

Nada sobre nós sem nós: contribuições de Georges Canguilhem e Donald Winnicott aos estudos do campo da recuperação pessoal

Nothing about us without us: the contributions of Georges Canguilhem and Donald Winnicott to research in the field of recovery (abstract: p. 16)

Nada sobre nosotros sin nosotros: aportaciones de Georges Canguilhem y Donald Winnicott a los estudios en el campo de recuperación personal (resumen: p. 16)

Yasmin Furtado^(a)

<furtadoyasmin@yahoo.com.br> 

Lilian Miranda^(b)

<lilian.miranda@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Pós-Graduada do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(b) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, ENSP, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210.

Articulamos o tema da recuperação pessoal (*recovery*) com conceitos de saúde e doença de Georges Canguilhem e Donald Winnicott, em diálogo com registros autobiográficos de Patricia Deegan, pesquisadora e ativista do movimento do *recovery*. Originada na década de 1970, em movimentos sociais de usuários de Saúde Mental, a recuperação pessoal vem sendo incorporada a espaços acadêmicos, serviços e políticas, como expressa sua inclusão no Plano de Ação em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS). Reconhecendo sua utilidade como ferramenta conceitual e lógica de cuidado ainda pouco difundida no Brasil, buscamos contribuir com sua consolidação reafirmando que a experiência intersubjetiva é substrato fundamental para a avaliação da saúde, e considerando a dimensão psicossocial da Reforma Psiquiátrica que orienta a Política de Saúde Mental brasileira.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção psicossocial. Narrativa pessoal. Recovery.

Introdução

No Brasil, a política de Saúde Mental orienta-se pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), movimento social complexo que busca desconstruir o paradigma manicomial por meio de transformações jurídicas, culturais, epistemológicas, teóricas e clínico-assistenciais¹. Por meio do que se convencionou chamar Atenção Psicossocial², objetiva-se oferecer às pessoas que vivem intensos sofrimentos psicossociais um cuidado que valoriza a singularidade da experiência humana e a irredutibilidade do direito à cidadania. Para tanto, desde 2001, uma série de serviços e estratégias interdisciplinares e intersetoriais vem sendo desenvolvida, não sem contradições e dificuldades, inflexões e retrocessos, sobretudo nos últimos anos³.

No que diz respeito às dimensões epistemológicas, teóricas e clínicas, sabemos que, mesmo em conjunturas políticas mais favoráveis ao ideário da RPB, ela enfrentava formas indiretas de resistência, expressadas, principalmente, por propostas de atenção e formação orientadas hegemonicamente pelo modelo biomédico⁴. Assim, destaca-se que, apesar das mudanças que o movimento da RPB produziu no modo de entender e tratar a loucura, a atenção à Saúde Mental não está isenta dos riscos de operar práticas normalizadoras, ao desconsiderar o que é particular na relação entre sujeito e mundo⁵, mantendo o olhar reduzido à doença e a terapêutica focada no controle/remissão dos sintomas.

No âmbito nacional, ainda se verifica escassez de pesquisas que dialogam com a experiência do usuário^{6,7}, considerando-a não somente como registro de uma patologia, mas como um saber experiencial sobre o processo saúde-doença⁸. Nesse contexto, o debate sobre *recovery* vem ganhando espaço⁹.

Embora originário dos anos 1970, é a partir do fim de 1980, início dos anos 1990, que o *Recovery Movement* adquire força e representatividade¹⁰, permitindo o estabelecimento da “Era do *recovery*”¹¹. Tal como proposto inicialmente pelos usuários, o *recovery* consiste em um processo que “envolve a própria experiência do adoecimento, a aceitação dessa condição e a incorporação de novos sentidos para a experiência, a superação do estigma, o exercício da cidadania e a responsabilização pela vida”¹². Além disso, também representa um campo de estudos e pesquisas. Segundo Anthony¹³:

[...] em Saúde Mental, o *recovery* envolve muito mais do que a recuperação da própria doença. Pessoas com transtorno mental podem ter que se recuperar do estigma que incorporaram em si próprios; dos efeitos iatrogênicos dos ambientes de tratamento; da falta de oportunidades de autodeterminação; dos efeitos colaterais negativos do desemprego. O *recovery* costuma ser um processo complexo e demorado¹³. (p. 527, tradução nossa)

Essa noção, reconhecida na literatura internacional como *personal recovery*, contrapõe-se à noção de *clinical recovery*, associada aos objetivos de remissão sintomática, aumento da funcionalidade, retorno ao estado pré-mórbido, uso de psicofármacos e de psicoterapia de forma passiva¹⁴.

No Brasil, o *recovery* vem sendo traduzido de diferentes modos, como restabelecimento, recuperação e superação¹⁰. Neste artigo, escolhemos “recuperação pessoal” como a expressão que melhor se aproxima daquilo a que nos propomos discutir. Trata-se de termo identificado na versão portuguesa do documento “Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals”¹⁵.

Estudos sobre experiências de recuperação pessoal podem ser uma forma de responder ao desafio permanente de produzir formas de cuidado, ensino e pesquisa afinadas aos princípios da RPB⁵, valorizando não apenas a cidadania dos usuários, mas também seu protagonismo na produção de conhecimento¹⁶.

Ao defender tal protagonismo, contudo, não desconsideramos o perigo de uma marginalização desse próprio conhecimento sob o risco de, em vez de oferecer centralidade ao autor da narrativa, incorreremos em uma espécie de “mediação” entre aquilo que foi vivido pelo sujeito da experiência e as ideias que pretendemos transmitir por meio do seu testemunho¹⁷. Trata-se do perigo da injustiça epistêmica, dificuldade de produzir mudanças substanciais que não secundarizem a participação do sujeito da experiência em pesquisas, colocando-os como objetos de análise de pesquisadores, esses, sim, protagonistas da produção de conhecimento¹⁷. Tal fenômeno ocorre a despeito da realização de pesquisas que têm usuários como sujeitos, de tal forma que, se antes a luta era para a inclusão de pacientes em estudos sobre saúde, hoje se defende que falem em nome próprio, não sendo colocados como meros objetos de interpretação de estudiosos¹⁷.

O reconhecimento da voz e da experiência do paciente é elemento central para a justiça epistêmica, mas não suficiente para a concretizar. Alcançá-la requer transpor o lugar de “paciente envolvido na pesquisa” para o de “paciente que lidera a pesquisa incluindo o envolvimento do pesquisador”¹⁸. É dessa forma que, em pesquisas sobre recuperação pessoal, podemos chegar a resultados que orientam práticas de cuidados consonantes com o saber dos usuários dos serviços.

Considerando a importância e a utilidade da recuperação pessoal como ferramenta conceitual, lógica de cuidado e campo de produção de conhecimento, este artigo objetiva colaborar com sua discussão empreendendo um diálogo entre os conceitos de saúde e doença de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. Aproximamos esses conceitos da perspectiva da recuperação pessoal, sobretudo pelos relatos autobiográficos da pesquisadora e ativista estadunidense, do campo dos estudos da recuperação pessoal, Patricia Deegan. Articulamos esses três autores porque colaboram com o campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, indicando noções de saúde e doença irremediavelmente dependentes do ambiente/meio social em que se encontram os sujeitos. Assim, acompanhamos possibilidades de adoecer e se recuperar que envolvem, ao mesmo tempo, o protagonismo de cada sujeito e as possibilidades e limites colocados pelo meio social onde ele se encontra.

A noção de recuperação pessoal

Antes de conceituarmos a noção de recuperação pessoal, é preciso contextualizá-la dentro da história da Psiquiatria. Foi a partir do século 19 que a ideia da esquizofrenia, denominada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin como *dementia praecox*, foi caracterizada como uma doença orgânica e de curso deteriorante¹⁹. Contudo, considerado um marco para a afirmação da recuperação pessoal, o estudo longitudinal de Harding *et al.*²⁰ mostrou que aproximadamente dois terços da população diagnosticada com esquizofrenia conseguia se recuperar, um resultado positivo que a literatura psiquiátrica até então não previa.

A recuperação pessoal emerge, assim, nos EUA, na década de 1970, por meio de movimentos de usuários da Saúde Mental que se intitulavam como “sobreviventes da Psiquiatria”, lutavam pelo empoderamento pessoal e político de pessoas com transtornos mentais e por um modelo de cuidado mais sensível e otimista para essa população²¹. Dentre eles, destaca-se o Mental Health Consumer/Survivor Movement que recupera o lema “Nada sobre nós sem nós” dos militantes com doenças físicas¹². O movimento entende a recuperação pessoal como uma dimensão do vivido não relacionada aos ideais de remissão sintomática e ao retorno do estado pré-mórbido, mas à experiência de melhora, sentida pessoalmente e sujeita a dificuldades, limitações, avanços e retrocessos¹².

Por considerar os usuários protagonistas de sua experiência e potencialmente capazes de transmiti-la a outros¹⁰, o movimento da recuperação pessoal estimula a publicação de relatos autobiográficos que trazem detalhes sobre o adoecimento, a recuperação da esperança e a luta diária para que a vida possa ser uma experiência significativa e prazerosa²²⁻²⁴. Valorizam a melhora possível de cada pessoa, além de colaborarem para a redução do estigma da loucura e do preconceito com o usuário de Saúde Mental^{8,10}.

Destacamos a riqueza da recuperação pessoal como um campo que organiza experiências de superação narradas pelos próprios sujeitos que vivenciaram essa jornada, permitindo-lhes apresentar, ressignificar e positivar a experiência. Concomitantemente, esse compartilhamento se mostra fundamental na formação de profissionais de saúde sensíveis e atentos à multiplicidade de formas de experienciar e manejar um fenômeno psicopatológico²⁵, assim como na formulação de práticas de cuidado consonantes com os princípios da RPB¹⁰.

A perspectiva da recuperação pessoal adquiriu ampla difusão quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a inseriu como um dos objetivos gerais do Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020²⁶, recorrendo a esse termo ao longo do documento, seja de forma direta no primeiro item, que versa sobre a cobertura universal de saúde, seja indiretamente, no sexto item, que aborda o tema do empoderamento²² de pessoas com problemas mentais e em situações de vulnerabilidades psicossociais. Nessas duas menções, a recuperação pessoal é tratada como um estado de saúde que deve ser promovido pelos serviços e como uma dimensão alinhada à defesa do fortalecimento pessoal e político da população que vive sofrimentos e adoecimentos de natureza psicossocial.



Dois eventos recentes também são importantes para o maior reconhecimento dessa perspectiva nos âmbitos nacional e internacional. O primeiro é a publicação do relatório redigido por Pūras²⁷, pela Organização das Nações Unidas (ONU), com indicação e valorização de ações que estimulem a recuperação pessoal e a defesa dos direitos humanos. O segundo, é a publicação do “Guia de Saúde Mental” da OMS, em 2021, que, pela primeira vez, operacionaliza a recuperação pessoal e os direitos humanos no contexto da oferta de serviços de Saúde Mental de base comunitária²⁸. No contexto brasileiro, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são mencionados como exemplos de boas práticas²⁸.

Um aspecto importante a ser considerado na difusão do conceito de recuperação pessoal é sua relação com a cultura na qual se insere e o modo como ali é apropriado, visto que sua emergência ocorrera em um contexto euro-americano. Nesse sentido, vale destacar o fato de que o processo envolve não somente as pessoas com transtorno mental, mas também suas famílias, comunidades, além dos contextos políticos e econômicos nos quais estão inseridos²⁹.

As primeiras definições de recuperação pessoal tendiam a enquadrá-la em termos caracteristicamente individualistas, próprios à cultura americana, o que ainda requer um esforço de desconstrução por parte de estudiosos e ativistas inseridos em contextos socioculturais distintos²⁹, como o brasileiro. A luta coletiva empreendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pautado em valores de integralidade e equidade, e pela RPB, nos leva a refutar uma leitura individualista da recuperação, e a defender a importância de considerar os efeitos das dimensões comunitária, econômica e sociopolítica sobre o modo de sofrer, reconhecer e cuidar do sofrimento de cada pessoa, grupo e sociedade.

Dialogando com Patrícia Deegan, mostraremos a seguir que as compreensões de Georges Canguilhem e Donald Winnicott sobre saúde podem colaborar com a consolidação da reflexão sobre a dimensão psicossocial do processo de recuperação pessoal. Canguilhem é importante inspiração para a concepção de saúde que norteia as propostas da RPB, além de se constituir como fonte fundamental ao questionamento sobre a suposta existência de uma linha objetiva que distingue o normal do patológico³⁰. Adicionalmente, Winnicott³¹ adverte para a irremediável influência do ambiente na constituição subjetiva e no modo de viver a saúde ou o adoecimento, defendendo que a provisão de saúde envolve a oferta de recursos que facilitem um viver criativo. Considera que a saúde é uma conquista precária, que alcançamos e perdemos ao longo da existência, sempre a depender da provisão ambiental.

Apontamentos sobre o conceito de saúde em Georges Canguilhem e entrelaçamentos com a recuperação pessoal

Canguilhem considera não ser possível compreender a doença como um fato objetivo e desconectado da experiência humana e do julgamento de valor. Para ele, o *pathos* sempre precede o *logos*, porque a patologia se dá pela “experiência de um obstáculo, vivida primeiro por um homem concreto, sob a forma de doença” para, só depois, desembocar na “patologia em seus dois aspectos, de semiologia clínica e de interpretação fisiológica dos sintomas”³⁰ (p. 68). Daí, depreendemos que a consideração do que é patológico nunca é desprovida de subjetividade, de tal modo que a patologia só poderá ser identificada na relação entre o sujeito que sente que “algo vai mal” e o profissional que o escuta.

Partindo de uma análise semântica do termo, Canguilhem³⁰ esclarece que o normal poderá ser entendido como fato ou como valor. Como fato, estaria relacionado a um padrão de funcionamento em conformidade estatística com aquilo que é esperado segundo uma convenção; em contrapartida, o normal como valor corresponderia às possibilidades de funcionamento do organismo quando é capaz de responder às exigências do meio, “dentro e acima desse padrão, se a vida assim o exigir”⁴ (p. 98). Ainda que o normal possa ser entendido como um distanciamento da norma objetivamente mensurada, a medida correspondente a esse distanciamento mínimo será sempre resultado de uma atribuição de valor³⁰.

Admitindo a utilização de critérios valorativos para a distinção entre normal e patológico, Canguilhem³⁰ considera que a anomalia corresponde a um “desvio estatístico” (p. 42), uma diferença em relação à média, o que não necessariamente configurará uma patologia. A anomalia, quando vivida como patologia, corresponde a uma diferença que afeta negativamente a normatividade; portanto, o que vai lhe conferir a qualidade de anormalidade nunca será um dado fixo e objetivo, mas o impacto da marca do desvio em relação àquilo que é mais comum ou prevalente.

Por isso, para o autor, as doenças não devem ser pensadas apenas como limitações do poder físico, mas como dramas de uma história pessoal³². Também não devem ser considerados o negativo ou o mau funcionamento da saúde, mas um estado qualitativamente específico. O patológico não é anormal por ausência de norma, “mas por incapacidade de ser normativo”³⁰ (p. 60), de tal modo que “a doença não é uma variação da saúde, mas uma nova dimensão de vida”.

Deegan²⁴ também mostra o estado patológico como especificidade (e não como uma variação da saúde), indicando a restrição à vitalidade ao narrar o modo como vivia quando fora diagnosticada com esquizofrenia crônica.

Se eu voltasse meu olhar para trás, posso me ver aos 17 anos, diagnosticada com esquizofrenia crônica, drogada com Haldol e sentada numa cadeira. Quando evoco essa imagem, a primeira coisa que vejo são os dedos amarelos e manchados de nicotina daquela garota. Seus olhos não dançam. A dançarina colapsou. Seus olhos são escuros e olham infinitamente para lugar nenhum. Pessoas vêm e vão. Pessoas a estimulam a fazer coisas para ajudar a si própria, porém seu coração está duro e ela não cuida de mais nada; exceto dormir, sentar e fumar cigarros. Cigarro atrás de cigarro. Cigarros marcam a passagem do tempo. Cigarros são a

prova de que o tempo está passando; e ao menos esse fato é um alívio. Então ela almoça e, uma hora da tarde, volta para a cama e dorme até as três horas da tarde. Nessa hora, ela retorna para a cadeira, senta, fuma e mantém fixo o seu olhar. Então ela janta e, depois, retorna para a cadeira, às seis da tarde. Finalmente são oito horas da noite, a tão esperada hora: o tempo de ir de volta para a cama e colapsar em um sono drogado e sem sonhos. Esse cenário se desenrola no dia seguinte e nos próximos, até que os meses passam numa sucessão entorpecente²⁴. (p. 93, tradução nossa)

Concebendo saúde como capacidade normativa, podemos afirmar que ser saudável é ser capaz de estabelecer e criar normas, novos padrões de funcionamento, novas formas de viver. A saúde estaria, então, na potencialidade dessa capacidade e a patologia, em sua restrição. Saúde, para Canguilhem³⁰, diz respeito à margem de tolerância de um indivíduo em relação às infidelidades do meio, de modo que um afunilamento nessa margem produziria um “sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (p. 44). A saúde, segundo o autor, suporta a doença condizendo com uma espécie de “luxo biológico”³⁰ (p. 65), que permite às pessoas adoecerem e se recuperarem. As normas de vida, contudo, sempre se dão em uma relação, de forma que tanto a saúde quanto a patologia estão condicionadas aos modos de interação particulares com o meio. Nas palavras de Canguilhem³⁰, “o doente deve sempre ser julgado em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio próprio lhe oferece” (p. 61).

Ao ler o testemunho de Deegan²³, evidencia-se a relação entre a vivência de despedaçamento da esperança e as interações sociais próprias ao tratamento que fazia. Contudo, e apesar de tudo, ela finaliza esse trecho da narrativa reconhecendo a sobrevivência de alguma vitalidade do “espírito que está acenando por baixo do peso de tudo isso”. Assim, há vida, ainda que contrariada e fortemente impedida.

Ao olhar para essa época, fico chocada com quanto estava só. Essa profunda sensação de solidão serviu somente para piorar meu sentimento de inutilidade. De fato, fui medicada, tive minha pressão arterial monitorada, fiz terapia artística, psicoterapia, terapia ocupacional e recreativa. Porém, me sentia sozinha, à deriva num oceano desconhecido sem bússola ou direção. E esse sentimento surgiu do fato de que, apesar de muitos estarem falando sobre meus sintomas, ninguém me perguntava sobre como eu me sentia. Ninguém me disse: “Ei, eu sei que você está passando por um inferno agora, sei que você se sente perdida nesse pesadelo. Pode parecer que não há saída agora. Mas eu já estive no seu lugar. Fui diagnosticado como esquizofrênico e outras coisas também. Estou aqui para lhe dizer que existe saída e que sua vida não será apenas dentro de instituições psiquiátricas. Estou aqui se você quiser conversar.” [...] Enquanto a observo, sei que não é transtorno mental que eu estou vendo. Estou testemunhando a chama de um espírito humano fraquejando. Ela está perdendo a vontade de viver. Ela não quer se suicidar, mas quer morrer porque não encontra motivos para viver. Suas esperanças, seus sonhos e suas aspirações foram despedaçadas. Ela não

vê como conseguir algum daqueles empregos que um dia desejou. Seu futuro foi reduzido a um prognóstico condenatório. Seu passado está se esvaindo como um sonho que pertenceu a outra pessoa. Seu presente é vazio, com exceção da fumaça de cigarro pungente que preenche o espaço como um espectador de véu. Não, isso não é transtorno mental. O que eu estou vendo é uma jovem mulher cuja esperança por uma vida cheia de valores fora despedaçada. Ela acredita estar entre os mortos vivos e seu espírito está acenando por baixo do peso de tudo isso²³. (p. 8-9, tradução nossa)

Canguilhem³⁰ enfatiza que a saúde corresponde a uma “maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais”³⁰ (p. 66). Portanto, ser normativo, não é ser “adaptado”, é ser inventivo, porque saúde não é normalidade, ou seja, não é apenas adaptação às exigências do meio. Deegan²⁴ também ensina que a saúde não é, necessariamente, uma modelagem aos estereótipos do meio social, sendo sempre possível a construção de novos destinos para si.

Sei que a raiva, especialmente a raiva indignada, teve um grande papel nessa transição. Quando aquele psiquiatra me falou que o melhor que eu poderia esperar era tomar minha medicação e desviar-me do estresse, tornei-me enraivecida (contudo era esperta o bastante para manter minha irada indignação para mim mesma, porque a regra nº 1 é nunca ficar enraivecida no consultório de um psiquiatra se você foi rotulada com esquizofrenia crônica!). Eu também lembro que exatamente depois daquela visita, eu pus na cabeça tornar-me psicóloga clínica. Eu estava tão ultrajada pelas coisas que tinham feito comigo contra a minha vontade, no hospital, quanto as que vi acontecer às outras pessoas, que eu decidi que queria alcançar um poderoso degrau e ter bastantes credenciais para dirigir um lugar de cura, eu mesma. Com efeito, eu tinha uma missão de sobrevivente da qual cuidava apaixonadamente²⁴. (p. 96, tradução nossa)

Canguilhem³³ retomou a concepção kantiana de saúde para associá-la a um “sentimento de bem-estar vital” (p. 37), propondo que fosse pensada como um conceito vulgar e uma questão filosófica. Um conceito vulgar, pois corresponde a uma experiência acessível a todos, mas que comporta um saber singular; e uma questão filosófica, pois não corresponde a um conhecimento mecânico e objetivamente mensurável. Para ele, os médicos –ou colocando em termos mais gerais, os profissionais de saúde – devem ocupar uma posição de “exegeta” diante das indicações dos pacientes. Em suas palavras:

[...] Meu médico é aquele que aceita, de um modo geral, que eu o instrua sobre aquilo que só eu estou fundamentado para lhe dizer, ou seja, o que meu corpo me anuncia por meio dos sintomas e cujo sentido não me é claro. Meu médico é aquele que permite que eu veja nele um exegeta, antes de vê-lo como um reparador³³. (p. 45)

Ao ler os trechos do relato de Deegan²⁴, reconhecemos um apelo por esse exegeta que lhe apoiasse na apreensão do seu novo estado, para construir com ela um processo reparador, apostando na singularidade de sua capacidade normativa.

Entendemos que a noção de recuperação pessoal pode ser aproximada da concepção canguilhemiana de normal como normatividade – capacidade criativa de responder às infidelidades do meio, ou de saúde como abertura ao risco³⁴ de adoecer, imposto por um meio que é, sempre, infiel. A nosso ver, essa ideia pode dialogar com o protesto que Deegan²³ faz por não ter podido contar, quando recebera seu diagnóstico, com uma perspectiva mais aberta a possibilidades de construção de destinos menos trágicos e reducionistas. Perspectiva essa que poderia ter sido encontrada no compartilhamento de pessoas com experiências semelhantes, cujas vidas não foram fadadas à cronicidade e à deteriorização, o que chama a atenção para a importância das narrativas de recuperação pessoal.

Tudo que ouvi foram estereótipos que já tinha visto na TV ou nos filmes. Para mim, transtorno mental significava Dr. Jekyll e o Monstro, assassinos em séries, psicóticos, lelé da cuca, doidinhos, ‘camisas de força’ ou lunático delirante. Era tudo o que eu sabia sobre o assunto, e o que me aterrorizou foi ouvir dos médicos que eu era uma delas. Teria sido de muita ajuda ter tido alguém que se aproximasse e me contasse sobre como viver com um transtorno mental – assim como as chances de recuperação, de cura e de criar uma vida para mim. Teria sido ótimo ter exemplos. Alguém em quem me espelhar, que tivesse passado pelo que eu estava passando. Pessoas que encontraram um bom trabalho, que se apaixonaram, que tiveram um apartamento ou uma casa para si mesmo ou pessoas que fizeram contribuições valiosas para a sociedade. Mas, como disse, isso não aconteceu para mim²³.
(p. 8, tradução nossa)

Narrativas em primeira pessoa de sujeitos que receberam um diagnóstico de transtorno mental grave²²⁻²⁴ confirmam que é possível ser normativo mesmo quando se convive com sintomas atribuídos a esses quadros clínicos. Como diria Winnicott³⁵, a depender do tipo de relação que o sujeito pode ter com seu meio, a esperança e a confiança na capacidade de levar uma vida com o sentimento de que ela vale a pena ser vivida podem ser mantidas ou restauradas, indicando, assim, um estado de saúde mesmo em um quadro tido como de adoecimento ou transtorno e, como mostra Deegan, de profundo sofrimento derivado de violências institucionais.

Possibilidades de diálogo entre Donald Winnicott e Georges Canguilhem

Para Winnicott³⁵, saúde corresponde justamente ao sentimento de que a vida vale a pena ser vivida, ou à disposição em se apostar em um futuro, a despeito da intensidade dos sofrimentos do presente, como faz Deegan²⁴ ao decidir formar-se psicóloga clínica, ainda que seu psiquiatra não visse para ela nada melhor do que uma diminuição do estresse com o uso de medicações.

Em uma direção que, a nosso ver, guarda certa correspondência com a compreensão canguilhemiana de saúde como possibilidade de instauração de normas vitais, Winnicott³⁵ relaciona saúde ao sentimento de uma vida criativa, que, por sua vez, não está relacionada a grandes criações e obras de arte, mas simplesmente a “um colorido de toda atitude em relação à realidade”³⁵ (p. 95). Assim, segundo o autor, a criatividade é inata, podendo ser desenvolvida sempre que o indivíduo conta com o apoio de um ambiente que pode lhe prover suficientemente suas necessidades básicas. Um ambiente que também se deixa ser influenciado, modificado pelo indivíduo que com ele se relaciona.

É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um sentimento de submissão com a realidade externa, onde o mundo e todos os seus pormenores é reconhecido apenas como algo a ajustar-se ou exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida³⁵. (p. 95)

Ressalta-se que, sendo dependente do ambiente, a criatividade não se desenvolve em meios desprovidos de recursos psicossociais ou marcados por violências, como aquelas narradas por Deegan.

Ainda de forma análoga às proposições canguilhemianas, Winnicott³⁶, afirma que a “saúde é tolerante com a doença” (p. 15), defendendo que os valores pelos quais julgamos as pessoas como normais ou saudáveis devem ser continuamente examinados, porque derivam de formações sociopolíticas e culturais específicas de uma época ou de contingências historicamente situadas³⁶ (p. 3).

Nessa direção, Winnicott³⁶ posiciona-se contrariamente a leituras adaptacionistas e psiquiatrizantes, lembrando que a saúde envolve o sofrimento e o adoecimento e, por isso, deve ser pensada em termos de liberdade pessoal.

Pode ser que numa determinada época os psicanalistas tendessem a pensar a saúde como ausência de distúrbios psiconeuróticos, mas isso não é verdade hoje em dia. Precisamos de critérios mais sutis. Não precisamos jogar fora o que usamos previamente quando pensamos hoje em termos de liberdade dentro da personalidade, de capacidade para ter confiança e fé, de questões de constância e confiabilidade objetal, de liberdade em relação à autoilusão e também de algo que tem mais a ver com riqueza do que com pobreza enquanto qualidade da realidade psíquica pessoal³⁶. (p. 9)

Em tom crítico à medicalização da vida, Romme e Escher³⁷ oferecem um exemplo da “tolerância que a saúde pode ter com a doença”, ou com os sintomas que indicam transtornos mentais, apresentando pessoas que têm a experiência de ouvir vozes, mas não procuram serviços psiquiátricos, porque conseguem lidar com esse fenômeno de modo que ele não lhes obstrua demasiadamente o sentimento de que a vida pode ser vivida suficientemente bem. As alucinações estão integradas às vidas desses sujeitos

e, por isso, não lhes causam sofrimento insuportável. Em termos winnicottianos, afirmamos que tal experiência revela uma relação com fenômenos ditos patológicos que não é de passividade e submissão, mas de criação.

Ainda sobre a relação entre indivíduo e sociedade, Winnicott³⁶ afirma que não devemos incidir no erro de considerar a saúde como sinônimo de independência, pois ela é sempre relativa, e o isolamento do indivíduo, ainda que possível, seria nocivo à sua saúde³⁶ (p. 3). Assim, quando saudáveis, reconhecemos que precisamos do outro; temos algum grau de confiança de que contaremos com apoio para satisfazer nossas necessidades vitais; e carregamos o sentimento de que podemos oferecer certa contribuição singular no contexto em que vivemos.

Com base nessas proposições winnicottianas, ao discutir os objetivos da clínica no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, Onocko-Campos e Campos³⁸ afirmam que não consideram autonomia como independência ou liberdade absolutas, mas como “capacidade de o sujeito lidar com sua rede de dependências”³⁸ (p. 670). Na mesma direção, baseando-se no conceito canguilhemiano de saúde, Tikanori³⁹ associa autonomia à possibilidade de uma pessoa ser dependente de tantas coisas mais puder ser, ou seja, à ampliação da rede de dependências, pois quanto mais pontos de apoio tivermos, maiores nossas capacidades de estabelecer nossas normas vitais.

Dissertando sobre o conceito de saúde, Winnicott³⁶ considera que pessoas saudáveis são aquelas capazes de se identificar com a sociedade sem perder suas características pessoais ou singulares. Frustrações, dores e medos são inerentes ao viver, mas o principal elemento da saúde é a condição de sentirem que “estão vivendo sua própria vida, assumindo a responsabilidade pela ação ou inatividade [...]”³⁶ (p. 10).

Para finalizar, vale frisar que tanto em Canguilhem quanto em Winnicott a saúde está relacionada à capacidade de correr riscos, permitindo que o sujeito viva cada etapa do seu desenvolvimento enfrentando os infortúnios que lhe são inerentes, sem negá-los e tampouco se fixar neles³⁶. O recado de Deegan²³ para ela mesma, quando jovem, pode dialogar com essa ideia de saúde.

Ocupar um cargo pode ser vazio e sem graça, caso você não o preencha com seu próprio significado e propósito. Não seja normal. O objetivo não é ser normal. Você tem a tarefa maravilhosa e amedrontadora de ser tornar quem você nasceu para ser. E você não nasceu para ser uma coisa inumana. Você não foi chamada para ser doente. Você veio a esse mundo por uma razão e somente você pode descobrir que razão é essa. Você veio para crescer e é possível que uma pessoa que possui um transtorno mental seja saudável. Sua vida e sonhos podem ter sido destruídos – mas das ruínas você pode construir sua nova vida de valor e propósito. A tarefa não é ser normal, mas sim tomar a estrada da recuperação e tornar-se quem você nasceu pra ser. Você nasceu para amar e ser amada. Esse é seu direito de nascença. Nenhum transtorno mental pode tirar isso de você. Ninguém pode tirar isso de você. Patrícia, torne-se quem você foi chamada a ser²³. (p. 11, tradução nossa)

Considerações finais

Essa breve explanação acerca das teorizações canguilhemianas e winnicottianas dos conceitos de saúde e doença, em diálogo com os testemunhos de Patrícia Deegan, objetivou indicar consonâncias entre os autores para enfatizar que nenhuma compreensão sobre o adoecimento, ou a construção de estratégia de cuidado e modos “normais” de vida, corresponde a verdades absolutas, atemporais e “desistoricizadas”.

Sabemos que, a despeito dos avanços instituídos pela RPB, o Brasil apresenta dificuldades em incorporar a recuperação pessoal em suas práticas, de modo que muitos dos modelos de cuidado preconizados pelos serviços seguem sem radicalizar a centralidade da inclusão da participação dos usuários⁴⁰. Não temos dúvidas de que a perspectiva da recuperação pessoal deve ser incorporada à atenção psicossocial brasileira. Contudo, sua apropriação deve ser feita levando em conta as especificidades do nosso contexto cultural, que possui o SUS como sistema de saúde universal, integral e equânime e o campo da atenção psicossocial como responsável pela assistência pública à Saúde Mental no Brasil. Sendo a atenção psicossocial brasileira de base territorial e comunitária, não faz sentido pensar a recuperação pessoal em sua vertente individualista. Assim, acreditamos que devemos levar em conta os efeitos das dimensões comunitária, econômica e sociopolítica sobre o modo de sofrer, reconhecer e cuidar do sofrimento de cada pessoa.

Lembramos, finalmente, com base nos autores estudados, que os profissionais de saúde são auxiliares, exegetas, intérpretes de experiências de intenso sofrimento psicossocial sobre as quais quem melhor pode falar⁴ e ensinar²⁵ são os próprios sujeitos que as vive.



Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001. O Auxílio à Permanência ao Estudante, fornecido pela Fiocruz, também apoiou a realização deste trabalho.

Conflito de interesse

Ambas as autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Simone Mainieri Paulon

Editor associado

Moisés Romanini

Submetido em

23/05/23

Aprovado em

06/01/24

Referências

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
2. Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
3. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad Saude Publica. 2019; 35(11):e00156119. doi:10.1590/0102-311x00156119.
4. Bezerra Jr B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis. 2007; 17(2):243-50. doi: 10.1590/S0103-73312007000200002.
5. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Gomes A, Mattos RA, organizadores. Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO; 2007. p. 137-54.



6. Ricci EC, Leal EM. Cotidiano, esquizofrenia e narrativas da experiência de adoecimento. *Cad Ter Ocup.* 2016; 24(2):363-372. doi:10.4322/0104-4931.ctoAR0585.
7. Florence AC, Bocalini M, Cabrini D, Tanzi R, Funaro M, Jordan G, et al. State of the art of participatory and user-led research in mental health in Brazil: a scoping review. *Glob Ment Health (Camb).* 2023; 10:e21. doi: 10.1017/gmh.2023.12.
8. Serpa Jr O, Campos RO, Malajovich N, Pitta AM, Diaz AG, Dahl C, et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis.* 2014; 24(4):1053-77. doi: 10.1590/S0103-73312014000400005.
9. Marques FC, Lacerda MKS, Alves JP, Silveira AR, Sampaio CA. Pessoas com sofrimento mental em recovery: trajetórias de vida. *Interface (Botucatu).* 2022; 26:e200456. doi: 10.1590/interface.200456.
10. Dahl CM. Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento (“recovery”) na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos centros de atenção psicossocial [dissertação]. Campinas: Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2012.
11. Anthony W. Reabilitação psiquiátrica. In: Ornelas J, organizador. *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental.* Lisboa: Edições AEIPS; 1999. p. 15-25.
12. Davidson L. *Living Outside Mental Illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia.* New York: New York University Press; 2003.
13. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993; 16(4):521-538. doi: 10.1037/h0095655.
14. Pelletier JF, Davidson L, Giguère CE, Franck N, Bordet J, Rowe M. Convergent and concurrent validity between clinical recovery and personal-civic recovery in mental health. *J Pers Med.* 2020; 10(4):163. doi: 10.3390/jpm10040163.
15. Slade M. 100 modos de apoiar a recuperação pessoal: um guia para profissionais da saúde mental. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2011.
16. Delgado PGG. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arq Bras Psicol.* 2011; 63(2):114-21.
17. Russo J, Beresford P. Between exclusion and colonisation: seeking a place for mad people’s knowledge in academia. *Disabil Soc.* 2015; 30(1):153-7. doi:10.1080/09687599.2014.957925.
18. Rose D, Rose N. Is ‘another’ psychiatry possible? *Psychol Med.* 2023; 53(1):46-54.
19. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Psychiatr Serv.* 1987; 38(5):477-86.
20. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1987; 144(6):727-35. doi: 10.1176/ajp.144.6.727.
21. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned.* New Jersey: Wiley-blackwell; 2010.
22. Vasconcelos EM, Leme CCCP, Weingarten R, Novaes PR, organizadores. *Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental.* Rio de Janeiro-São Paulo: EncantArt/Hucitec; 2005.
23. Deegan PE. Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1993; 31(4):7-11. doi: 10.3928/0279-3695-19930401-06.



24. Deegan PE. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatr Rehabil J.* 1996; 19(3):91-97. doi: 10.1037/h0101301.
25. Serpa Jr OD, Muñoz NM, Lima BA, Santos ES, Leal EM, Silva LA, et al. Relatos de experiências em Recovery: usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e efeitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. *Cad Bras Saude Mental.* 2017; 9(21): 250-70.
26. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
27. Pūras D. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2020.
28. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO; 2021.
29. Adeponle A, Whitley R, Kirmayer LJ. Cultural contexts and constructions of recovery. In: Rudnick A, editor. *Recovery of people with mental illness: philosophical and related perspectives.* New York: Oxford University Press; 2012. p. 109-32.
30. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
31. Winnicott DW, organizador. Provisão para a criança na saúde e na crise. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p. 62-70.
32. Canguilhem G, organizador. É possível uma pedagogia da cura? Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005. p. 49-70.
33. Canguilhem G, organizador. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005. p. 35-48.
34. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 55-77.
35. Winnicott DW, organizador. A criatividade e suas origens. O Brincar e a Realidade. São Paulo: Imago; 1975. p. 95-120.
36. Winnicott DW, organizador. O conceito de indivíduo saudável. Tudo começa em casa. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2005. p. 3-22.
37. Romme M, Escher S. A guide for mental health professionals working with voice-hearers. 4a ed. Londres: Mind Publications; 2004.
38. Onocko-Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Akerman M, Campos GWS, Carvalho YM, Drumond Junior M, Minayo MCS, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.
39. Tikanori RK. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 2016. p. 69-74.
40. Erazo-Chavez LJ, Ricci EC, La Rotta EIG, Leal EM, Onocko-Campos RT. Avaliação de serviços orientados ao recovery no Brasil: potências e desafios nos processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida. *Rev Iberoam Psicol.* 2021; 14(2):97-106. doi: 10.33881/2027-1786.rip.14210.



This article articulates the theme of recovery with concepts of health and disease in the works of Georges Canguilhem and Donald Winnicott in dialog with autobiographical accounts of the experiences of the recovery movement researcher and activist Patricia Deegan. The recovery model, which arose from mental health consumer groups in the 1970s, has been incorporated into academic settings, services and policies, as illustrated by its inclusion in the WHO's Mental Health Action Plan. Recognizing its usefulness as a conceptual and logical care tool whose use is not widespread in Brazil, we seek to contribute to its consolidation, reaffirming that intersubjective experience is the essential substrate for the health assessment and considering the psychosocial dimension of the mental health reform underlying Brazil's mental health policy.

Keywords: Mental health. Psychosocial care. Personal narrative. Recovery.

Articulamos el tema de recuperación personal con conceptos de salud y enfermedad en Georges Canguilhem y Donald Winnicott, en diálogo con registros autobiográficos de Patricia Deegan, investigadora y activista del movimiento de recovery. Originada en la década de 1970 en movimientos sociales de usuarios de salud mental, la recuperación personal ha sido incorporada en espacios académicos, actividades y políticas, como lo expresa su inclusión en el Plan de Acción de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Reconociendo su utilidad como herramienta conceptual y lógica de atención aún poco difundida en Brasil, buscamos contribuir para su consolidación, reafirmando que la experiencia intersubjetiva es sustrato fundamental para la evaluación en salud, y considerando la dimensión psicosocial de la Reforma Psiquiátrica que orienta la Política Brasileña de Salud Mental.

Palabras clave: Salud mental. Atención psicossocial. Narrativa personal. Recovery.