, a medicina forja um discurso humanitário, apropriando-se do ato de internamento dos “loucos” como o tratamento mais adequado e, praticamente, o único; categorizando os patologicamente, deixando a linha ainda mais borrada entre correção e cura. Esse discurso fez parte da realidade de Vincent, entorno do ano de mil oitocentos e oitenta e sete (1887), quando foi colocado em uma casa de “repouso”.

É evidente que a ressonância não se limita ao internamento, mas se estende, precariamente, em todos os setores sociais que estabelecem relação com o anormal. No asilo, a disciplina encerra o corpo na “doença”; o meio social encerra o corpo na “normalidade” e, ambos, quando não conseguem emoldurar como almejam, fazem com que encerrem o mesmo na exclusão, prisão/privação. O poder da disciplina só é exercido,

---

<sup>41</sup> É valido ressaltar que o termo “patologia”, nesse momento, é feito apenas para demonstrar como doenças transmissíveis eram colocadas no ambiente das demais. Assim, como também, qualquer outra definição da mesma categoria.

pois, é completamente assimétrico e vai além, sendo regularizado por demais fatores. Assim, é mais complexo do que a dicotomização das relações, por exemplo: médico e doente, normal e anormal, social e privado, patológico e social. Existem diversas formas de poderes consolidados que permeiam e ajudam na manutenção e permanência dessa polarização – normal e anormal. Mesmo sabendo que os grandes pilares que regulam a “disciplina” – no asilo, o discurso médico; no meio social a “normalidade” – é importante reconhecer os preceitos em seus diferentes aspectos, porque cada um deles podem gerar diversos e diferentes efeitos no corpo /pessoa.

Ressaltar as entradas anteriores do anormal é de suma importância. Isso demonstra a complexidade desamparada que, até o atual momento, está longe do seu ideal de formulação. Assim como, visibiliza a dominância ainda presente da religião e do Estado, que apagaram a perspectiva de “narrativa” que o “louco” criou sobre si. E sobre essas denúncias, retomar a lógica do funcionamento do “poder”, em Foucault (1978-1979), a fim de que se esclareça as relações de dicotomização, pode ser, uma das melhores escolhas. O “poder” é mais do que as instituições em si mesmas ou seu método de espargir-se, nem o significado que atribuímos ao objeto; muito menos o objeto em si, mas sim, a própria dinâmica das relações. Não há, necessariamente, o papel convencional de “dominante” e “dominado”<sup>42</sup>. O que existe é uma relação dinâmica em que um tem mais recursos e outro menos, entretanto não existe só a passividade, também há movimentos constantes de resistência, por mínimo que possa ser empregado. O “poder” se estende, o modo como a normalidade e a anormalidade se organiza, envolve inúmeras relações que dão ênfase, da mesma forma, ao papel de pessoa: identidade, subjetividade, memória, construção social, entre tantas outras características que permeiam essas interações. Mas, é por meio do “poder” que podemos melhor compreender como o discurso médico – também como titula Debora Diniz (2007): “modelo biomédico” – ganhou espaço e ajudou na envoltura contínua da perspectiva e da ação social, voltada ao normal.

“O que é o Poder? A definição de Foucault parece bem simples: o poder é uma relação de forças, ou melhor, toda relação de forças é uma “relação de poder”. Compreendemos primeiramente que o poder não é uma forma, por exemplo, a forma-Estado; e que a relação de poder não se estabelece entre duas formas, como o saber. Em segundo lugar, a força não está nunca no singular, ela tem como característica essencial estar em relação

---

<sup>42</sup> Essa prerrogativa ainda existe, mas é complexa.

com outras forças, de forma que toda força já é, isto é, poder: a força não tem objeto nem sujeito a não ser a força. Não se deve ver nisto uma volta ao direito natural, porque o direito, por sua conta, é uma forma da expressão, a Natureza uma forma da visibilidade e a violência um concomitante ou um conseqüente da força, mas não em seu constituinte. Foucault está mais perto de Nietzsche (e também Marx), para quem a relação de forças ultrapassa singularmente a violência, e não pode ser definida por ela. É que a violência afeta corpos, objetos ou seres determinados, cuja forma ela destrói ou altera, enquanto a força não tem outro objeto além de outras forças, não tem outro ser além da relação: é “uma ação sobre a ação, sobre as ações eventuais, ou atuais, futuras ou presentes”, é “um conjunto de ações sobre ações possíveis”. Pode-se então conceber uma lista, necessariamente aberta, de variáveis exprimindo uma relação de forças ou de poder, constituindo ações sobre ações: incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar, tornar mais ou menos provável. [...]” (Deleuze, 2013, p. 78)

Como já mencionado, originariamente, a medicina tem seu início pela Igreja e pelo Estado, sendo que o primeiro controlava, expressivamente, o segundo. A Era Clássica e a Idade Média mostram; como efetuou-se o início desse novo mecanismo, iniciado como “medicina individual” e, depois, torna-se a “medicina social”<sup>43</sup>. Com o decorrer do tempo, a medicina ganha acordada liberdade. Para entender esse estado seguinte, existem três movimentos importantes a se entender: o primeiro na Alemanha, onde a medicina é estatal, voltada para o saber. A segunda é a da França, pensada com o enfoque ao meio ambiente, por conta do “fenômeno urbano”. Já a terceira na Inglaterra, voltada à massa do proletariado. Essas três direções do saber médico foram medulares para solidificar o discurso/ciência médica<sup>44</sup>. Elas marcam a virada da “medicina individual” para a “medicina social”. Os três processos da medicina social foram acontecendo quase que simultaneamente, e, na França, ela passa a ser estudada com a Química e a Bióloga, inaugurando um desenvolvimento da ciência. Com essa inauguração, o “saber-poder” desenvolve-se ao ponto de perder o compasso com a subjetividade; e com o próprio padrão social.

Mas esse poder do médico, claro, não é o único poder que se exerce; porque, no asilo como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém. Tampouco é o que emana

---

<sup>43</sup> Michael Foucault (1979) usa dessas terminologias para explicar a mudança decorrente de três movimentos que ocorreram: na França, Alemanha e Inglaterra.

<sup>44</sup> Essa afirmação pressupõem-se o “poder”, conseqüentemente.

de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento.” (Foucault, 1973, p. 7)

Sendo uma das pioneiras na reforma urbana, a França estava perante problemas sociais que, até então, não eram centrais. Um deles foi a questão da saúde pública ligada ao saneamento básico. Além disso, o país; foi um dos primeiros a reconhecer como o ambiente influenciava a saúde, como a importância da água que se consumia, o solo que se contaminava; etc. Para assegurar a população, de uma forma bem errônea, houve toda uma movimentação de segregação das camadas mais inferiores<sup>45</sup>, sendo jogadas às margens das cidades. Não foi suficiente colocar os cemitérios entorno do polo urbano, nem os doentes, porque o solo ainda era um meio que propagava indevidamente doenças. Mesmo sendo privado, ele se encontrava conectado com outros que não eram controlados, e que abrigavam substâncias ainda incompreendidas. Não demorou para que percebessem que a propagação ocorria independentemente da medida tomada sob a terra. Mesmo com o saneamento proposto inicialmente, que era o da exclusão, o qual não foi capaz de conter o que se ambicionava. Por meio dessa frustrada tentativa, o país se pôs a desenvolver uma nova compreensão, contemplando as questões mais “naturais”. Há um movimento novo, a medicina não se restringe ao entendimento da condição subjetiva da pessoa, desse modo, passa a incorporar a situações externas<sup>46</sup>. Ou seja, inicia-se a concepção de patologia, como algo para além do primeiro olhar humano.

Os outros dois movimentos também foram importantes na fixação do discurso médico que conhecemos hoje, mas o francês; teve suas peculiaridades, que parecem comunicar mais sobre a atual situação. Esse cenário tem muito a revelar sobre o discurso geral da ciência dentro do Ocidente. O discurso médico ganha forças, passa a internar, corrigir, segregar, de uma forma autônoma, sem consentimentos dos demais órgãos<sup>47</sup>. A ciência, de modo geral, tem seu polo numa hierarquia, baseada nas disciplinas escolásticas, recebendo respaldo do governo e outras instituições já assentes – mesmo que

---

<sup>45</sup> Em relação a classe sociais e a saúde.

<sup>46</sup> Externas: no sentido da natureza e ambiente.

<sup>47</sup> Isso foi se dando gradativamente, logo após o movimento francês.

precariedade – e se autoalimentado; como detentora de métodos legítimos que procuram “à verdade”.

\* \* \*

A fim de construir mais detalhadamente esse cenário histórico da loucura, é importante tentar analisar o discurso das grandes massas sociais, que acabam por incorporar vários aspectos secundários e, mesmo assim, produzem algo singular. Existe uma massa que ajuda a perpetuar o discurso médico, religioso e segregatório. Não que essa massa seja, conscientemente responsável por isso, mas não se pode ignorar seu “poder” e nem seus possíveis e visíveis desdobramentos, no que diz respeito ao grupo de pessoas anormalizadas historicamente. Essa massa, é a mesma que fala que “loucura” não é doença, além de ser a mesma que diz que é algo “incurável”. Dicotômica, mas, o termo mais preciso para se referir a ela, seria antagônico. Uma massa que se opõem, mas que em suma, exclui o diferente e, apenas por esse fator, é que ela pode ser categorizada como grupo. Nem mesmo pela sua precarização, a constitui como grupo tão vigorosamente. Por esse motivo, não há como descrever precisamente o discurso que ela absorve e como ela usa-o. Nesse caso, uma análise de proximidade e distanciamento<sup>48</sup> é proposta com a teoria da “banalidade do mal”, de Hannah Arendt (1999).

Ao abordar a construção histórica, é aparente a contenção de significados que permanecem e tecem os caminhos. Hanna Arendt demonstra como essa cinesia aconteceu e acontece, por meio dos resquícios históricos, como as estruturas que permaneceram, mesmo que em configurações distintas das antecedentes, e como elas influenciam a vida pública. A “naturalização” é o que ocorre, fazendo com que grandes estruturas que, aparentemente deixaram de existir, ainda se perpetuem. A partir da “naturalização” e da noção de “vida pública”, o indivíduo incorpora, em suas origens mais enraizadas e mais cristalizadas, essas faculdades. Um exemplo: o pensamento nazista. Mesmo que o regime tenha acabado, ainda existem indivíduos - que pertencem a grupos minoritários - mas que permanecem pregando preceitos que muitos de nós achávamos superados. Em analogia a

---

<sup>48</sup> Pois não será apenas um uso análogo.

isso, é nítido os resquícios que a igreja e o discurso médico cientificista deixaram sobre o “louco” / “doente”.

Por que esses tipos de preconceitos continuam a se perpetuar, mesmo que tenham sido postos em dúvida e levados à concordância de sua falta de fundamento e motivo para perpetuação? Pois, segundo Arendt (1999), a falta do pensar é a falta do posicionar-se, segundo a moralidade vigente. A ausência do questionamento é tão pública quanto a posição que o mesmo vai apresentar, ambas ocorrem. Então, pode-se deduzir que, como os “loucos” são um grupo minoritário e afetam apenas o seu entorno, de maneira direta, apenas essa pequena parcela é que precisará elaborar o pensamento cognitivo sobre o assunto. Os demais, apenas incorporam características, de forma inconsciente, isso torna-os tão responsáveis quanto, uma vez que continuam a agir em relação à questão que acreditam não precisarem elaborar. Portanto, parece-me importante ressaltar, como Hannah Arendt já o fez. O “pensar” precisa ser encarado como uma atividade pública e intrínseca a qualquer projeto ético ou social. A “responsabilidade” sempre tem um peso moral para ela, que disfarça isso usando de uma construção cientificista do discurso. Mas, é só lembramos de que o “louco” não é a sua loucura, embora não exista sem ela<sup>49</sup>. O mesmo pode se aplicar ao pesquisador, que, como já mostrado anteriormente por outros, como: Fravreet-Saada, Veena Das, Evans-Pritchard e Tim Ingold, desempenha papéis simultâneos. Por sistêmica, a autora é considerada uma das precursoras da ideia de “esfera pública”. Ela usa Santo Agostinho e Sócrates como exemplo para falar do “eu consciente”; percebendo ou não, tudo se passa dentro de uma esfera moral, da qual, eu não simpatizo.

A moralidade não pertence a esse trabalho como a autora propõe, pois, tal conceito se torna apenas inapropriado perante os já apresentados e mais sofisticados, presentes na atual perspectiva de trabalho. A forma como pretendo utilizar a “responsabilidade” é, associando-a à “banalidade do mal”. O conceito é um termo cunhado no julgamento de Adolf Eichmann, general/tenente-general do regime nazista na Alemanha, acompanhado de Hannah Arendt. A filósofa usa tal conceito para explicar que Eichmann não era um indivíduo com o mau intrínseco, assim acreditava que o ser humano apresentava uma natureza compreensível à nós – ele era apenas uma pessoa, dedicou-se a àquilo que acreditava. Porém, é cognoscível que a intenção “maléfica” não o isenta da

---

<sup>49</sup> Se existisse sem, não o seria.



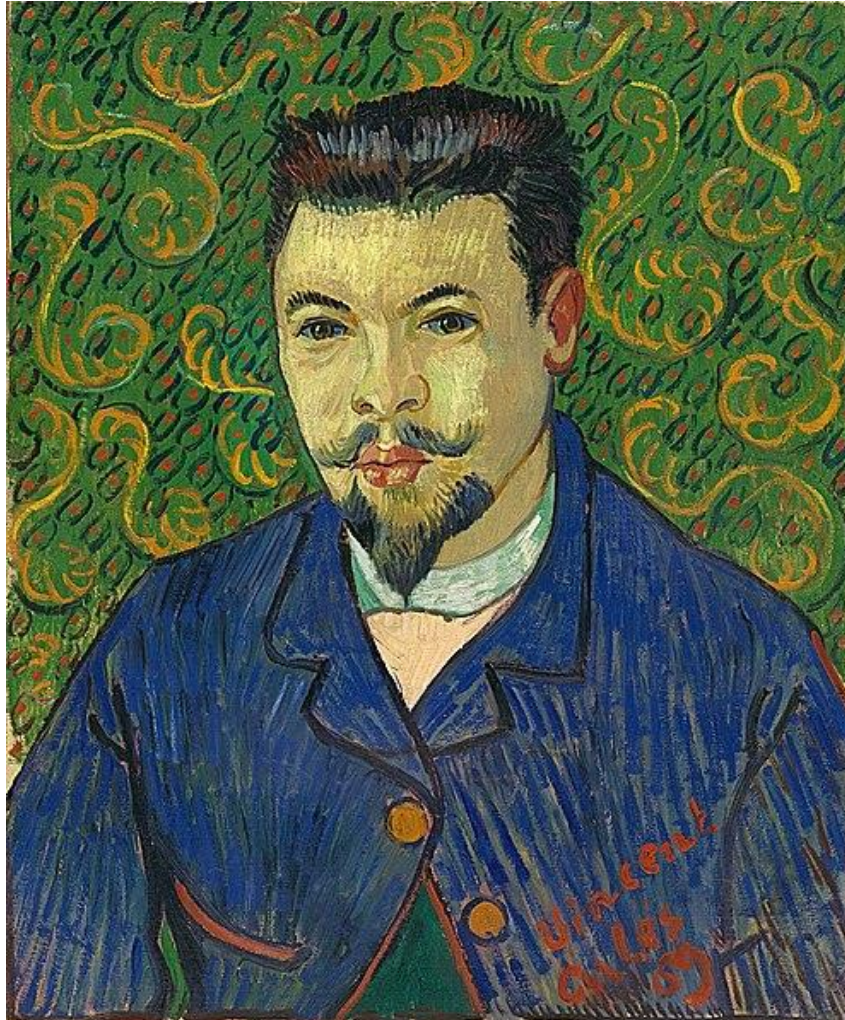
responsabilidade de seus atos, mesmo que os tenham sido pensados inapropriadamente ou, como ela o coloca, como um ser de pouca cognição, que só queria desempenhar o papel em que foi condicionado a acreditar ser o seu. Nesse sentido, a compreensão de toda a estrutura em que ele está inserido e instruído a viver, não o isenta da participação das mortes que ele causou.

Sim, Arendt pode estar correta sobre a crise da moralidade e o que a moralidade contribui para a ação individual. Mesmo que falte o “pensar”, a responsabilidade com o outro é existente. Mas, a responsabilidade não, necessariamente, deve ser encerrada como ela propõe. O entender é sim responsável pelo julgamento da moralidade. Nessa perspectiva, a responsabilidade que procuro não é a de cobrança, é, no entanto, a de um caminho possível para o despertar pensante, pois, este, é responsável de fato por suas escolhas políticas. O não pensante pode ter acesso a essas escolhas e ser responsável em certa medida, porém não de uma maneira totalitária, em que o mesmo deve responder apenas pelas consequências de suas ações. Caso contrário, a autora só reproduziria uma lógica opressora, caindo na culpabilidade moral, mudando, assim, apenas a moral vigente.

A reflexão que a autora faz, especificamente, sobre a “banalidade do mal” me fez olhar, novamente, com uma nova ótica para os grupos que estão entorno dos tidos “anormais”, em especial, os que abrangem a “loucura” em suas origens arcaicas e equivocadas. E, ao contrário da autora, pretendo empregar “responsabilidade” como uma exploração de caminhos, sejam os já conhecidos ou os novos, tendo como plano de fundo a garantia da acessibilidade. Pois a punição, como a autora coloca, não condiz com minhas concepções reflexivas, nem com a concretização de benefícios, dado que, a falta de inserção a essas prerrogativas são escassas. A maneira que pretendo aborda-la é, uma tentativa de mapear o entorno da loucura, que segrega, oprime, sem consciência completa de tais execuções, mas que, acabam por atingir, indevidamente, a minoria que se auto-pensa.

#### 4. Mais do que caminhar, pensar/pisar sobre o terreno

Imagem 3 – Retrato de Dr. Feliz Rey.



Fonte: pintura de Vincent Van Gogh, janeiro de 1889.

Tentando a todo o momento trazer uma perspectiva mais sensível/subjetiva em todas as análises propostas até então, considero pertinente abrir o presente capítulo com tal obra. O *Retrato do Dr. Felix Rey*, 1889, óleo sobre tela, 68,8x53 cm, foi executado e entregue ao mesmo – “personagem” da obra, já que é a visão e interpretação sobre uma determinada pessoa – por Vincent Van Gogh. Pintada posteriormente a seu internamento no hospital em Arles, Sul da França, acunhado Hôtel Dieu, instituição fundada pela gerência da igreja católica do local. Uma entidade de estrutura similar a uma prisão, de

arquitetura fria, voltada para a “doença” como “mortal e demoníaca”<sup>50</sup>. É nesse espaço, já conhecido por Vincent, que ele passa, novamente, um determinado período estando gravemente enfermo, segundo algumas descrições presente em suas cartas, nas de seu irmão, de seus colegas próximos e, até mesmo, em sua biografia: “*Van Gogh: A Vida*” 2012. Tal período foi subsequente a um estágio estável do pintor, no qual o mesmo tentava empregar/praticar seu plano: reunir colegas pintores em sua casa/ateliê, forcejando criar um ambiente harmonioso e inspirador, onde a troca profissional e pessoal seria executada. Toda essa contextualização é para tentar ilustrar, de maneira tangível ao leitor, parte da minha compreensão e o uso (emocional ou não) da presente tela.

Outro parâmetro em relação à pintura é o retrato. Van Gogh tinha essa característica aparente, de pintar retratos e autorretratos. Isso demonstra, de alguma forma, sua maneira de interpretar humanos e a si mesmo, mesmo esse sendo um predicado comum entre os pintores da época. A complexidade dos retratos<sup>51</sup> é maior do que a simples e comum atribuição que lhe era dada na época e da forma que, aparentemente, é tratada até hoje<sup>52</sup>. Ela pode e comunica aspectos importantes sobre quem a utiliza, como no caso do Van Gogh. Ele demonstra, às vezes mais e às vezes menos, o vínculo que estabeleceu com as pessoas que pintou<sup>53</sup>.

Como esse lado apresentado profissionalmente, que também é particular, utilizarei em um primeiro momento o conceito de “trajetória”, elaborado por Bourdieu. Utilizando esse termo, a construção do retrato pode ser interpretada como um personagem derivado da pessoa de Felix Rey. Para Vincent, Felix Rey era um indivíduo que assume determinado papel em sua vida, estabelecendo, assim, exclusivas relações, que podem ou não estar em seu quadro<sup>54</sup>. O que não pressupõe uma simples representação da pessoa em si, mas a de um papel em meio aos outros. Esta linha de não determinar a pessoa retratada e abordar ela como “personagem”, relaciona-se à pintura ser executada com o intuito de presentear o médico, para então se estabelecer outras formas de relacionamento<sup>55</sup>.

---

<sup>50</sup> Naifeh e Smith, 1994.

<sup>51</sup> E auto-retratos.

<sup>52</sup> Referente as áreas que não flertam muito com a subjetividade da pessoa.

<sup>53</sup> Segundo suas biografias e suas cartas.

<sup>54</sup> Felix Rey foi o médico que atendeu Vincent em seu primeiro internamento. Ele cultivou uma amizade com o mesmo, concedendo-o, por influência pessoal ou não, um diagnóstico mais brando. Por conta dele, Vincent saiu mais cedo do hospital.

<sup>55</sup> Essas informações podem ser constatadas em suas cartas a Theo, em sua biografia e nas cartas de Sr. Cache. O quadro foi um agrado e uma forma de persuasão.

Conforme essa linha de elaboração – que não pretende seguir a “lógica racional ocidental”, mas que a faz em quase toda sua elaboração – suscito uma questão que é, quase sempre, presente em minha atual trajetória. Esse processo de criação, tanto de Vincent Van Gogh quanto das demais pessoas com quem já pude me relacionar de alguma forma, como: o meu próprio processo de escrita, o processo de pintura de minha irmã; (artista/pintora), das artesãs e artesões com quem já tive algum tipo de contato; dos processos lúdicos e diversificados de pessoas que se encontram na instituição de Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS III), gera fortemente noções e percepções sobre algo denominado “solidão”.

Como resgato Pierre Bourdieu para auxiliar-me nessa entrada narrativa, me cabe a tentativa escrita e ilustrativa, mas que não pretende se aprofundar “normalmente”, como se observa em trabalhos do mesmo tipo. Tento dar minha própria entrada, com minha interpretação, aproximação e distanciamento, dos objetos e conceitos analisados. Para o autor, existe toda uma “lógica racional e ocidental” para se explicar as dinâmicas das relações humanas; e talvez, não humanas<sup>56</sup>. Os locais em que as relações humanas se dão; são denominados “campo”. Esse “campo” é disposto segundo relações estabelecidas, que podem ser modificadas com o tempo; conforme a peculiaridade de cada um desses processos interativos. Porém, existe um prisma comum, já vigente há tempos, que se consolidou e rege as “regras” já dispostas em “campo”. Para a modificação/subversão das mesmas, o autor expõe que deve-se, primeiro, inserir-se nelas; aprende-las, para, então, elaborar e agir por meio de outras operações. A incorporação dessas regras e o intuito de modificá-las é denominado, segundo o autor, de “habitus”. O “habitus” é a incorporação de aspectos particulares ou não, (pois pode ser um aspecto comum socialmente), que se apresenta nas relações já estabelecidas e que se estabelecerão. Para Bourdieu, todos os aspectos de conduta, seja em sua dimensão física ou não, são determinados pela “incorporação do habitus”. De acordo com esse esquema analítico, existe, então, uma condicionante para toda ação do indivíduo, mesmo que a subjetividade seja existente, todavia a mesma é colocada como filtro, que, também, foi constituído pelo “habitus”. Para não ficar retido ao ciclo cognitivo que tende a um desdobramento inevitável, o autor elabora outro conceito, o de “trajetória”. Há, aqui, dois pontos que mais me atraem: a

---

<sup>56</sup> Isso não fica explícito em suas obras, se os não-humanos também são abordados. Até mesmo, porque esse conceito de não-humanos é algo recente nas ciências sociais.

“temporalidade” e, o que chamarei de “desvio”. É importante ressaltar que, o autor não trabalha com esses conceitos, eles apenas são derivados de sua teoria.<sup>57</sup>

A primeira é referente ao tempo cronológico e linear ocidental convencional, do qual integramos enquanto seres sociais. Para se incorporar o “habitus”, sendo explícito ou não em sua elaboração teórica<sup>58</sup>, é necessário convívio. Como o convívio ocorre? Por meio da disponibilidade temporal. Por exemplo: um trabalhador, de chão de fábrica ou não, mas que pertence à classe social que se encontra abaixo da burguesia, segundo Karl Marx (2013), tendo de oito a doze horas de jornada de trabalho; obviamente, terá um tempo menor de dedicação a outras áreas do conhecimento, como Bourdieu coloca como “capital cultural”<sup>59</sup>. Já um sujeito que não tem emprego formal, dispõe de mais tempo para incorporar os “habitus”; que poderá ser usado posteriormente, como “capital cultural”. Certa aquisição de “capital cultural” é muito menor de um indivíduo para outro, pois a relação de tempo é completamente distinta. Não há como ignorar o campo da temporalidade ao se falar de “habitus” e “capital cultural”.

O segundo conceito é originado à luz da influência da interpelação de “trajetória”, de Pierre Bourdieu. Segundo o mesmo, a definição é usada para explicar a conduta que não é definida pelo “habitus”; que o indivíduo dispôs ao decorrer de sua vida. É como se existisse um aspecto que foge a essa sistemática e o faz seguir por caminhos imprevisíveis em um primeiro momento, mas, em seguida, é alinhado novamente a essa lógica, apenas não sendo passível de total mapeamento analítico. Pontualmente, a essa última questão destrinchada<sup>60</sup> é que o “desvio” é colocado, em uma perspectiva mais contemplativa, no que diz respeito ao objeto/questão estudada no presente trabalho. O desvio é mais volátil, não necessariamente relativo. Ele abre margem para questões que podem, ou não, ser importantes, essa importância só será averiguada conforme o trajeto que ela terá. É como se o desvio constituísse em sua aplicação e não em sua formulação teórica. “Mas trata-se de uma mente imanente ao próprio movimento, e não uma fonte originadora à qual esse movimento pode ser atribuído enquanto efeito.” (Ingold, “O dédalo e o labirinto”, 2015, p. 27.). Essa é uma tentativa de humanizar um pouco a teoria, ou como já empregada em

---

<sup>57</sup> Ele trabalha com o conceito de “trajetória”, mas de forma distinta a qual apresento aqui.

<sup>58</sup> Referente a obra de Bourdieu.

<sup>59</sup> Ampla gama de conhecimento sobre diversas áreas, mas sempre um conhecimento validado pelo “campo”.

<sup>60</sup> A não formalidade de análise e conclusão, segundo os parâmetros da ciência ocidental.

outros momentos, de “anormalizar a teoria”<sup>61</sup>, tentando trazer uma vertente mais abrangente, menos rígida e suscetível a falhas epistemológicas<sup>62</sup>, criadas pela lógica normativa.

É isso que o quadro de abertura do capítulo me desperta. Há inquietação e dúvida de que há um ou mais “desvios”, em relação à “caminhada” de Vincent, na constituição do quadro e nos processos criativos em geral, que pertencem à óptica do transtorno/loucura. Se eu usasse apenas o “habitus” estaria condicionada apenas ao mapeamento de uma construção histórica, regularização essa, que é incerta<sup>63</sup> e dada; mediante, várias entradas. O acesso que pretendo seguir abrange o de que não é preciso usar de uma classificação convencional, de uma reconstrução histórica linear, nem de abordar segundo a constituição da memória do pintor ou através dos relatos das cartas<sup>64</sup>. O que tenciono; de certa forma, é o escopo por meio de todos esses prismas, ao mesmo tempo em que não preciso me reter a um único caminho, pois essa multiplicidade foi e tem sido a configuração da minha vida<sup>65</sup>. Ela não é de fato uma escolha, mas, um caminho dialético entre a escolha e o que se faz forçoso. Essa singularidade, da minha trajetória, pode ser verificada através de todo um cenário antropológico que se inicia já na década de sessenta (já citado nos capítulos anteriores). Que, por vezes, acontece mais em uma linha do que em outra, porém, em geral, torna-se legível ou palpável na decorrência da fabricação do “tecido”<sup>66</sup>.

Um dos “fios” que se tornaram visíveis ou perceptíveis para mim, em referência ao quadro, foi o da solidão. A solidão aqui deve ser encarada como característica pontual, sujeita à definição do dicionário: desacompanhada/o. Tentarei descrever meu movimento com ela, ao mesmo tempo em que olharei na direção de outras histórias e situações, a fim de ver; analogamente, como ela se manifesta e quando não. O objetivo principal da abordagem desse desvio é para poder adentrar, mais precisamente, em como a noção do corpo pode ter um parâmetro também individual<sup>67</sup>. Nesse sentido, o trabalho se

---

<sup>61</sup> Carniel, 2013 e von der Weid, 2017.

<sup>62</sup> Também no sentido geral da pragmática ocidental.

<sup>63</sup> No sentido de questionar os parâmetros de averiguamento vigentes até hoje.

<sup>64</sup> Não estou negando-as. Apenas exponho que não me retirei a uma única vertente citada.

<sup>65</sup> O caminho é o caminhar. Tim Ingold, 2015.

<sup>66</sup> Ingold, 2012 e Ingold, 2011.

<sup>67</sup> Trabalharei esse desenvolvimento analítico de solidão; com a interfase de corpo, proposta por Foucault (1978; 2002). Ele coloca o corpo como sendo constantemente moldado do externo pro interno, o que pretendo fazer é, mostra-la como uma via de mão dupla; a solidão me auxilia nessa ilustração.

desdobrará para ressaltar a subjetividade do transtorno e elucidar a fala de quem o vive, demonstrando outra dimensão da acessibilidade, cuidado e afeto.

\* \* \*

Desde o início<sup>68</sup> da manifestação da doença/transtorno em minha vida – a nomenclatura pouco importa aqui – o isolamento foi a primeira face que encarei. Não se deu no sentido do abandono, embora, às vezes acredito que sim, de nada vale essa percepção moral. A indagação é que a maioria das pessoas que viviam no meu entorno não sabiam como agir perante tal estado. Posteriormente, as aproximações foram se dando, no sentido prático do tratamento médico. Mas, ainda estava só, uma vez que o processo de compreensão<sup>69</sup> sobre o que estava me tornando/vivendo/experienciando não seria enraizado apenas com a fala de terceiros, era necessário uma compreensão interna e um processamento subjetivo, que poderia e foi auxiliada por demais externos, mas que ainda se deu como algo particular/singular. Pensando todo esse contexto precedente, vejo-me no mesmo movimento, mas em circunstâncias, quase sempre, distintas. Por exemplo: meu processo de produção da dissertação. Não é como se eu me deslocasse do contexto anterior, ou que apresentasse uma desconexão com o mesmo, no entanto, existem singularidades do atual processo que fogem ao anterior<sup>70</sup>. Eles se aproximam e se distanciam, ao mesmo tempo em que estão em constante dialética, o que me fez perceber, que talvez, a solidão seja o “desvio”<sup>71</sup> que me caracteriza e me mobiliza a ocupar lugares, que quero e que preciso. Ele tem se apresentado, para mim, como uma autonomia, nem sempre uma dialética entre meus processos<sup>72</sup>, mas uma entrada de construção corporal,

---

<sup>68</sup> Referente ao momento em que as pessoas ao meu redor entenderam meu estado como anormal.

<sup>69</sup> Não é, necessariamente, referente ao modelo ocidental.

<sup>70</sup> Raciocínio advindo do “desvio”

<sup>71</sup> O desvio pode ser empregado para se entender conceitos de formas mais fluidas e abrangentes, não seguindo, necessariamente; uma tradição do pensamento.

<sup>72</sup> Pode parecer contraditório, mas, por vezes, os processos não são conscientemente vistos em dialética, e por isso, eles não o são. Aqui, entre a questão do consciente e do subconsciente, e trabalho com a perspectiva da ação em vida, ação que nem sempre é consciente como um todo, mas em partes, sendo válida da mesma forma. A abstração, existente ou não, que não é percebida, não é posta como fator decisivo, seguindo assim, partes da lógica que Ingold apresenta em estar vivo, ao se referir a mutação biológica da pedra. Ou seja, a pedra continua a se modificar, eu podendo observar essa mudança ou não, porém, essa mudança é encarada de forma distinta por mim, isso não quer dizer que a encaro errado ou não, que crio percepções mais válidas ou menos válidas.

teórica e prática sobre o estado que vivenciei e vivencio, de uma forma dúbia, que pressupõe a existência simultânea de coisas que, não necessariamente, interligam-se.

O desvio se configura como chave fundamental dessa proposta. Ele é a compreensão de que as coisas existem em relação a outras, seja uma relação de dependência ou não, mas isso não é universal. Podem e existem relações que não são só consequências de interações. É nesse sentido que tento redigir o desvio, com o intuito de abranger mais fielmente as pessoas doentes, porém, uma proposta inicialmente e aparentemente, contraditória. Pode-se ler relações por meio da dialética ou não, ler a subjetividade antagonicamente com o social; ou não. Nenhum é mais válido que o outro, ambos podem ser metodologia/ciência<sup>73</sup>. É uma abertura possível para a sapiência de alguns mundos “anormais”, dos quais, pouco se sabe e se procura impingir. Tal termo é proposto, a fim de ser artefato para a ação prática/política e como forma de resgatar importantes correntes teóricas, justapondo-as, de acordo com a realidade, dentro de uma perspectiva subjetiva, do indivíduo doente.

Muitas vezes, as pessoas que são tidas como “anormais” disponibilizam narrativas/relatos que não englobam todos os âmbitos da vida. Porém, isso não o faz uma ferramenta sem utilidade, através da perspectiva da “memória”, em que os relatos são produções das interpretações subjetivas, mas que permanecem relevantes e têm, mesmo que pequeno, um espaço acadêmico. Mas, para além da “memória”, qualquer relato, verbal ou não, tem a comunicar. Nesse sentido, o “desvio” é posto como uma análise não muito rígida, em relação a outras propostas, mas permanecem sendo uma metodologia tão eficiente como as anteriores. Pode-se perscrutar uma “caminhada”, através de âmbitos biológicos, químicos, sociais, entre outras estruturas. Porém, o contexto em que isso é realizado, as razões gerais e pessoais, podem fugir ao exame da língua escrita/acadêmica, o que não anula os aspectos não estruturados. Para que o desvio seja mais bem anunciado, pretendo adentrar a minha experiência sobre a produção dessa dissertação, na tentativa de me mostrar mais do que a pesquisadora ou mais do que a doente. Isso posto, o desvio tem a função de juntar as minhas fragmentações<sup>74</sup>, mostrando-as como constituintes do meu ser, mais do que lacunas sociais ou pessoais.

---

<sup>73</sup> Como já apontava a antropologia desde a década de sessenta.

<sup>74</sup> No sentido de que a ciência sempre trata dessa forma. Utilizo o termo para conseguir fazer uma primeira comunicação, mas não concordo com o uso do termo, não dessa forma, como é presente em outros tantos trabalhos.



Perante a dicotomia existente entre a fala e a vida, teoria e prática, já abordadas anteriormente, meu processo de trabalho na produção da presente dissertação pode ser um exemplo, exposto sob a perspectiva do “desvio”. Ela deve servir; apenas, como uma condição de ilustrar melhor como minha vida está para além dessas “linhas”. É uma humanização, movimento esse, que servirá para atender minhas demandas, que, em geral, são similares entre pessoas doentes. Não tenho o objetivo de comover terceiros, mas pretendo sensibilizá-los. Nesse momento, trazer os meus relatos é tão parte dessa dissertação acadêmica como na minha vida fora dela. Abordar a subjetividade, cuidado, afeto e acessibilidade será a forma de mostrar aos poucos como o “desvio” é fundamental.

Meu processo de escrita se deu, antes, durante e no presente momento, em relação a minha saúde. Foram caminhos não, necessariamente, lineares, dentro de uma temporalidade convencional, que me afetaram e ainda afetam diariamente. Não consigo e nem devo tentar analisar esse tipo de coisa separadamente, pois a minha forma de funcionamento de vida foge a certos padrões ocidentais. Enquanto doente, tive que abrir mão de diversas características pessoais para conseguir executar coisas convencionais. Até hoje, ainda não compreendi de fato como essa relação de abertura e fechamento funcionam, mas sigo a executando, por conta das estruturas sociais de poder. É claro, não falo somente de coesão textual, também há parte da minha subjetividade que se dispõe a dialogar com essas esferas, mesmo que seja nítido o emolduramento da minha vida pelas mesmas. Por mais que tenha sido, ou talvez ainda seja, um desejo, concluir o presente trabalho e permanecer dentro da academia, por muito mais vezes, do que às vezes em que tenho certeza de tal trajeto, questiono-me em como permanecerei nesse âmbito. Minhas condições pessoais, dando enfoque a minha saúde, me tiram de tal possibilidade quase sempre, ou me colocam em um caminho muito mais tortuoso do que o padrão. Assim, provavelmente, não deve ser agradável a leitura dos presentes relatos, mas antes de aceitar ou pensar tal sentimento (refiro-me ao leitor), é válido lembrar que, para mim, é tão difícil quanto à assimilação e a elaboração de toda essa investigação, pois sou eu quem me expus<sup>75</sup>, independente do motivo de fazê-lo.

\* \* \*

---

<sup>75</sup> Movimento necessário para qualquer diálogo, principalmente em trabalhos científicos, o que dificilmente ocorre em primeira pessoa.

Minha entrada no programa de pós-graduação em Ciências Sociais, pelo departamento de Ciências Humanas da Universidade Estadual de Maringá (UEM), deu-se por motivos pessoais e também por toda uma estrutura social, a mesma me fez desejá-lo. A minha permanência nele é o que importa por hora, felizmente, aconteceu por questões subjetivas e de resistência. A subjetividade aqui é como teço a relação com as estruturas já impostas e vigentes, algo muito semelhante e análogo ao que Foucault (1978) coloca como “resistência”. Encontrar a minha subjetividade dentro dos emaranhados da dissertação e do meu acometimento pela doença, ainda é algo que está acontecendo, o qual estou tentando entender ou; minimamente, olhar. Como mostrado anteriormente, os processos podem ser entendidos em dialéticas ou não. Desse modo, o que tento salientar aqui é a minha subjetividade presente em qualquer que seja a análise de tais sustentações. Com o intuito de aprofundar a questão do desvio, este momento implica a observação de questões tais quais a subjetividade, a rede de cuidados, a acessibilidade e a construção corporal. Para tanto, faz-se necessário relatos do meu processo de escrita dessa dissertação, uma vez que tais experiências tecem o cerne da narrativa teórica desse estudo, o qual se baseia em possibilitar que a pessoa doente possa falar por si.

Nesse sentido, a subjetividade se mostra presente em minha vivência, por meio de minha permanência no atual processo. O caminho para reconhecer esse aspecto me requisitou tempo. Foi me colocando em movimentos, conhecidos e desconhecidos, que pude ir experienciando, construindo e reconhecendo-a. O caminho me fez vivê-la, mais do que entendê-la enquanto conceito. Por isso, hoje, ela é entendida por mim, enquanto minhas percepções corporais e de resistência, frente à normalidade. Ela me ajudou a tornar a doença mais branda, e fez com que eu descobrisse mais formas de estar presente em relação aos meus tratamentos, e explorar mais outras abordagens, que até então, eram impensáveis.

Além da questão temporal, o que também me ajudou a perceber e viver minha subjetividade, foi a “a rede de cuidados” que dispus, mesmo que hoje não a tenha mais. Temporalmente determinada e diferente da teoria que conheço (Flores, 2016; Souza e Carniel, 2020) sobre a mesma, ela se mostrou essencial. Foi peculiar, em relação as que conheci posteriormente. Primeiramente, buscarei ilustrar como ela é comumente concebida teoricamente, e como, talvez, ela aconteça segundo a minha óptica mais abrangente da

vida<sup>76</sup>; para então, tentar falar particularmente da minha experiência. Inicialmente, ela se deu pela incompreensão do que me acometia, contribuindo para o diagnóstico tardio e impreciso. Minha família, isso inclui amigos, é que a constituía. Obviamente, os tratamentos e os membros de redes similares, também podem e são considerados como “rede de cuidados”, mas há especificamente, uma conotação afetiva/sentimental, que faz o termo se restringir a representação de “família”, mais do que médica.

Com o despreparo de quase toda “rede de cuidados”, comumente, averiguado nos pontos de atendimentos emergenciais psiquiátricos e no início dos tratamentos psicológicos, fui posta em lugares onde precisava me “adequar”. Teoricamente, essa rede deve disponibilizar meios para que o doente permaneça em sociedade, fazendo com que não seja isolado. Primeiramente, essa disponibilidade deveria ser a flexibilidade de recursos e novas perspectivas para tratar o enfermo, porém, o que acontece é o uso dela como ferramenta de contenção a serviço de ordens já vigentes, que só são colocadas em novas roupagens. O que há, é a interpretação do “louco” através do olhar do normal, sendo que o ideal, ou para mim, aceitável, é a interpretação do “louco” sobre ele mesmo. Ou seja, a “rede de cuidados” deveria procurar entender o singular por ele mesmo, ajudando-o a elaborar seus sentimentos e sensações. Quase utópico a idealização desse pensamento. A chave de compreensão é da loucura para normalidade<sup>77</sup>, antes disso, da loucura para a própria loucura, pois é um mundo praticamente inexplorado. O que ocorre, portanto, é a execução de medidas tomadas a partir do prisma da normalidade, tentando aproximar o doente da cura.

Tal elucidação da lógica da “rede de cuidados” pode ser identificada na história de Vincent, no exemplo já abordado anteriormente, em que seu irmão o interna e o dá como incurável. Assim, como no meu caso, pode ser exemplificado com a submissão a tratamentos, dos quais eu nem se quer fui indagada a pensar, o mesmo decorreu as possibilidades de internamento, das quais eu não decidi o desfecho. Esses exemplos não anulam o afeto emocional da minha rede de cuidados em relação a mim, assim como a de Vincent em relação a ele. O cerne da questão aqui posta, é: como ela ajuda a manter uma norma vigente, e não possibilita, quase nunca, novas abordagens e compreensões sobre os mundos desconhecidos da “anormalidade”. Como ela tem muito mais a dizer sobre

---

<sup>76</sup> Em relação a uma certa realidade comum.

<sup>77</sup> O anormal deve se aproximar do normal.

estratégias de tratamento, do que como as pessoas vivem em tais condições. Ela não é uma proposta, necessariamente ruim, mas deve ser colocada do anormal para o anormal, ou do anormal para o normal, e não o contrário a isso. Sendo como é, ela não estimula a autonomia e; faz permanecer a lógica de “vigiar e punir” (Foucault, 1977.), com os tratamentos garantidos pelos grandes aparatos de poder – principalmente médico/legislativo.

Além da exemplificação com o meu caso, sobre como esse conceito é falho, gostaria de apresentar um outro lado, que não anula a análise já exposta. Meu principal apoio, que me disponibilizou tempo, autonomia e possibilidades para além do que imaginava, foi por meio de um único membro da minha família, um tio. Ele, mesmo não compreendendo, teoricamente/cientificamente, o que acontecia comigo, disponibilizou o escutar e validou minha fala. Sim, infelizmente, precisei que alguém fizesse a validação primeiro, para que depois eu pudesse fazê-la sozinha. Ele, antes de simplesmente acatar o que me era imposto, tentava me fazer refletir e demonstrar o que gostaria. Na época, demonstrações eram muito difíceis para mim, em todos os cenários. Minha solidão não foi anulada por ele, nem foi mais fácil. Mas, adentrarei em tal questão mais adiante. Com ele, fui estimulada, mesmo que sem intenção, a me expor. A exposição<sup>78</sup>, será abordada, aqui, como forma de “caminhar” e pensar sobre a mesma. Nesse tipo de situação, ainda somos moldados e cobrados a pensar antes de executar, porém, a doença não permite obedecer sempre a essa ordem. Por meio dessa figura de cuidado, a possibilidade de exposição foi colocada a mim. De alguma forma, meu tio queria me proporcionar toda essa elaboração, que, provavelmente, para ele, não era tão rebuscada assim.

Apreendi, vivendo, que a exposição era um dos poucos caminhos de acesso que poderia disponibilizar. Por isso, os presentes relatos e a execução dessa dissertação. O que faz a exposição se relacionar diretamente com a minha subjetividade, construção corporal, resistência, acessibilidade, solidão e outros assuntos abordados. Todos esses conceitos estão presentes na minha “caminhada” e podem estar presentes nas demais, especificamente, quando falo de pessoas doentes. A construção narrativa me proporciona voz e ação autônoma de pensar o que vivo, para que possa estabelecer certa comunicação, seja com pessoas que compartilham situações parecidas com as minhas, ou vivem perto

---

<sup>78</sup> Referente a “caminhar” e “pensar”, como se essas duas coisas fossem uma só, sem divisão.

de alguém que as passa. Esse movimento, funcionalmente falando, é a forma que penso a acessibilidade mais contemplativa.

\* \* \*

Existe um contexto extenso sobre saúde, por isso, tive que optar por algumas entradas, pois, não seria possível revisar tudo. A primeira entrada se deu pelas “doenças mentais”, que é o cerne da minha pesquisa, proporcionada pela arqueologia foucaultiana. A segunda é, por meio da óptica dos estudos sobre deficiência, que me abrem o olhar para questões físicas e o estigma, segundo já apontou Goffman, mas utilizarei a sistêmica de Deborah Diniz (2004-2009). O que pretendo é usar de sua ordenação, para adentrar o campo sobre acessibilidade. Tal questão se faz pertinente, visto que, mesmo não falando sobre deficiência como a autora, retrato um grupo minoritário, que o é; por conta de limitações corporais, mesmo que essas, não sejam sempre visíveis, como no caso da deficiência. As limitações físicas são distintas entre esses dois grupos, mas o princípio da acessibilidade permanece o mesmo, quando referente a esses assuntos.

Como bem aponta Diniz, os estudos sobre deficiência alcançaram o grande cenário de produções a partir da década de sessenta, em setenta teve grande protagonismo. Em mil novecentos e setenta e cinco, o *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS) ou Associação Internacional de Deficiência, foi consolidado. Demorou cerca de quatro a cinco anos para que eles pudessem se organizar e ganhar uma notoriedade mais formal, assim como indica Colin Barnes (2013). Mesmo assim, nessas duas décadas, a UPIAS adquire autonomia, produzindo narrativas sobre deficiência pelos deficientes. A principal virada ontológica sobre o tema da deficiência, segundo minhas leituras dos escritos de Deborah Diniz, deu-se no questionamento do até então vigente “modelo biomédico”. Propor a deficiência pelo prisma da diferença, enquanto corpo e outra forma de viver a vida, foi emblemático. Esse discurso, até hoje, ressoa em nosso campo acadêmico e em outros.

A principal pertinência da UPIAS foi ressignificar os conceitos de “lesão” e “deficiência”. O “modelo biomédico”, que nada mais é que a medicina tradicional ocidental (levando em conta suas mudanças no decorrer dos anos), pregava que a falta de

alguma característica/membro físico era o fator responsável por incapacitar pessoas. Jogava essa “incapacidade” para o campo biológico, responsabilizando-o pela impossibilidade de ter uma vida “normal”. Os membros da organização contestaram isso, reformularam tal questão, apoiando seus argumentos por meio do estigma e da segregação. Ter a experiência da deficiência é ser segregado e estigmatizado, pelo corpo físico, pois o social não proporciona espaço para o diferente. Ou seja, a deficiência é social, a lesão física, essa sim, é biológica. É evidente que a sociedade (aparatos de poder e pessoas) não está preparada para lidar com as diferenças. As políticas públicas estão para provar que, infelizmente, até os dias de hoje existe uma tentativa, que na verdade, mais é uma manipulação, sobre a “incapacidade” e o engessamento desses corpos. São tentativas de tirar a responsabilidade de uma mudança social, de diferentes âmbitos sociais de poder, fazendo com que os que são auxiliados pela mesma se segreguem.

As políticas públicas foram e são uma forma pouco elaborada e pensada para garantir “acessibilidade”. Como já demonstrado anteriormente, elas não são voltadas para uma reeducação ou reaprendizado de quem a utiliza, para que o mesmo possa voltar aos contextos sociais “normais”. Ela apenas tenta demonstrar que, minimamente, algo é feito para o deficiente. Dessa forma, é muito fácil identificar a má manutenção e a falta de acesso aos meios sociais (que os deficientes precisam), por meio dessas políticas. Elas são forjadas na base da “normalidade”, tentando fazer com que o “anormal” volte, ou que seja separado do “normal”. O ideal era que as políticas públicas garantissem acessibilidade para quem não tem, não só por meio de espaços físicos, mas, também, por meio ideológico.

As políticas públicas são orientadas por uma lógica que permeia o trabalho, principalmente sobre produtividade. Suscitada na obra de Diniz, ela perpassa pela produtividade como sendo critério de adesão a políticas públicas, por parte do governo e dos demais setores sociais de poder. Se você é um trabalhador que não consegue mais produzir, segundo os mecanismos que a fábrica ou o empregador lhe dispõe, você se torna “inválido”. Isto é, você pode recorrer ao auxílio pelo governo, mas não pode pedir outros tipos de meios para acessar sua “produtividade”. É válido lembrar que, atualmente, em relação à deficiência e a saúde em geral, houve avanços significativos, alguns até, conseguiram inserir novamente pessoas aos meios de produção. Mesmo assim, a maioria ainda se encontra segregada de alguma forma. Por mais que hoje exista a possibilidades

de novas leituras sobre o atual cenário, sobre o corpo e a saúde, ainda vigora a mesma lógica, apenas se dando de outras formas. O corpo é moldado e julgado, não importando a ordem desses fatores.

Dentro da lógica da deficiência, a questão do corpo físico se mostra central. Mas, em relação ao tema dessa pesquisa, que é: doenças/transtornos da psique, o corpo físico (referente à lógica da deficiência) se mostra mais complexo. Aqui não existe divisão tão acentuada entre físico e psique, já que os dois coexistem, formando o corpo. Nesse sentido, apoio-me na concepção de Marcel Mauss (2003), que entende o corpo como um todo (mente e físico). O autor demonstra como no oriente, com a prática da yoga, por exemplo, acontece processos complexos que atingem todas as dimensões do nosso ser, como uma transformação do corporal, não de um aspecto do mesmo. Outro exemplo dessa compreensão pode ser relatado por mim. Ao ser diagnosticada (nos termos médicos formais) com Síndrome do Pânico e depressão, fui submetida a vários tratamentos farmacológicos, o que me levou a ter diversas doenças, por conta dos efeitos colaterais sofrido. Logo em seguida, fui diagnosticada com fibromialgia, que são dores severas nas articulações e músculos. Perante esse quadro, como não relacionar o físico com a psique? Como tentar entender um sem, minimamente, olhar para o outro? Isso é possível, mas a análise perderia certa precisão, por isso a opção pela construção de uma narrativa, não uma conclusão de fatores. De alguma forma, é isso que a antropologia tenta fazer desde a década de sessenta, talvez, a ciências humanas em geral.

Meu corpo é mutável, ele sofre essas mutações de diferentes formas. Perdi quinze quilos quando diagnosticada com os “transtornos psíquicos” e depois ganhei novamente. Como não levar isso em consideração? Como não pensar minha melhora por meio de remédios à base de plantas (não é homeopatia), sendo que eu me senti melhor, física e psicologicamente? É claro, pensar essas coisas separadas é possível, entretanto será que ela consegue criar uma narrativa que contemple a qual se refere? Essas são questões que foram sendo colocadas a mim e, acredito também pelas doentes em geral. Como eu conseguiria acessar tais debates dicotômicos e opressores, na minha vida e nas das demais pessoas doentes ao meu redor? Por meio da produção dessa dissertação, pude ter uma opção de pensar, responsabilizar-me e comunicar tais inquietações. Isso, de alguma forma, para mim, foi ter acesso ao grande cenário acadêmico/teórico de debate. Mas, isso é acessível, porque ainda ocupo um lugar de privilégio, a universidade. Eu disponho dessa

“acessibilidade” porque acesso regalias que a maioria não tem. Todo esse cenário, entre minha vida e de outras pessoas do meu grupo, trouxe-me, por meio de vários caminhos, já apresentados aqui, a questão impossível de não ser levantada, a de acessibilidade.

A acessibilidade é pensada conforme as políticas públicas e os diferentes contextos de produções teóricas e políticas, como: os tratamentos em CAPS, a inclusão de programas de leitura em áudio, entre tantos outros, que, aqui, não será possível abranger todos. Não há qualquer intuito ou descuido de ignorar as mudanças já realizadas até então, o que tentarei demonstrar é como a “acessibilidade” acontece do “normal” para o “anormal”. Todos os modelos mais comuns, inclusive, o da “rede de cuidados” é articulada para que a pessoa com “impedimentos” (no sentido de diferentes mecanismos e modos de execução de vida), possa ter acesso ao mundo “normal”. Mas, como pensar esse “acesso” sem se pensar antes as diferentes formas de ser, e o que esses diferentes corpos e vidas querem. Será que Vincent queria acessar o mundo “normal”? Será que eu e outras pessoas doentes, queremos ser vistas como “normais”? Tais desdobramentos, proporcionados por esse amplo debate são sempre voltados a pressuposições que advém de órgãos/instituições antigas de poder. É raro encontrar debates ao redor do tema, que tenham como principal guia as narrativas das pessoas que vivem tais experiências, quando se tem esse elemento, geralmente, o narrador/narradora não faz parte desse grupo, tirando, assim, os protagonismos das narrativas. Não desvalido e nem acho menos relevante as narrativas apresentadas por terceiros, o movimento de ilustrar a questão do protagonismo ocorre apenas no sentido de garantir mais uma forma de “acesso”, já que, em geral, esse “acesso” é limitado.

As limitações nas atuais formas de acessibilidade podem ser constadas, por meio do mapeamento da diferença nos espaços sociais “comuns” / “normais”. Olhar para grandes instituições e ver quem são as pessoas que a ocupam é fácil e pressupõe simples análise crítica. Existem instituições já voltadas a essas pessoas, pois, ou as instituições “normalizam” a pessoa ou a segrega, que é o caso da penitenciária, dos auxílios voltados aos deficientes, os internamentos psiquiátricos etc. Dessa forma, como pensar de uma outra maneira o debate sobre acessibilidade? As narrativas, como já citadas anteriormente, são um dos caminhos, um dos quais eu optei, para tentar ter e dar acessibilidade às pessoas “doentes”.



No meio desses processos todos, de acessibilidade, subjetividade, corpo, narrativa, doença/transtorno, existe um isolamento pessoal, que ocorre de diferentes formas. A forma em si é importante, mas só é passível de compreensão através da disposição da pessoa ou da experiência com a mesma. Acredito que em concordância com a de Vincent e a minha, de alguma forma, fez-me visível. O que gostaria de propor reflexão, agora, é algo bem pontual, que percebo acontecer com a maioria das pessoas de tal grupo, a solidão. Não há intuito, como já relatado, de pensá-la por meio de qualquer chave moral/pejorativa, mas de refletir como uma característica comum e de difícil ponderação. Procurarei adentrar no tema, por meio de uma breve análise do meu processo com a doença/transtorno frente à temática da solidão.

Inicialmente, antes do diagnóstico tardio, exatamente oito meses antes de receber o mesmo, iniciei o tratamento psicológico. O que me levou a recorrer ao recurso clínico/hospitalar, na época, foi a incompreensão, tanto da minha parte como das demais pessoas perto de mim, sobre o estado emocional e físico que estava vivendo. Nesses oito meses de tratamento, o meu quadro se agravou drasticamente, fui obrigada a procurar mais recursos, a fim de entender o que acontecia e tranquilizar ou evitar os discursos que eram criados por terceiros sobre meu estado. A princípio, sozinha, procurei médicos psiquiatras entre outros especialistas, no entanto nada resolvia. Diferentes medicações foram sendo impostas a mim, mas nenhuma apresentava resultados satisfatórios. A situação ficou crítica, quando perdi ou me foi tirado o controle das opções de tratamento, por conta do cenário de desespero geral de quem me cercava e da minha não disponibilidade de lucidez. Nesse momento, determinada pessoa, juntamente com alguns membros da família começaram a decidir minhas submissões. Passaram-se meses, e os resultados continuavam imprecisos e meu quadro só se agravava, fazendo com que a internação surgisse como possibilidade. Não fui convidada a falar sobre essa questão, muito menos era escutada, caso me manifestasse. Dentro de três possibilidades, em momentos diferentes, mas quase consecutivos, finalmente fui chamada a participar, não que eu tivesse condições, entretanto foi assim que ocorreu.

Não foi o determinado membro da família que era o principal condutor das minhas submissões que me chamou para a participação, foi um terceiro, meu tio, já citado anteriormente. Perante o cenário de desespero generalizado, ele foi o único que conseguiu ser mais sensato, dando-me e possibilitando a minha exposição, mesmo que defasada,

sobre como eu me sentia em relação ao internamento e se eu gostaria ou achava que era uma possibilidade. Depois de muitas ponderações entre eu e ele, ignorando o restante das opiniões e decisões, chegamos a um acordo. Inicialmente, tivesse a tendência a acatar o internamento, mesmo achando que o mesmo não resolveria meu caso, mas me daria tempo e distância para poder refletir sobre meu estado. É óbvio que era um equívoco meu, que logo notei e ele me ajudou a fazê-lo. Seria internada, não podendo controlar meu tratamento, estaria totalmente vulnerável a decisões da clínica, não mais dos membros da minha família. Nesse momento, meu tio colocou uma simples análise do meu quadro, fazendo-me compreender uma segunda escolha, que até então, não achava que, poderia executar ou minimamente tentar. Ele me fez pensar que, se eu realmente me sentia incomodada com meu estado e não via melhoras até então, através das decisões terceirizadas que me eram impostas, estava na hora de tentar trilhar algo novo. Sim, provavelmente teria que fazer praticamente só, mas que essa era, talvez, a minha melhor chance, já que eu era a pessoa que realmente sabia o que sentia, mesmo que de maneira confusa. Ele me lembrou da opção da autonomia, mesmo que fosse perante o isolamento e a solidão, dois fatores que ele já sabia que vivia. Dessa forma, ele ofereceu determinado apoio, que foi o mais importante que recebi até hoje, e fez-me desejar trilhar outros caminhos.

Essa situação específica ocorreu porque ignoramos os restantes cenários em que vivia, assim decidimos optar pela minha locução e minha decisão sobre minha vida, perante a doença/patologia/transtorno. As rupturas começaram a ser executadas, algo que espero nunca esquecer, mesmo que me doa lembrá-las, foram importantes. Já isolada e sozinha, comecei a impor minha fala sobre o que sentia e entendia que estava passando, tendo que forçar constantemente o debate verbal e a execução de ações que nem eu mesma conseguia realizar com muito sucesso. Contudo, foram tentativas que só aumentaram com o tempo, ao contrário do ideal ou do esperado, a ajuda não existia mais, de nenhuma forma, nem por intermédio da imposição, já que eu passei a impedi-las. A única forma de cuidado que me restou foi a desse tio, que me auxiliava por muitas vezes de forma financeira e em situações muito pontuais, como em crises muito severas, indo ao meu encontro em emergências hospitalares.

Por todo esse período, não conseguia identificar minha autonomia, apenas sentia a solidão e o isolamento como necessário, caso quisesse continuar a optar pelas minhas

decisões. Demorou muito tempo para que eu entendesse que minha solidão não era só maléfica, não era apenas meu sofrimento e não opção, mas ela era minha melhor forma de tratamento, por me proporcionar tempo, espaço de reflexão e tomada de ações pertinentes. Processo difícil e não foi dado a mim como escolha. Ou eu me submetia à decisões de terceiros que nunca estiveram presentes na minha vida, de forma concreta, mas, naquele momento, quiseram estar – ou eu continuava o movimento até então presente por toda minha vida, de estar só e decidir tudo sempre sozinha. Esse relato é para que o leitor possa, de alguma forma, entender que eu não tenho uma família de estrutura convencional, o que me fez, infelizmente ou felizmente, pouco importa o sentimento perante tal estrutura, de ter que lidar sempre sozinha com as coisas que me ocorreram. Quaisquer tipos de ajuda que recebi ao decorrer da vida foram de pessoas, de forma muito pontual e no sentido do que era possível, e não necessariamente, do que eu precisava ou gostaria. Acredito que o mesmo, pode ser identificado na trajetória de Vincent.

Ao receber inúmeras sugestões de tratamento, por médicos e pelo irmão, Vincent sentia-se coagido e tentava todas as opções. Mesmo estando em estados que ele mesmo não compreendia, como demonstrar suas cartas, ele tentava mitigar as pessoas ao redor e usava isso para poder controlar, de alguma forma, sua adesão a esses tratamentos. Ele lutava por autonomia, o que pode ser visto no movimento de sempre permanecer distante, fisicamente falando, do seu irmão e de sua família. Mesmo com essa distância, pois na maior parte de sua vida morou em cidades não habitadas por familiares, Vincent tentava usar a pintura como seu principal tratamento, o que parece ter efeito, já que ótimos relatos desses períodos de trabalho/estudo/lazer. De alguma forma, ele sempre pensou muito, de forma analítica e crítica, os seus quadros de crise/surtos, que é evidente em seus relatos/cartas. Esse pensar sempre foi consciente, ou não. Eu, particularmente, acredito que, conscientemente, um movimento de tentativa em exercer autonomia sobre sua vida. O mesmo relata a sua resistência em ir para o grande cenário da pintura de sua época, que é concentrado em Paris. Ele coloca seu estado de “doença” /” transtorno” como grande impedimento, uma vez que sabia que a compreensão sobre tal era escassa e sempre equivocada. Sendo assim, ele demora anos para ir e fica um breve período, retornando posteriormente para o Sul da França, à Arles.

Todos esses cenários, meus e de Vincent Van Gogh, estão dispostos de maneira análoga<sup>79</sup>, em que penso ser possível identificar semelhanças e distanciamentos. Esse movimento análogo tem por objetivo a identificação de narrativas de “doentes” entre si, mostrando a singularidade de cada uma, ao mesmo tempo em que explicita a similaridade, podendo indicar diversos caminhos de interpretações. A narrativa de Vincent me comunica coisas que considero ser muito parecidas com o que quero comunicar, situações diferentes, mas com uma mesma questão comum, que me ajudaram a pensar com mais clareza, me abrindo outras possibilidades de viver. Compreender as diferentes solidões, a que eu vivo e vivi e as de Vincent, analogamente, levam a uma questão de movimento autônomo, que é extremamente importante no debate sobre saúde e que dificilmente é mencionado.

A autonomia é algo que advém da solidão, no caso dos corpos e pessoas “doentes”. Analisar de outra forma, por exemplo: a solidão como falta de amparo e recursos, só limita o debate no amplo cenário. A falta de recursos se apresenta em outro caminho, que é a acessibilidade voltada para “normalizar” corpos e pessoas. Já a solidão, apresentada aqui, é uma concepção de ressignificação que vai ao encontro da autonomia, por sua vez, é mais próxima da “acessibilidade”; mais elaborada e, de fato, almejada por esse grupo segregado. Caminhos difíceis, complexos e que demandam muito tempo para reorganização, intelectual e a ação prática. Mas, um caminho possível e mais coerente com a compreensão das “diferenças”.

Em seu processo de criação artística, será que Vincent também se sentia ou estava só? Por meio do material que disponho de sua vida, acredito que ele tenha se sentido assim, por inúmeras vezes. O que explica muito os diferentes locais que residiu<sup>80</sup> e como ele tentou, avidamente, trabalhar em meio aos pintores da sua geração. Sua estadia em Paris mostra como ele almejou se encaixar no ciclo social, para compartilhar coisas, pois só tinha seu irmão para fazer isso e ele, por vezes, não conseguia suprir toda a atenção que Vincent precisava. Talvez, esse traço de solidão tenha muito a comunicar sobre a trajetória do pintor, pessoa, principalmente, anormal. Pensar esse prisma é abrir a possibilidades de novas leituras/interpretações que desconhecemos, sobre esse mundo tão vasto da anormalidade.

---

<sup>79</sup> Tal questão de analogia, será explicitada na conclusão, através da sistemática da narrativa.

<sup>80</sup> No sentido de ter transitado por alguns lugares.



## 5. Conclusão

Com o intuito de retomar algumas questões já levantadas, para adentrar a uma lacuna que não foi sanada até então. Talvez, várias não foram, mas essa, em especial, há necessidade de ser realizada<sup>81</sup>. Por que Vincent Willem van Gogh e não outra figura a ilustrar a presente pesquisa? Por que um homem e não uma mulher? Entre outras tantas questões, que tentarei responder, com o objetivo de que minhas avaliações antecedentes se tornem menos abstratas. Além do mais, é, um movimento que serve de aval para a autonomia que almejo, frente a esse trabalho e minha vida. É fazer uma moção pessoal se tornar algo para além disso, pois, ainda, esse é um processo necessário dentro das esferas públicas, principalmente na ciência ocidental. Outrossim, pode ser visto como um processo terapêutico, tirando o caráter único de pesquisa, tornando-o mais real e mais próximo de outros locais de trabalho. Tentar responder essas questões tentar mostrar como as “coisas”, relações, “poder” e “violência” podem assumir diversas expressões.

Meu contato com a “anormalidade” foi árduo, assim como o de todo mundo que passou por isso, acredito. Por conta das minhas características, a falta de recursos e a escassez de informações e disponibilidades, procurei formas mais lúdicas, no sentido de materiais não muito palpáveis, e que não pareciam, previamente auxiliar-me nesse trajeto. Fui retomando coisas que já havia executado, na tentativa de ressignificá-las e acabei por esbarrar, novamente, nas obras de Van Gogh. Pouco conhecedora das discussões artísticas, retive o olhar as belas pinturas produzidas, em que encontrei conforto<sup>82</sup>. Aos poucos, pude me lembrar de coisas escutadas ou lidas sobre a vida pessoal do pintor, que ecoavam através da minha defasada memória. Com uma irmã graduanda em Artes Visuais, pude recorrer ao seu auxílio para reconstruir essas imprecisas lembranças. Ela, pouco sabia de emblemática figura, mas ressaltou que havia sim, questões sobre a sanidade ou insanidade, tanto em relação ao artista; quanto a suas obras. Munida de livros, mergulhei no que tinha disponível sobre sua trajetória, sendo surpreendida cada vez mais<sup>83</sup>. [...]Su especificidad es la de un discurso de naturaleza interpretativa, que puede asumir múltiples modalidades y formatos. [...] (Piña, 1999, p.1).

---

<sup>81</sup> Por questões subjetivas, mas também, para explicar meus critérios de escolha, que não foram aleatórios.

<sup>82</sup> Há importância em abrir cada sessão desse trabalho com um quadro.

<sup>83</sup> No sentido ambígua de surpresa.

Simultaneamente a esse movimento, estava no primeiro ano do mestrado, iniciando os primeiros esboços de uma pesquisa – que não se realizou<sup>84</sup>. Ao iniciar, mais substancialmente a delimitação do meu objeto de análise, não pude e nem consegui fugir da minha condição de saúde, o que me obrigou a pensar mais do que a condição de aluna me disponibilizava<sup>85</sup>. Diante essa conjuntura, pude reorganizar meu objeto e me foi oferecido a oportunidade de trabalhar com uma figura pública, pois um dos meus receios era que a pesquisa tivesse muito da minha trajetória<sup>86</sup>. Sendo assim, escolhi Vincent Van Gogh. Não foi só pelo contato primário que se deu em instâncias pessoais que me fizeram o escolher, há todo um aparato sentimental, seja a conotação que queiram empregar sobre. Mas fundamentalmente, foi minha primeira identificação com alguém, mesmo que essa pessoa não tivesse ligação direta a mim<sup>87</sup>. Ao usar suas narrativas, sentia que ia comunicando sua história e a minha, entretanto tendo-o como protagonista e podendo moldar o discurso, conforme me sentisse confortável para deixar transparecer algumas coisas minhas, como se eu controlasse por completo meu raconto<sup>88</sup>. Ainda bem que me equivoquei. Pois, olhando novamente para o meu processo, ao “final” e no decorrer de sua execução, pude notar como acabei por revelar demasiadamente minhas perspectivas mais intrínsecas, ao mesmo tempo em que pude entender sua relevância, independentemente de como ela estivesse sendo confeccionada.

Poderia ter sido apenas mais uma narradora da vida de Vincent e de outras pessoa? Provavelmente sim, mas não seria apenas isso. Não há como desligar minha subjetividade ao comunicar essas vivências, logo, o fato de tentar me esconder inicialmente, acabou por despencar. Havia todo um medo, ainda há, pois isso é uma coisa presente a minha condição<sup>89</sup>, mas pude reformular isso, de uma forma bem precisa. O medo já me paralisou, em todas as instâncias possíveis – eu acreditava que isso nunca mudaria. Ao cursar novos caminhos, pude perceber que estava equivocada. O medo não precisa sumir, para que não haja sofrimento. Há um estigma desmedido em relação a dor ou sofrimento,

---

<sup>84</sup> O trabalho aprovado para a minha entrada no programa de pós-graduação não foi desenvolvido, pois mudei o objeto durante os créditos.

<sup>85</sup> Não há, nenhuma alusão a competência de aluna, mas de um papel que nos é dado e que eu não pude seguir, como a maioria o faz.

<sup>86</sup> Irônico, mas agradável.

<sup>87</sup> No sentido do tato e da correspondência padrão.

<sup>88</sup> “Raconto” é usado propositalmente, pois remete a uma descrição confusa ou imprecisa.

<sup>89</sup> A síndrome do pânico é classificada como o maior medo, seja do consciente ou do subconsciente, segundo as definições da medicina e da psicologia. Mesmo que os medos mudem, eles permanecem existindo.

que na verdade não é universal, mas é colocado como. O sofrimento/dor pode ser identificado de tantas formas, e nenhuma delas isolam essa sensação, assim como nenhuma outra. Sensações coexistem o tempo inteiro, mesmo que não possamos reconhecer ou ter ciência das mesmas. Ou seja, pode haver dor, sofrimento, ao mesmo tempo em que há resistência, empatia, acolhimento etc. Entender essa dinâmica, fez-me criar movimentos, até então desconhecidos. Um deles foi o reconhecimento da inércia que me encontrava, como ela era internalizada e executada por mim. A partir disso, pude conceber e mudar a demanda do meu não protagonismo/encobrimento, percebendo a relevância de escrever em primeira pessoa e expor minhas experiências, como uma forma de resistência e compreensão. Algo próximo do que senti em relação a Vincent.

Mesmo que não seja convencional, como quase todas as abordagens empregadas até aqui, ainda são movimentos de suma importância e que podem se desenvolver pra além do que pude apresentar. A tentativa principal acabou sendo a reflexão e o processo como algo terapêutico, isso explicaria muito a minha simpatia a Tim Ingold, Michael Foucault e Deleuze. Nem eu havia previsto o movimento que acabei por executar. Mas, retomando minhas influências pessoais e profissionais, consigo mapear justificativas e explicações plausíveis. Por exemplo: “rede de cuidados”, “trajetória”, “ponto de fuga”, “poder”, “narrativa”, “localização”, foram conceitos trabalhados propositalmente, segundo o mapa das minhas influências e a importância deles no cenário científico. O uso das questões que Veena Das e Favret-Saada instituem, também foram algo que me serviu de guia desde o início. A descentralização do egocentrismo, tão presente, segundo o meu olhar, nos padrões ocidentais, foi contemplado por suas corroborações teóricas, fazendo-me focar na ótica da subjetividade como alternativa de solução ou proposta. Elas me auxiliaram na escolha da exposição narrativa, conforme pude desenvolvê-la, entendi que os papéis designados a mim não precisam ser desempenhados conforme impõe. Há uma identificação de gênero, que se tornou muito forte. Posso ser pesquisadora, doente, saudável, mulher etc. encontrando a minha própria maneira de ser essas coisas/personas. Isso me fez chegar à “resistência” de Foucault<sup>90</sup>.

Não é vãmente que Ingold sempre se remete ao “caminhar” em seus diversos comunicados<sup>91</sup>. Mais do que conforto ou realização, foi potência em uma nova

---

<sup>90</sup> Mais do que em relação ao movimento teórico.

<sup>91</sup> O que acredito ter experimentado empiricamente. Minha pesquisa foi se dando conforme sua execução. Os pontos de saída não foram seguidos, necessariamente.



embalagem o que ele oferece<sup>92</sup>. Isso me fez abrir o leque de possibilidades, optando por trabalhar um cenário mais amplo do que a doença em si ao abordando a anormalidade. Isso foi mais do que um caminho pessoal, foi diretamente influenciado pelo autor, que vinha acompanhando há alguns anos. Essa dinâmica se apresentava tanto nas minhas novas experiências pessoais quanto acadêmicas, fazendo-me voltar, propositalmente ao debate para o amplo cenário de produção da “anormalidade” /saúde. A pesquisa ter sido concluída como o foi, não estava previsto, por isso a composição experimental do “caminho”. Conceito que também explica a forma não linear que abordei a narrativa de Vincent e a minha, como também, a minha opção pela exposição. Porém, foi, Michael Foucault o principal responsável pela não linearidade, já que ele trabalha assim em alguma de suas obras. *A arqueologia do saber* não é exatamente sequencial, conforme a ordenação cronológica. Achei que podia me arriscar em percurso semelhante, pois não precisava me reter a uma inspeção só do passado ou apenas do presente; facilitando a transição entre essas temporalidades distintas, que acredito ser importante. Minha narrativa não está só no passado, mas se fez no presente<sup>93</sup>, assim como a de Vincent, em relação a minha absorção da mesma.

“É a *Arqueologia do Saber* que tirará as conclusões metodológicas e fará a teoria geral dos dois elementos de estratificação: o enunciável e o visível, as formações discursivas e as formações não-discursivas, as formas de expressão e as formas de conteúdo.” (Deleuze, 2013, p. 59)

Existe ainda, uma prerrogativa que pode ser considerada a qualquer momento, mesmo depois de certa explicação. Isso não a torna um movimento, feito anteriormente, menos legítimo ou mais. Mesmo não apresentando metodologias muito convencionais, há um vasto uso do “poder” – conceito elaborado por Foucault. Para além do meu apego pessoal as obras do autor, existem critérios específicos para a minha utilização. É um conceito não muito usado nas Ciências Humanas<sup>94</sup>, no entanto consegue ser aplicado em diversos cenários<sup>95</sup>. Ele tratou questões do cerne da ciência, saúde e viveu um estado de “patologia”. Não faço alusão aos critérios intransigíveis ou, que eles são os únicos

---

<sup>92</sup> Remetendo a uma perspectiva acadêmica/científica.

<sup>93</sup> Movimento explícito de “caminhar”

<sup>94</sup> Em comparação a autores como Karl Marx, Max Weber, Claude Lévi-Strauss, etc.

<sup>95</sup> Psicologia, antropologia, ciência política, sociologia, direito, etc.

indicativos de validação. Apenas ressaltar essas características que me conduziram a elucidá-lo, pois, são coisas que poucos trabalhos mostram como motivos de usualidade. Por meio do “poder”, pude abordar, também, o “discurso”, a não cronologia, as instituições, patologias, arqueologia e o egocentrismo. Este, relaciona-se diretamente à “invenção do eu” que o autor aponta como algo “recente” nas teorias. Não o torna expressamente lúdico, mas incita a ideia de ressignificação das coisas, por conta dessa nova “invenção”.

Toda essa contextualização, mais interna do que externa, em relação ao meu ser, acaba por lançar mais rigidez ao cumprimento da pesquisa. Como posso não ser metódica, escrevendo uma dissertação? O emprego do “desvio” é para tentar comunicar e oferecer algo, em relação a esse conglomerado de “brechas”. É uma análise sobre as particularidades do ambiente, da pessoa e do processo em si. Uma reflexão do meu caminhar anterior e posterior.

Imagem 1 – Campo de Trigos com Corvos.



Fonte: pintura de Vincent Van Gogh, julho de 1890.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> Esse último quadro é colocado, propositalmente ao final da conclusão. Foi a última pintura de Vincent Van Gogh, antes de seu óbito.

## 6. Referências

- ARENDDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- ARTAUD, Antonin. **Van Gogh: o suicidado da sociedade.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1974.
- BARNES, C. **Deficiência e Políticas Sociais – entrevista com Colin Barnes.** D. Brasília, 2013.
- BUNDRICK, Sheramy. **Os girassóis: um romance sobre Vincent Van Gogh.** São Paulo: Prumo, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. **As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CAMPOY, Leonardo Carboniei. **Aproximando mundos: pensando etnograficamente a aplicação da antropologia na saúde mental infantil.** *Teoria e Cultura*, v. 11, p. 145-154, 2017.
- CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- CARNIEL, Fagner. **A invenção (pedagógica) da surdez: sobre a gestão estatal da educação especial na primeira década do século XXI.** 2013. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- CARNIEL, Fagner. Agenciar palavras, fabricar sujeitos: sentidos da educação inclusiva no Paraná. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 24, n. 50, p. 83-116, Apr, 2018.
- DINIZ, Débora. **O que é deficiência.** 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- DINIZ, Squeinca e Medeiros. **Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007.
- DINIZ, Débora; BARBOSA e SANTOS. **Deficiência, direitos humanos e justiça.** Revista de direitos humanos, 2009.
- MAUSS, M. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MEDEIROS e DINIZ. **A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento**. Brasília, 2004.

DAS, Veena. **O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade**. Cadernos Pagu, Campinas, p. 9 – 41, jul./ dez. 2011.

DINIZ, D. **A profecia genética: um comentário ao filme Gattaca**. Séríanis, Brasília, 2007.

DELEUZE, Giles. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Ser afetado**. Cadernos de Campo, São Paulo, n. 13, ano 14, p. 155- 161, 2005.

FLORES, Lise Vogt. **“Na minha mão não morre”**: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Lília M. Pondé Vassalo. Petrópolis, RJ: Vozes; 1977.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

\_\_\_\_\_. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro, Tempo brasileiro, 1984.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. 14. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas**. trad. S. T. Muchail, São Paulo: Martins fontes, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HEREDIA, Fabiola; VON DER WEID, Olivia; CAMPOY, Leonardo C. Apresentação: Por uma ciência humana mais anormal? **Teoria & Cultura**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 9-17, Apr, 2017.

HARAWAY, Donna. **Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX.** In. SILVA, Tomaz Tadeu da. Antropologia do Ciborgue - as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 37-129 p.

HARAWAY, Donna. **SABERES LOCALIZADOS: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** 5 ed. Cadernos pagu, p. 07-41, 1995.

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** Cadernos Pagu, Campinas, n. 5, p. 7-41, Jan. 2009.

INGOLD, Tim. **Trazendo as coisas de volta a vida: emaranhados criativos num mundo de materiais.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, nº37, 2012, p.25-44.

INGOLD, Tim. **Quando ANT conhece SPIDER: Teoria Social para antrópodes in: Being Alive: essas on Movement Knowledgw and Description. London: Routledge. 2011, p. 89-94.**

INGOLD, Tim. **“O dédalo e o labirinto: caminhar, imaginar e educar a atenção”.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 21-36, jul./dez. 2015

INGOLD, Tim. **“Estar vivo: ensaio sobre movimento, conhecimento e descrição”.** Petrópolis: Vozes, 2015.

KUPER, Adam. **A reinvenção da sociedade primitiva.** Recife: Editora UFPE, 2008.

LATOUR, B. **A vida de laboratório.** Relume Dumara, Rio de Janeiro, 1997, p. 35- 100.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: Marcel Mauss, **Sociologia e Antropologia.** V. 1, São Paulo: EPU / EDUSP, 1974, pp. 1-36.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital.** Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: Cosac & Naify, 2003

MERLEAU-PONTY, Clarice. **As cores de Van Gogh.** São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2008.

NAIFEH, Steven; SMITH, Gregory White. **Van Gogh: a vida.** São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

ORTNER, Sherry. **Teoria na antropologia desde os anos 60.** Mana 17(2): 419-466. 2011.

SANTOS, Hermílio; OLIVEIRA, Patricia; SUSIN, Priscila. Narrativas e pesquisa biográfica na sociologia brasileira: Revisão e perspectivas. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 359-382, maio-ago. 2014.

SPINELLI, Mirella. **Vincent Van Gogh**. São Paulo: Nemo, 2017.

SIRKIS, Silvia. **Vincent ama as cores**: uma história para conhecer Vincent Van Gogh. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

SOUZA, Bruna Aline Stoél de; CARNIEL, Fagner. Quando o raro se torna comum: uma trajetória no mundo da adrenoleucodistrofia. **Temáticas**, v. 28, n. 55, p. 271-300, ago. 2020.

SOUZA, Elizeu Clementino de.; ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto. **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. 1 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

STONE, Irving. **A vida trágica de Van Gogh**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1968.

VON DER WEID, Olivia. **Provincializar a visão: esboços para uma abordagem metodológica**. **Teoria e Cultura**, v. 11, p. 131-144, 2017.

VAN GOGH, Vincent. **Cartas a Théo**. Porto Alegre: L&PM, 2002.