

# OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)  
[www.fai.com.br](http://www.fai.com.br)

SOUZA, Helton Marculino; FARINASSO, Adriano Luiz da Costa.  
Patologização do viver: discussões a partir de um caso. Omnia Saúde,  
v.13, n.1, p.26-40, 2016.

ISSN versão Online 2236-188X  
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 02/09/2016  
Revisado em: 10/11/2016  
Aceito em: 15/12/2016

## **PATOLOGIZAÇÃO DO VIVER: DISCUSSÕES A PARTIR DE UM CASO**

### *PATHOLOGIZATION OF LIVING: DISCUSSIONS FROM A CASE*

**Helton Marculino de Souza**

Psicólogo, Especialista em Saúde Mental (UEL)

**Adriano Luiz da Costa Farinasso**

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem Fundamental (USP), Doutor em Ciências da Saúde (EERP – USP), Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UEL

#### **RESUMO**

Observa-se, na sociedade contemporânea, uma tendência à patologização do viver, acompanhada por um processo de medicalização, que se inicia já desde a infância. Por outro lado, foi proposta uma reorganização da atenção em saúde mental, com foco no cuidado efetuado no território em que a pessoa está inserida e não mais por meio da internação em hospitais psiquiátricos. Tendo em vista estes aspectos, busca-se realizar um estudo teórico-clínico, com o intuito de debater a patologização na atualidade. Assim, é discutido o caso de uma figura pública, recorrendo, para tanto à literatura acerca da Saúde Mental e ao material biográfico de acesso público acerca do indivíduo em questão. Por meio da biografia do sujeito em questão, nota-se que, apesar da presença daquilo que profissionais da saúde nomeariam como sintomas, esta pessoa não se inseriu em serviços de saúde mental, mantendo sua inserção social. Diante disto, reflete-se sobre as formas de cuidado em saúde mental e a importância do respeito à subjetividade do indivíduo e a sua maneira de se colocar no mundo, a despeito do não enquadramento da pessoa nos padrões sociais esperados.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Reabilitação Psicossocial; Patologização; Medicalização.

#### **ABSTRACT**

It is observed in contemporary society, a tendency toward pathologizing of living, accompanied by a process of medicalization, which now starts since childhood. On the other hand, it was proposed a reorganization of mental health care, focusing on care made in the territory in which the person is inserted, and no longer through hospitalization in psychiatric hospitals. Considering these aspects, we seek to carry out a theoretical and clinical study, in order to discuss the pathologizing today. Therefore, the case of a public figure is discussed, using for this the literature on mental health and biographical material accessible to the public on the individual concerned. Through the subject of the biography in question, it notes that, despite the presence of what health professionals would name

like symptoms, this person did not entered in mental health services, maintaining his social integration. Given this, it is reflected on the forms of mental health care and the importance of the respect for the subjectivity of the individual and his way for putting himself the world, in spite of the inadequacy of the person in the expected social standards.

**Key words:** Mental Health; Psychosocial Rehabilitation; Patologization; Medicalization.

## INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea tem presenciado uma forte tendência a patologizar situações próprias ao viver humano, vertente esta acompanhada de um processo de medicalização. Diversos são os estudos que abordam a patologização da infância (OKAMOTO, 2013), medicalizando comportamentos e dificuldades, sem tanto espaço para a criança desfrutar de uma liberdade a partir de um olhar mais pautado na saúde (CORREA, 2010).

Os efeitos da patologização são graves e, como apontam Cervo e Silva (2014), a atribuição de um diagnóstico gera marcas nas crianças usuárias do CAPSi. Tais autores indicam que atualmente comportamentos antes tidos como normais são agora considerados como patológicos. Argumentam para a necessidade de se efetuar um exercício de problematização e apontam que o CAPSi deveria se configurar como um “lugar de agenciador de novos encontros para que desvios aconteçam e outras experiências sejam possíveis” (CERVO; SILVA, 2014, p. 451).

Neste sentido, observa-se que é comum escutar de pais que se queixam dos filhos apontando para questões advindas de fontes externas como, por exemplo, quando relatam queixas elencadas pela escola. Com isso, o que era uma queixa da escola passa a ser a queixa dos pais, que faz com que estes pais solicitem ajuda especializada, gerando uma aproximação entre identidade da criança e diagnóstico a ela atribuído (KAMERS, 2013). Com esta premissa de busca pela normalidade, a escola livra-se da influência daquilo que é visto como um sintoma. Os pais, por sua vez, se apoiam em um problema, a patologia, a ser resolvido por um terceiro, o profissional especializado, que também pode sustentar o olhar a partir de uma vertente patologizante.

Quintaes (2011), ao discorrer sobre um caso clínico, aponta o frequente discurso médico dito a pais que procuram ajuda sob a queixa de TDAH de seus filhos:

“O discurso neurocientífico da psiquiatria os absolve. Não se preocupem. Não é culpa de vocês. Vocês não são responsáveis por seus sofrimentos. Vocês estão acometidos por uma disfunção nos circuitos cerebrais, possivelmente de ordem genética, que provoca uma deficiência ou inconstância na atenção e um excesso nos níveis de ação, provocando a aparição da santíssima trindade do TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade” (QUINTAES, 2011, p150-151).

Ainda no campo da infância observa-se que a criança é exposta a inúmeras atividades apresentadas como necessárias para que seja bem sucedida, como prática de diversos esportes e cursos. Tal inserção gera, conseqüentemente, algo desta ordem do “hiper”, uma excessiva inserção em atividades que pode acarretar esta hiperatividade e uma falta de atenção. Para lidar com as conseqüências de tanta exposição, a criança passa a ser

entregue às diversas formas de tratamentos, que utilizam medicamentos como ferramentas para resolver o problema. O que importa nesta perspectiva é que a criança se adapte (KAMERS, 2013).

Outro campo social no qual a patologização se faz presente é em relação a usuários de drogas, frequentemente visto como doente ou criminoso. Há um discurso midiático que classifica o usuário como perigoso e criminoso e políticas que procuram descriminalizar o usuário embasado no diagnóstico de dependência química. Promove-se, assim, uma patologização que, se por um lado apresenta benefícios ao tirar o usuário da classificação de criminoso, por outro passa a se constituir como uma mudança de rótulo, centrado no indivíduo e seus aspectos individuais, impossibilitando-o assim de desenvolver-se na sociedade (ROMANINI e ROSO, 2013). Se o foco está em atribuir o diagnóstico ao usuário, pode-se não se enfatizar os aspectos sociais que geram o uso e abuso de substâncias, aspecto a ser largamente considerado nesta área.

No que se refere ao ato infracional, tem-se no artigo “A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários” uma apresentação pautada na perspectiva da reforma em saúde mental, sobre a patologização da conduta criminosa embasada nos manuais diagnósticos como DSM. De acordo com os autores:

“No âmbito dessa radicalização inclui-se a patologização da conduta criminosa, movimento visível também no DSM-III. E também a tendência à patologização de setores da juventude pobre, isto é, uma forma de “encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade” em relação a esses jovens” (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010, p. 66).

Observa-se que a reforma psiquiátrica é de grande importância por tencionar a relação entre psiquiatria e justiça, levando ao questionamento sobre as formas de cuidado a pessoas que demandam tal assistência para além de uma simples classificação, que os marginalize ou os reduza a uma patologia descrita nos manuais diagnósticos. Vicentin, Gramkow e Matsumoto (2010) argumentam que

“Outro indicador do processo de patologização dos adolescentes em conflito com a lei é a crescente tematização das relações entre transtorno mental e criminalidade juvenil, mostrada: nas propostas de alterações no ECA centradas no argumento do transtorno mental e da periculosidade; no crescente encaminhamento de adolescentes autores de ato infracional para perícias psiquiátricas visando aferição do grau de periculosidade; na aplicação de simulacros de medidas de segurança a jovens infratores, durante o cumprimento de medida socioeducativa de internação. É o caso de jovens internos na Unidade Experimental de Saúde (UES), inaugurada em dezembro de 2006 no Estado de São Paulo” (VICENTIN, GRAMKOW e MATSUMOTO, 2010, p.270).

Nota-se assim a potência que os diagnósticos possuem no campo social, haja vista que este possui grande influência nas decisões judiciais acerca das medidas sócio educativas de adolescentes infratores e na visão dos indivíduos que compõem a sociedade em geral.

No que se refere à vivência e emoções despertadas no viver, Dantas e Carreteiro (2009) argumentam, a partir da fenomenologia de Heidegger, que a sociedade contemporânea visa ignorar, calar, o existir humano em relação à angústia. Observa-se um processo de

patologização desta angústia, que passa a ser “tratada” por meio de medicamentos e terapias em prol de uma imersão nas ocupações demandadas socialmente.

Há um desejo determinista em explicar os comportamentos do ser humano, bem como as leis e parâmetros de controle social e criminalização, notando-se que até mesmo a angústia não possui lugar na natureza humana segundo as exigências contemporâneas. A tendência social em classificar e explicar o ser humano é influenciada fortemente pela visão médica. Esta se centra, frequentemente, no corpo e nos sintomas, dividindo assim o normal e o patológico.

Ao se pensar nas divisões entre normalidade e patologia, pode-se retomar o discurso ainda atual e relevante de Georges Canguilhem (2009). Tal autor apontava que os olhares para o normal e patológico na visão médica são centrados no corpo, compreendendo o sintoma como sendo a expressão da doença. Diante desta concepção, tem-se um conjunto de ações que visam calar os sintomas com o objetivo, assim, de propiciar saúde. O intuito da Medicina seria aproximar o sujeito ao máximo daquilo que é considerado normal:

“Apesar de poder haver dúvida sobre o modo pelo qual o corpo foi danificado, não há nenhuma dúvida sobre a forma a qual se deve restaurá-lo... A ciência médica se contenta com o corpo humano normal e procura apenas restaurá-lo” (CANGUILHEM, 2009, p.206).

Entretanto, cabe questionar de qual ponto de vista se parte ao se discorrer sobre o ideal de normalidade a ser alcançado, sendo este o do próprio sujeito ou o ideal posto externamente pelo saber médico, entendendo-se ser pertinente aquela visão que é concebida pela pessoa em questão e não por algo externo a ela (CANGUILHEM, 2009).

Diante deste contexto, observa-se que a psiquiatria passa a ser uma área de grande poder para a classificação do comportamento humano e tal fato carrega uma grande influência nas observações e meios de controle social. Historicamente nota-se que a humanidade foi sempre atravessada pelo controle social, tanto por vias sutis quanto por meios mais repressivos. Por séculos, a via de controle se dava por meio da religião. Posteriormente, a modernidade ditava a verdade fazendo uso do discurso científico, até que a pós-modernidade surge com novos mecanismos de controle. Foram questionadas as verdades anteriormente estabelecidas, com a transformação do novo discurso científico em instrumento ideológico, mantendo e ampliando a posição de normatizar e padronizar comportamentos.

Como exposto, os manuais de diagnóstico se configuram, neste cenário, como instrumentos de grande potência. Assim, se por um lado podem ajudar no mapeamento das doenças, por outro, podem, quando mal utilizados, transformar aquilo que é da ordem da singularidade, da diversidade em algo concebido como patológico. Percebe-se, assim, quão potente é a figura representativa de uma autoridade científica ao “explicar” ou classificar um fenômeno, rotulando aquilo que as pessoas sentem ou veem e não sabem como nomear esse estar no mundo.

Pensa-se que o desejo de criar representações e explicações deterministas é uma característica da sociedade contemporânea (CECCARELLI, 2010). O diagnóstico sustentado pela necessidade classificatória traz um sentido daquilo que dá nome e situa o

indivíduo em uma classificação comum, proporcionando um sentimento de pertencimento a tal classificação.

Problematizando o ato de diagnosticar, Trinca (1983) discorre sobre as hipóteses diagnósticas e ressalta a importância da totalidade dos dados, ou seja, indica que o profissional deve considerar todas as variáveis possíveis do caso. É importante, então, se atentar para a subjetividade da pessoa e sua realidade, bem como realizar uma autorreflexão, sendo relevante reconsiderar as questões pessoais que levaram o profissional a chegar a tal diagnóstico.

Analisar a psiquiatria, segundo Aguiar (2004, p.13), refere-se a questionar “não o que ela é ... mas sim investigando e analisando como ela funciona”. Com isso, pode-se apontar que o funcionamento atual de seus manuais de diagnóstico psiquiátrico opera de forma classificatória, com base em um conjunto de sintomas previamente elencados. O diagnóstico é um norteador comum entre profissionais e um referencial para encontrar vias de atuação diante das questões do indivíduo. Apesar disso, Aguiar (2004, p.85) argumenta que o diagnóstico acaba por atender mais a necessidades de terceiros, como “a saúde financeira da indústria”, do que o próprio indivíduo.

De acordo com Ancona-Lopez (1984), o termo diagnóstico refere-se a uma possibilidade de conhecimento que está acima do senso comum, sendo embasada em noções e teorias científicas, utilizado a princípio por médicos. Com o surgimento da psicologia, ciência essa fortemente influenciada em sua origem pela medicina, juntamente com o conceito de diagnóstico foi também herdado o discernimento entre normal e patológico, surgindo assim o termo psicopatológico. Este se baseia em padrões de normalidade como referencial e padrão de comparação para obter-se um diagnóstico no campo psicológico.

Amarante (2007) discorre sobre a influência da medicina para a construção de sentidos atribuídos socialmente para aqueles que haviam recebido um diagnóstico psicopatológico. De acordo com este autor,

“Ao longo de sua história, todas as sociedades criam determinadas interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Todas procuram dar sentidos as coisas e sensações que veem, experimentam ou temem. Estas interpretações e sentidos se tomam representações coletivas, pois passam a ser, por um processo natural, compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes do grupo social. A psiquiatria contribuiu muito para que a sociedade entendesse que o ‘louco é perigoso’, que ‘lugar de louco é no hospício’ que ‘o doente mental é irracional’” (AMARANTE, 2007, p.71).

Reflete-se, a partir desses apontamentos, que não só a atuação psiquiátrica, como o das outras áreas cuja origem liga-se à visão médica, podem se posicionar de maneira alienada, seguindo o mesmo percurso classificatório dos indivíduos. Se há a problematização do cuidado em relação ao diagnóstico como faz Trinca (1983), paralelo a isso Aguiar (2004) questiona e já aponta a serviço de quem o diagnóstico pode estar, indicando o papel da política neste processo.

Tendo em vista este breve panorama acerca da patologização e da questão do diagnóstico psicopatológico, almeja-se discutir tais temas por meio do percurso de vida trilhado por uma figura pública, refletindo-se, brevemente, sobre a inserção social e vias de cuidado no campo da Saúde Mental.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo teórico-clínico, que visa debater a patologização da sociedade contemporânea. Tal debate é realizado por meio da discussão do caso de uma figura pública, recorrendo, para tanto à literatura acerca da Saúde Mental e ao material biográfico de acesso público acerca do indivíduo em questão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 1970, considerando-se o ano de 1978 como marco do efetivo início por meio do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A partir desse movimento, começaram as denúncias de violências nos manicômios, mercantilização da loucura, bem como a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Buscava-se, assim, rever as práticas da gestão de saúde, saúde coletiva e os serviços relacionados, bem como a produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Em 1986 foi inaugurado em São Paulo o primeiro CAPS Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil (BRASIL, 2004) e, em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Em Bauru (SP), foi organizado pelo MTSM um congresso nacional com o tema: “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005).

Em 1989, o projeto de lei que propunha a regulamentação dos direitos de pessoas com transtornos mentais, bem como a extinção dos manicômios tramitou. No ano de 1992, vários movimentos sociais, embasados no projeto do deputado Paulo Delgado de 1989, conseguiram a aprovação, em vários estados, das primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental.

Nos anos 1990 houve uma grande repercussão sobre o tema e em 2001 a Lei Paulo Delgado (10.216/2001) foi sancionada no país. Esta lei foi marcada por mudanças importantes do primeiro projeto datado de 1989, notando-se um progresso nas políticas voltadas à saúde mental, como, por exemplo, as portarias de 2002 que esclarecem as modalidades dos CAPS e as diretrizes e normas para assistência hospitalar psiquiátrica. (BRASIL, 2005).

No mesmo período desse cenário de contestação sobre o normal e o patológico, bem como da construção de políticas de acolhimento a pessoas em sofrimento psíquico, pode-se destacar a presença de uma figura pública marcante no cenário brasileiro, conhecido como Inri Cristo. Tal indivíduo é tido por alguns como alguém louco e para outros como a própria encarnação de Jesus Cristo.

No que se refere à discussão acerca da normalidade, destaca-se que podem ser observados variados comportamentos deste indivíduo, que sob o olhar médico poderiam ser rotulados como decorrentes de um transtorno mental. Dentre estes comportamentos vistos como inadequados estão: acreditar em uma realidade diferente do senso comum, obedecer a

uma voz que é escutada somente por ele, dentre outras atitudes que podem ser classificadas como indicadoras de um transtorno. Apresenta-se assim a história de vida de Inri Cristo para melhor explicação do assunto (SOUST, 1997; SOUST, 2015).

Inri Cristo nasceu em 22 de março de 1948 e foi entregue por uma parteira a uma família, que não quis saber notícias sobre os verdadeiros pais da criança. Foi registrado com o primeiro nome “Iuri”, no interior do Estado de Santa Catarina na localidade chamada Rio Morto, município de Indaial, antigo distrito de Blumenau, em uma família católica. Devido a sua condição financeira e social, estudou até a terceira série do Ensino Fundamental, pois tinha que ajudar sua mãe nos afazeres de lavadeira.

Na infância, era perturbado por sonhos frequentes, nos quais via pessoas gemendo e arrastando-se. Esses sonhos foram frequentes até os sete anos de idade, retornaram de forma aleatória durante a adolescência e posteriormente quando já adulto. Desde a infância, obedecia a ordens de uma voz que era escutada somente por ele, sendo que devido a seu comportamento sofria *bullying* das crianças a sua volta.

Aos treze anos, obedecendo às ordens da voz que costumava ouvir, saiu da casa dos pais sem destino definido. Passou por diversas cidades, pois frequentemente a voz ordenava que ele mudasse de cidade, impedindo que ele mantivesse vínculo com as pessoas e os lugares por onde passava. Para sustentar-se, passou por diversos trabalhos como verdureiro, padeiro, garçom, dentre outras atividades, sendo que nesse período da adolescência definia-se como ateu.

Em 1969, aos 21 anos de idade, assumiu a papel de vidente e passou a participar de um programa de rádio na Rádio Princesa, em Lages (SC). Em 1971, participou de um programa de televisão na TV Morena de Campo Grande (MS) e devido a sua inserção na mídia concedeu diversas entrevistas.

Em 1978, a voz que costuma ouvir ordenou-lhe que saísse do Brasil. Assim, passou por países da América Latina, sendo esses: Bolívia, Paraguai, Uruguai, Argentina, Chile. Em Santiago no Chile foi recebido por um grupo de esoteristas independentes que há muito tempo se preparavam para a chegada de um profeta. Ainda no Chile, em 1979, hospedado em uma casa de pedra, cumprindo as ordens da voz que costumava ouvir, passou a jejuar.

Durante o período de jejum a voz revelou que ele era a reencarnação de Jesus Cristo, que seu nome Iuri estava mascarado pela inversão das letras u & n, devendo então a partir daquele momento assumir o nome que havia sido gravado na cruz “INRI”, sendo assim Inri Cristo. A voz revelou-lhe que ele passaria pela negação e pelo sofrimento de sua encarnação anterior como Jesus Cristo e seu papel então seria trazer a luz para a humanidade.

No início da década de 1980, foi para Europa, onde enfrentou alguns problemas com as autoridades, por suas manifestações públicas na Inglaterra. Quando estava na França destruiu seus documentos e passou a percorrer a Europa sem estes. Passado alguns meses, apresentou-se à polícia francesa acompanhado de alguns franceses que testemunharam dizendo que seu nome de fato era Inri Cristo. As autoridades fizeram um documento com 24 horas de validade e o encaminharam ao consulado brasileiro. Em 1982, Inri Cristo conseguiu um registro de nascimento, alegando que nunca havia sido registrado.

Em 28 de fevereiro de 1982, Inri Cristo organizou um movimento denominado por ele de ato libertário, no qual convocou cerca de 10 mil pessoas por meio da TV Guajará, em Belém do Pará para uma palestra na praça. Após algumas horas de fala, Inri Cristo se dirigiu acompanhado das pessoas que ali estavam até a catedral. Lá Inri Cristo interrompeu a missa dizendo que ele era o verdadeiro Cristo e não a estátua pregada na cruz que estava no altar. Declarou o nascimento da SOUST (Suprema Ordem Universal da Santíssima Trindade), sendo esse o nome da sua igreja. As pessoas que estavam na missa chamaram a polícia, que ao chegar esvaziou a catedral e levou Inri Cristo preso. Ele permaneceu preso e passou por avaliação psiquiátrica pelo Dr. Nerival Barros, que não concluiu o laudo de avaliação. Após quinze dias, Inri Cristo foi solto.

Em 1986, foi acusado de falsidade ideológica. Este processo durou muitos anos, até que em 24 de outubro de 2000, houve a retificação da certidão de nascimento de Inri Cristo junto ao Cartório de Registros Públicos da Comarca de Indaial (SC), sob o respaldo da lei nº 9.708, de 18 de novembro de 1998.

Durante esse processo também houve a acusação de insanidade mental, porém a defesa fez uso do artigo 5º da Constituição e dos artigos 18 e 20 da Declaração Universal dos Direitos dos Humanos – Unicef, sendo que estes últimos indicam que:

“Artigo 18

Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular.

Artigo 20

1. Todo ser humano tem direito à liberdade de reunião e associação pacífica.
2. Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação” (UNICEF, 1948).

Posteriormente Inri Cristo construiu sedes da SOUST em Curitiba, Brasília e Belém, com a herança recebida de um professor inglês aposentado chamado Ernest Norman Digweed. Inri Cristo alega desconhecer o motivo do recebimento de tal herança.

Inri Cristo estava sempre em movimento, ou seja, não se permitia criar vínculo com instituições. Ao se retomar sua história de vida, nota-se que na infância deixou a escola quando ainda estava na terceira série do Ensino Fundamental. Posteriormente, na adolescência, aos treze anos, saiu da casa dos pais e desde então não permanecia por muito tempo nas cidades as quais percorria. Toda essa jornada pode ser analisada por uma visão reducionista ou marcada por um discurso patologizador. Porém propõe-se um olhar para o constante movimento de Inri Cristo sendo esse um fator importante que o impediu de permanecer por muito tempo em instituições como: família, escola, trabalho, igrejas, serviços de saúde, dentre outras. Observa-se que é um traço social, classificar e julgar os indivíduos como pertencentes ou não a um padrão de normalidade. Sendo assim, as instituições apresentam-se como uma das principais vias que sustentam atitudes patologizantes.

Tendo em vista este percurso pessoal de Inri Cristo, hipotetiza-se que seu posicionamento junto ao meio social poderia ser caracterizado sintomático, gerando uma demanda de atendimento do CAPS. Ou seja, se para ele as vozes que ouve, as mensagens que recebe se configuram como uma comunicação divina, para um profissional da saúde isso poderia ser visto como uma alucinação auditiva, uma construção delirante que solicita uma intervenção medicamentosa, terapêutica.

Manter-se por bastante tempo em um só lugar poderia facilitar o encaminhamento dele para CAPS ou outras instituições de saúde, visando o tratamento deste quadro. Assim, sabe-se que variados indivíduos chegam a um serviço de saúde mental em decorrência da observação de pessoas ou instituições próximas ao indivíduo, que percebem seus comportamentos ou atitudes como inadequados e passíveis de algum tipo de intervenção. Tem-se, assim, um pré-julgamento do meio social quanto à vivência da pessoa, que talvez não tenha se cristalizado pelas constantes mudanças feitas por Inri Cristo.

Quanto ao tipo de atenção destinada nos CAPS, observa-se que quando tais indivíduos chegam ao serviço, o primeiro tipo de intervenção realizado é a triagem. Esse um momento de coleta de dados e escuta da queixa, após a qual se pode apontar para uma demanda de acolhimento. Entende-se que o termo acolhimento atravessa toda a forma de contato com o outro. Acolhimento refere-se, assim, tanto à estratégia de reorganização do serviço como uma forma humanizada de receber o usuário, ao respeitá-lo em sua subjetividade (MERHY, 1997).

Nesse processo formal de contato da pessoa com a instituição, pode-se ocorrer a efetiva inserção do indivíduo na instituição, que passa a ser denominado de usuário do serviço, tendo este um prontuário composto de informações diversas e, dentre elas, o campo do diagnóstico, resumido a algumas siglas que fazem referência a manuais médicos como DSM e CID, utilizados para comunicação comum entre profissionais.

O tema do diagnóstico é alvo de grandes discussões e no caso de Inri Cristo pode-se hipotetizar que ele seria inserido nas categorias de F20 a F29 da Classificação Internacional das Doenças (OMS, 2003). Estas categorias descrevem transtornos como a esquizofrenia, os transtornos delirantes e transtornos psicóticos em geral, sendo que estas categorias incluem sintomas como ideias delirantes, alucinação/vozes alucinatórias ou perturbação da percepção.

O diagnóstico de psicose também poderia ser-lhe atribuído a partir de algumas vertentes da psicologia. Neste sentido, indica-se que, para Freud, a psicose apresenta-se quando há um repúdio da realidade externa com uma tentativa de substituí-la por uma realidade criada pelo sujeito (FREUD, 1996).

No que diz respeito à relação da linguagem para o psicótico, Lacet (2004), no artigo “Da forclusão do nome-do-pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan”, aponta que para o psicótico “o discurso do inconsciente está literalmente presente, ou seja, o sujeito é falado pelo Outro, ou, nas palavras de Lacan, é habitado pela linguagem.” (p. 250). Isso se dá pelo fato das leis da simbolização não estarem presentes no psicótico, pois “o significante do Nome-do-Pai não se inscreve como falta simbólica no Outro, deixando de intervir como corte na relação imaginária do sujeito com o outro, fixando o psicótico” (p. 246). Essa dinâmica ocorre em decorrência

da mãe não inscrever uma marca que libidiniza o físico da criança. Neste sentido, a forclusão como sendo o estado da psicose refere-se a um estar fora do circuito libidinal da linguagem, como se não tivesse nascido por nunca ter tido lugar na linguagem materna (LACET, 2004).

Já na perspectiva de Jung, a compreensão junguiana acerca do conceito de psicose surgiu originalmente em 1917 e passou por várias reformulações, porém trata-se basicamente da dominação do Ego por conteúdos do inconsciente coletivo ou a dominação da personalidade por um complexo ou complexos dissociados (SAMUELS, 1988). Quintaes (2011), em seu livro “Letras Imaginativas: breves ensaios de Psicologia Arquetípica”, apresenta uma possível relação entre os conceitos de Lacan e Jung, no que diz respeito à linguagem na psicose, pelo fato de que para Jung um complexo é um conjunto de imagens, ideias, afetos ao redor de um núcleo arquetípico. A ligação entre linguagem e imagem é possível ao analisar as conclusões de Jung com o teste de associação de palavras, realizado por volta dos anos de 1904-1911, que constituía de palavras estímulos faladas pelo pesquisador (SAMUELS, 1988). Nesta situação, as palavras-estímulo deveriam ser respondidas com a primeira palavra que surgisse no sujeito da pesquisa. Após um grande número de palavras, avaliava-se o tempo de resposta entre a palavra-estímulo e a resposta. Com isso, Jung notou que as palavras que possuíam um intervalo maior de resposta estavam associadas ao tema e afetos que compunham um complexo, de maneira que este teste teve grande importância para comprovar o conceito de complexos. Quintaes (2011) indica, então, que “dessa maneira podemos dizer que nossa fala é governada pelos nossos complexos, ou seja, o sujeito que fala não é senhor do que diz. Há um Outro que fala em nós e esse outro, muitas vezes, toma forma de nossos complexos” (p. 45).

Avançando na pesquisa, Jung observa que conforme o nível de consciência é reduzido, como também no caso de psicóticos, a resposta tende a obedecer a um padrão de similaridade sonora, ou seja, pela fonética, possibilitando pensar que se há imagens e fonemas em nossos sonhos, também são esses alguns dos elementos simbólicos no inconsciente. Sendo assim, nas palavras de Quintaes:

...a consciência, a dimensão egoica, associa as palavras no eixo metonímico, de acordo com o eixo linear, obedecendo a formulações predicativas e espaço temporal. Quando há diminuição do nível de consciência, isso provoca uma mudança significativa no modo de processo associativo regido pela metonímia para o modo metafórico, enfatizando a similaridade imagem-som e, conseqüentemente, a dimensão da imagem acústica. Logo, o movimento psíquico da consciência para o inconsciente é acompanhado por uma mudança linguística, de uma ênfase egoica na questão do significado para uma insistência inconsciente na questão da “imagem-acústica”, isto é, do significante... A palavra-imagem como equivalente à sua dimensão significante dentro do signo linguístico. Um ponto de intersecção, um território localizado de afinidades entre a teoria lacaniana do significante e a descoberta junguiana dos processos de associação inconscientes sonoros e fonéticos por meio dos testes de associação de palavras. (QUINTAES, 2011, p.47-48)

Diante desses arcabouços teóricos pode-se observar que há fundamentações para um diagnóstico de psicose para Inri Cristo, haja vista que a Imagem de Jesus Cristo é o sujeito que fala nele. O nome que lhe foi dado na infância não é mais aceito por ele, uma vez que como Inri Cristo afirma, ele é a reencarnação de Jesus Cristo, sendo um dos fatos justificados por ele um problema fonético entre seu nome de batismo “Iuri” e o nome daquele que fala nele “Inri”. É ainda pela linguagem, isto é, citações de Jesus Cristo que

Inri consegue estabelecer vínculos com seus fiéis. A linguagem ou mitos religiosos são aceitos socialmente, talvez por isso a possibilidade de alguns se permitirem crer, assim como ele, nas palavras que o habitam.

Um diagnóstico como este representa uma importante e estigmatizante marca para uma pessoa. Diante deste rótulo, pode-se pensar que Inri Cristo não teria a autonomia que possui hoje como líder religioso caso o psiquiatra que o avaliou em 1982 tivesse concluído seu diagnóstico. Neste sentido, percebe-se que o conceito do senso comum sobre a saúde mental dos indivíduos é delineado por meio das afirmações médicas, as quais defendem que tais comportamentos são fruto de uma psicopatologia e não de cunho espiritual, como afirma Inri Cristo, concepção que implica em medidas de tratamento e, às vezes, de restrição de liberdade.

Com a reforma psiquiátrica chegou-se à conclusão que os manicômios não deveriam ser reformados, mas extintos e substituídos por outras formas de assistência, mesmo que instrumentos ainda de uso dos manicômios como as fichas de usuários e diagnósticos psiquiátricos permanecessem presentes. Entende-se que estes instrumentos são a única forma possível de controle, sendo por meio desses dados que o governo acessa informações para questões gerenciais e manutenção da rede de assistência.

No histórico da atenção em saúde mental, nota-se que nos séculos anteriores a via de tratamento psiquiátrico era com os manicômios. Por outro lado, atualmente, vê-se que o gerenciamento dos serviços de Saúde Mental acaba por se apoiar em questões burocráticas das quais o diagnóstico faz parte, haja vista a forte vinculação à visão médica. Pondera-se que a transformação do manicômio demanda um trabalho extenso e intenso, dada a imagem e o histórico que carrega. A partir disso questiona-se então: O diagnóstico pode ser reformado diante da imagem histórica que esse carrega?

Pondera-se que há situações nas quais os profissionais acabam por cumprir suas funções em consonância com a burocracia (fichas e diagnósticos) e o corporativismo retornando à forma estrutural manicomial. Segundo Lancetti (2009, p.47-48),

“os CAPS envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes voltam a centralizar-se no psiquiatra. Retornam os ambientes sombrios e o odor de haloperidol que caracteriza, pelo cheiro, o hospício ou a clínica”.

Não se atentar para outras possibilidades em substituição do diagnóstico por não encontrar outras formas de articular com a demanda é o exemplo claro da institucionalização do pensamento. Como expõem Leão e Barros (2011) ao investigar as representações sociais de profissionais de saúde mental, perceberam que, por um lado, tais trabalhadores concebem a inclusão social como algo relacionado ao exercício da cidadania e do trabalho, como proposto pela ideia de reabilitação psicossocial. Contudo, por outro lado, as pesquisadoras também acessaram falas que apontam para a necessidade de se restituir a normalidade como um aspecto necessário à inclusão social. Ou seja, tem-se uma visão que nem sempre respeita a possibilidade de inserção social a partir da singularidade de cada pessoa. Leão e Barros (2011) defendem, assim, que a “superação de representações sociais condizentes com o modelo de atenção asilar é um dos passos

importantes para que as práticas desenvolvidas a partir dos serviços substitutivos, de fato, contribuam para o processo de inclusão social dos seus usuários” (LEÃO e BARROS, 2011, p.149).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme é apontado por pesquisas no campo da saúde mental (LEÃO e BARROS, 2011; QUINTAES, 2011; VICENTIN; GRAMKOW e MATSUMOTO, 2010), o processo de patologização da vida carrega a potência da visão médica, que acaba por estar presente de forma “natural” na sociedade contemporânea, em suas diversas instituições de atenção social, como em creches e escolas. Tais instituições por muitas vezes são as primeiras a apontarem um possível desvio do então denominado comportamento normal. Toda a rede de atenção à saúde mental é atravessada por questões ligadas aos termos, normal e patológico, bem como o uso de diagnósticos. O campo judicial também faz uso do conhecimento produzido no que se refere ao normal e ao patológico.

Os campos da educação, saúde, trabalho e das leis sociais são assim atravessados por uma referência padronizada ou “normatizada” do estar no mundo do ser humano, sendo que, quando algo ocorre fora dos eixos esperados, tende a ser “corrigido” ou punido. Nota-se que esse processo classificatório constante pode gerar consequências graves sobre a vida do indivíduo.

No caso exposto referente à vida de Inri Cristo pode-se notar em seu percurso que, se por um lado houve uma tensão para que este fosse rotulado como louco, por outro lado houve pessoas que, de alguma forma, apoiaram suas atitudes sustentados pela fé. Tal movimento de apoio a Inri Cristo é comprovado pelo fato da sua Igreja (SOUST) estar em atividade há décadas. Assim, mesmo que haja diversas opiniões sobre o caso, o fato é que este homem hoje é autônomo, com alto poder contratual, sem depender de medicamentos para mudar seu comportamento ou visão de mundo.

Entende-se que há sim pessoas em sofrimento psíquico que demandam cuidado especializado. Porém tal cuidado deve ser constantemente problematizado, por questionar as diversas atitudes tomadas em instituições, bem como promover reflexões de profissionais da área. No caso descrito, pode-se questionar se foi o apoio dos fiéis de Inri Cristo que o possibilitou ser autônomo hoje. Pensa-se que apoio refere-se a acreditar nas potencialidades do ser, com atuação focada nos pressupostos da reabilitação psicossocial, que foca aspectos referentes ao exercício da cidadania, contratualidade da pessoa em questões relativas à rede social, habitat, trabalho (LEÃO; BARROS, 2008), configurando-se como um posicionamento profissional a ser preservado pelos profissionais da área de Saúde Mental, com atuação que vise lutar contra a patologização observada na atualidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANCONA-LOPEZ, M. Contexto geral do diagnóstico psicológico. In TRINCA, W. (Org.) *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: E.P.U., 1984. (p.01-13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CECCARELLI, P. R. A nova ordem repressiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.30, n.4, p.738-751, 2010.

CERVO, M. R.; SILVA, R. A. N. Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v.14, n.3, p.442-453, 2014.

CORREA, A. R. M. Infância e patologização: crianças sob controle. *Revista Brasileira de Psicodrama*, v.18, n.2, p.97-106, 2010.

DANTAS, J. B.; SA, R. N.; CARRETEIRO, T. C. O. C. A patologização da angústia no mundo contemporâneo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v 61, n.2, p.01-09, 2009.

FREUD, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (p.201- 209).

KAMERS, M. Haveria uma “reforma” psiquiátrica na infância? A psiquiatrização do discurso escolar e a patologização da infância. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.5, n.11, p.143-144, 2013. Disponível em <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2386/2899>> . Acesso em 24 jul. 2016.

LACET, C. Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan. *Psicologia USP*, v.15, n.1-2, p.243-262, 2004.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, v.17, n.1, p.95-106, 2008.

LEAO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface*, v.15, n.36, p.137-152, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. (p.71-112).

OKAMOTO, M. Y. A patologização e a medicalização da infância: um olhar sobre a família e as crianças. In: EMIDIO, T. S.; HASHIMOTO, F. (Orgs). *A psicologia e seus campos de atuação: demandas contemporâneas*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. (p.85-111).

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional das Doenças 10ª edição – CID-10*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

QUINTAES, M. *Letras imaginativas: breves ensaios de psicologia arquetípica*. São Paulo: Paulus, 2011.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídiação da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. *Temas em Psicologia*, v 21, n.2, p.483-497, 2013.

SAMUELS, A. *Dicionário crítico de análise junguiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SOUST - Suprema Ordem Universal da Santíssima Trindade. *Biografia*. 2015. Disponível em <<http://www.inricristo.org.br/index.php/pt/biografia>>. Acesso em 20/10/2015.

SOUST - Suprema Ordem Universal da Santíssima Trindade. *Despertador 2º parte*. Brasília: Movimento Eclético Pró INRI CRISTO, 1997. Disponível em <[http://www.inricristo.org.br/pdf/despertador\\_fotos.pdf](http://www.inricristo.org.br/pdf/despertador_fotos.pdf)> acesso em 20/10/2015.

TRINCA, W. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.

UNICEF. *Declaração Universal dos Direitos da Criança*. Disponível em <[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10133.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm)> acesso em 21/10/201

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. *Boletim do Instituto de Saúde*, v.12, n.3, p.268-272, 2010.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.20, n.1, p.61-69, 2010.