



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE

LUIZA DE ANDRADE GUEIROS

A CLÍNICA PSICANALÍTICA E A SAÚDE MENTAL:  
INVENÇÕES SINGULARES

Niterói – RJ  
2023

LUIZA DE ANDRADE GUEIROS

A CLÍNICA PSICANALÍTICA E A SAÚDE MENTAL:  
INVENÇÕES SINGULARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia, na área de concentração Clínica e Subjetividade.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Giselle Falbo Kosovski

Co-Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Flávia Lana Garcia

Niterói – RJ  
2023

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

## AGRADECIMENTOS

À Giselle Falbo Kosovski e à Flávia Lana Garcia, pelas orientações precisas na busca incansável pelo melhor possível.

Ao Departamento de Pós Graduação em Psicologia da UFF, tanto pelo espaço online quanto presencial de tantas trocas e encontros potentes.

Aos professores que aceitaram participar da Comissão Examinadora.

Às colegas de mestrado, Giselle Queiroz, Júlia Brandão e Dara Fernandes, que fizeram contribuições tão pertinentes para o meu percurso e pela constituição de uma rede de apoio tão preciosa.

A Fernando Tenório, por ser uma enorme referência desde os tempos de graduação e por se manter presente nos meus estudos e prática clínica atuais.

À Carmen Tourinho, por ser a maior inspiração de trabalhadora na saúde mental com quem já tive o imenso prazer de conviver e trabalhar.

À Manoela Freitas e Ney Klier, meus dois queridos mentores tanto na clínica psicanalítica quanto na academia, que permanecem comigo desde os tempos de estágio em saúde mental.

Aos meus pais, Pedro e Patrícia, e minha irmã e colega de profissão, Isabel, por todo o amor e suporte necessários ao longo dessa jornada que está apenas começando.

À minha analista, que me acolhe e me instiga a confiar no não saber.

Aos meus melhores amigos, por estarem sempre por perto, nos momentos bons e ruins: Carol, Jor, Clara, Paulo, Nina, Rafa, Laís, Maria, Clarisse, Yasmim, Juliana.

Eu só acreditaria num deus que soubesse dançar. Apenas na dança eu sei como contar a parábola das coisas mais elevadas. Aqueles que eram vistos dançando eram tidos como insanos por aqueles que não conseguiam ouvir a música. Dou como desperdiçado todo dia em que não se dançou. Dançar, em todas as suas formas, não pode ser excluído do currículo da educação nobre. Dançar com os pés, com ideias, com palavras e, preciso acrescentar, que também se deve dançar com a caneta.

Friedrich Nietzsche.

## RESUMO

O presente trabalho pretende investigar como a clínica psicanalítica contribui para o campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, permitindo invenções singulares no manejo com pacientes psicóticos. A partir de uma revisão bibliográfica sobre o percurso histórico da reforma psiquiátrica no Brasil; a presença e a influência da psicanálise de Freud e Lacan na construção da clínica da reforma psiquiátrica brasileira; e a passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica, tenho o intuito de articular a teoria com casos clínicos publicados e relatos de experiências que tive durante os meus dois estágios obrigatórios em instituições de saúde mental, um hospital dia e um CAPS III, onde pude experimentar a dança como uma invenção singular no manejo com uma paciente psicótica.

**Palavras-chaves:** clínica psicanalítica; saúde mental; invenções singulares; reforma psiquiátrica brasileira;

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Um percurso histórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira .....</b>	<b>10</b>
1.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica na Europa .....	10
1.2 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	17
1.3 A reforma psiquiátrica brasileira: luta antimanicomial e atenção psicossocial ....	24
1.4 A reforma psiquiátrica brasileira na atualidade .....	31
<b>2 A psicanálise na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira...35</b>	
2.1 A clínica da reforma psiquiátrica brasileira .....	35
2.2 A psicanálise e sua relação com o campo da psiquiatria .....	44
2.3 Breves considerações sobre a estrutura psicótica na psicanálise lacaniana.....	50
2.4 Contribuições da psicanálise para a clínica da reforma psiquiátrica .....	53
<b>3 Do particular ao singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental. 64</b>	
3.1. Do universal da psiquiatria ao universal da saúde mental .....	65
3.2. O particular e o singular na clínica psicanalítica .....	73
3.3 A passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental .....	81
3.4 A dança como invenção singular: um relato de experiências .....	89
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>93</b>
<b>Referências .....</b>	<b>99</b>

## **Introdução**

O tema desta dissertação de mestrado é referente às contribuições da clínica psicanalítica para o campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, destacando as invenções singulares no manejo com pacientes psicóticos. Acredito na relevância desse tema porque, durante muito tempo e até hoje, o doente mental foi e continua sendo tratado de forma normativa e violenta pela psiquiatria tradicional e pela sociedade. Essas, por sua vez, o encaravam e ainda o encaram como um problema a ser excluído em um manicômio por arriscar a ordem e a segurança pública, além de compreenderem a loucura como improdutiva economicamente.

De acordo com Fernando Tenório em “A psicanálise e a clínica da reforma” (2001), em função dessa desumanização no tratamento do doente mental, a reforma psiquiátrica brasileira surge em meio ao processo de redemocratização, buscando resgatar a cidadania e os direitos humanos do louco, que por tanto tempo foram negligenciados. Além disso, a reforma visa acolher a diferença individual em sua dimensão clínica, cultural, social, artística e política. Nesse contexto, a vertente da atenção psicossocial trata do sujeito a partir de uma ética de cuidados ligados à reabilitação do doente mental, e a psicanálise trata do sujeito em sua dimensão inconsciente e singular, a saber, a do sintoma.

Tanto Sigmund Freud quanto Jacques Lacan se debruçaram atentamente sobre a dinâmica do sintoma na teoria da clínica psicanalítica, o quanto ele se exerce enquanto marca singular de um sujeito e pode desempenhar uma função de amarração em certos casos. Na medida em que a psicanálise surge da psiquiatria e rompe com ela por privilegiar a escuta do doente ao olhar para a doença mental, Freud se debruça sobre o funcionamento das psicose e sobre a técnica psicanalítica a ele associada. Já Lacan começa a investigar sobre a estrutura psicótica e seus ensinamentos contribuem fortemente para o campo da saúde mental, tal como veremos ao longo do trabalho.

A saúde mental, por sua vez, também contribui fortemente para a clínica psicanalítica, ao ampliar a sua área de atuação para além do que se formalizou como modelo para o atendimento em consultório particular. Apesar de se manter o dispositivo do consultório na saúde mental, o modelo das consultas se expandiu para novos dispositivos de cuidado e espaços compartilhados, onde ocorrem uma transferência horizontalizada, destacando-se a dimensão da convivência como terapêutica.

Durante meus dois estágios em instituições de saúde mental de orientação psicanalítica, tive a oportunidade de tive a oportunidade de aprender na prática coletiva



sobre o cuidado particularizado, e como esse cuidado precisa ser singularizado para ser considerado psicanalítico. Além disso, pude experimentar a dança enquanto uma invenção singular no manejo com uma paciente psicótica. Ela tinha o diagnóstico de esquizofrenia paranoide e, toda a vez que entrava em crise, ela tirava os sapatos. Eu percebi que esse ato de tirar os sapatos demonstrava que a crise se manifestava também no corpo, de modo que um dia ela propôs que nós dançássemos juntas. Escrevi um caso clínico sobre ela como trabalho de conclusão do estágio e quis me valer dessa experiência e desse corpo clínico como inspiração para escrever a presente dissertação.

Ao longo de toda a minha vida, a dança e a psicanálise sempre estiveram entrelaçadas. Por coincidência ou não, comecei com as aulas de dança e o tratamento psicanalítico simultaneamente e, desde então, nunca mais parei com nenhum. Penso que a dança, tal qual a psicanálise, é um meio de acessar o inconsciente, de colocá-lo em formações e movimentos de dentro para fora. Com o passar do tempo, fui desenvolvendo uma escuta sensível para as minhas comunicações corporais e inconscientes, assim como para as das pessoas ao meu redor. Hoje percebo como essa escuta sensível se tornou a base para o meu trabalho teórico-clínico enquanto psicóloga.

Por meio da escuta sensível da demanda dessa paciente psicótica pelo movimento, a dança emergiu enquanto uma invenção singular capaz de contornar o sofrimento psíquico excessivo que se apresentava. Ao dançar, ela conseguia se orientar no tempo e no espaço, além de se organizar enquanto sujeito. Dessa forma, a dança se apresentou enquanto um recurso clínico genuinamente, como uma forma de expressão subjetiva que se tornou um meio de laço social para aqueles que tinham dificuldade em fazer laço, tal como coloca J. Goldberg (1994), psiquiatra que atuou ativamente na clínica da reforma psiquiátrica. Logo, minha pesquisa visa contribuir para a ampliação, diversificação e experimentação de invenções singulares da psicanálise para pacientes psicóticos no campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

A partir de uma revisão bibliográfica sobre o percurso histórico da reforma psiquiátrica no Brasil; a presença e a influência da psicanálise de Freud e Lacan na construção da clínica da reforma psiquiátrica brasileira; e a passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica, tenho o intuito de articular a teoria com casos clínicos publicados e relatos de experiências que tive durante os meus dois estágios obrigatórios em instituições de saúde mental de orientação lacaniana, sendo em um hospital dia e em um CAPS III, onde pude experimentar a dança como uma invenção singular no manejo com uma paciente psicótica.

No primeiro capítulo da dissertação, faço um breve percurso histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, discorrendo sobre o seu advento e suas especificidades. A fim de contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira, fez-se necessário abordar os seus antecedentes históricos tanto na Europa quanto no Brasil, assim como seus pontos comuns e divergentes. Ademais, para atualizar os registros sobre a reforma, foi importante realizar uma estrutura cronológica dos seus principais acontecimentos, dentre eles o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), o paradigma da atenção psicossocial e o papel da arte e da cultura no cuidado em saúde mental. Ao final, são traçadas novas questões e desafios para a reforma que se fazem presentes na atualidade, dos quais se destaca um período de retrocesso em relação às políticas antimanicomais.

No segundo capítulo, será discutida a questão de como a psicanálise de Freud e Lacan incidem sobre a clínica da reforma psiquiátrica. Para isso, investigo as relações entre psicanálise e reforma psiquiátrica, no sentido de intersecção em certos pontos de aposta, com ênfase no contexto brasileiro. Dentre eles, visó abordar o funcionamento da clínica da reforma, como a experiência dos dispositivos substitutivos permitiu o exercício da psicanálise em outras formas de clínica na saúde mental, e como a arte ganha protagonismo nisso; assinalar a relação entre psicanálise e psiquiatria; tecer breves considerações sobre a estrutura psicótica na psicanálise lacaniana; e compreender a presença e a influência da clínica psicanalítica no campo da saúde mental, destacando sua relevância no campo da saúde mental por priorizar o sujeito, o sintoma, sua complexidade e sua singularidade.

No terceiro capítulo, busco discorrer sobre a passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental, articulada à casos clínicos e ao relato de experiências com a dança enquanto uma invenção singular no manejo com uma paciente psicótica. Como objetivo geral, busco ressaltar que, em contraposição à clínica psiquiátrica, que valoriza o universal da doença mental, a psicanálise é uma clínica que solicita sempre a invenção, seja no consultório particular ou na instituição; e que essa tem a ver necessariamente com a particularidade e singularidade do sujeito. Assim, abordo o universal da psiquiatria ao universal da saúde mental; descrevo o particular e o singular na clínica psicanalítica; discorro sobre a passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental; e, finalmente, trago o relato de experiências da dança como invenção singular.

## 1 Um percurso histórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira

### 1.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica na Europa

Nem sempre a loucura foi entendida como um problema social que justificasse uma prática sistemática de exclusão e segregação, como ainda se faz presente nos dias atuais. De acordo com o estudo apresentado por Michel Foucault (1993a), em “A história da loucura na Idade Clássica”, na Antiguidade e na Idade Média, a loucura era por muitos vista como possuindo uma conexão com o divino e como uma potência filosófica e artística. Ademais, em função do modo de produção feudal em torno da agricultura e do artesanato, o louco possuía liberdade, circulando nos ambientes públicos de trabalho e não sendo discriminado pelas suas diferenças individuais. Porém, nos ambientes privados, a loucura já era compreendida como um problema, ainda que não social, mas determinada pelos costumes (paixões intensas, rituais sagrados, hábitos questionáveis), de modo que as famílias se ocupavam dos seus cuidados sem que houvesse a intervenção do Estado.

O louco se tornou um problema social somente a partir de condições históricas específicas ligadas às mudanças no sistema econômico-produtivo e no modo de organização do trabalho. Na Europa do século XVI, com o fim do campesinato como classe, a ascensão do capitalismo mercantil e o advento da urbanização, o louco passa a perturbar a nova ordem social, uma vez que ele não contribui para o sistema de produção nem de consumo, tornando-se inadaptado economicamente. Assim, surgiram as medidas legislativas de repressão à loucura, tais quais as “*lettres de cachet*” na França, que se justificaram pela necessidade de criação de instituições de controle da loucura, como as casas de correção e os hospitais gerais (que não se referiam ao tratamento dos loucos, mas à sua hospedagem). Este período foi reconhecido por Foucault (1993) como o do “grande enclausuramento”, devido ao poder das relações políticas e econômicas sobre a loucura.

No final do século XVIII, com a Revolução Industrial inglesa, os princípios da Revolução Francesa, os ideais do Iluminismo e a Declaração dos Direitos dos Cidadãos nos Estados Unidos da América (EUA), observou-se o movimento de denúncia contra essas instituições de enclausuramento e a necessidade de uma nova ordem com relação ao louco, devido ao seu confinamento com toda espécie de marginalizados sociais e às torturas das quais era vítima. Além disso, torna-se um desperdício econômico encarcerar uma potencial mão de obra em um período de crise. Com isso, liberou-se os ociosos dessas instituições para o trabalho, concentrando o interesse médico naqueles

que eram incapazes exercer seu livre arbítrio. Neste sentido, o hospital psiquiátrico nasce como consequência de uma prática social concreta de exclusão e segregação da loucura já existente desde a Idade Clássica. Como aponta Foucault (1993b) em “Doença Mental e Psicologia”, é essa própria prática de reclusão da loucura que criou as condições para o surgimento da psiquiatria enquanto especialidade médica e detentora do saber sobre a loucura:

[...] não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação (Foucault, 1993, p. 87).

Em “O nascimento da clínica”, Foucault (1977) aponta que a psiquiatria nasce como reforma da instituição hospitalar a partir da sua fundação por Philippe Pinel que, em 1793, desacorrenta os loucos do Hospital Salpêtrière a fim de humanizar o tratamento dos mesmos. Embora retiradas as correntes físicas, os loucos eram mantidos presos nas correntes ideológicas ao serem concebidos como alienados mentais, isto é, destituídos de razão. Contudo, Pinel afirmava que era possível restituir-lhes a razão e reintroduzi-los ao convívio social através de uma aposta terapêutica que consistia em uma reeducação moral ou psíquica, mas que por vezes poderia ser violenta e quase sempre excludente. Essas práticas consistiam em uma rotina normalizadora, acompanhada de medicamentos receitados, atividades de trabalho e severas punições aos comportamentos indesejados.

Apesar de se utilizarem meios diferentes de tratamento dos hospitais gerais, como uma primeira nosografia das doenças mentais, a organização do espaço asilar e a imposição de uma relação terapêutica entre médico e paciente na forma do tratamento moral, a loucura continuava sendo vista como um problema social pela psiquiatria. Além disso, era violentada por técnicas coercitivo-punitivas e precisava ser retida nos hospitais pela segurança dos cidadãos e pela contenção da crise econômica. Dessa forma, o nascimento da clínica estava subordinado também à institucionalização de demandas sociais, e não ao tratamento da doença mental em sua singularidade (Foucault, 1977).

De acordo com a abordagem de Paulo Amarante (1995) em “Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma

psiquiátrica”, o ato de Pinel de instaurar o desenvolvimento do saber psiquiátrico a partir do isolamento da doença mental no hospital só reforçou as práticas de exclusão e segregação da loucura já existentes e que se mantiveram presentes nos primeiros 150 anos de história da psiquiatria. Nesses primeiros 150 anos, não houve nenhuma iniciativa que pudesse ser reconhecida como uma transformação importante na instituição psiquiátrica nem na psiquiatria enquanto responsável pelo monopólio de saber sobre a loucura.

Apesar de não contestar os paradigmas do saber psiquiátrico, somente no começo do século XX, houve a iniciativa das colônias agrícolas como uma primeira aposta clínica de uma relação inclusiva com a loucura. As colônias foram uma tentativa de trazer mais efetividade ao tratamento do doente mental na modernidade, fazendo apelo aos modos de produção anteriores ao advento do capitalismo mercantil, sendo um deles o trabalho agrícola. Elas foram criadas como o objetivo de tratar os loucos em um ambiente familiar, oferecendo-lhes a possibilidade de viver em um espaço não confinado, na natureza, realizando atividades que pudessem recuperar sua capacidade produtiva e que estivessem dentro dos seus limites. O resultado inicial dessa iniciativa é positivo, pelo seu aspecto inaugural, artesanal, familiar e singularizado, mas não alterou em nada a relação manicomial, de tutela e de controle social do louco por parte da psiquiatria. No final, as colônias agrícolas serviram ao propósito de reafirmar um local para os loucos sempre afastado das cidades, local de exclusão e invisibilidade social (Amarante, 1995).

Em seguida, o período pós-Segunda Guerra Mundial trouxe duas consequências que influenciaram o movimento das reformas psiquiátricas na Europa. A primeira delas diz respeito às condições de escassez e dificuldades materiais para a sobrevivência das populações. Se a Segunda Guerra Mundial acometeu a população sadia e produtiva, que trabalhava e combatia nos exércitos, quem dirá a população internada nos manicômios, os loucos improdutivos. Houve racionamento de itens durante a guerra, além de privações materiais concretas pelos bombardeios. Uma das motivações que impulsionaram as diferentes propostas de reforma da psiquiatria na Europa e nos EUA foi o fato de que tornou-se necessário que os pacientes saíssem dos manicômios durante o dia a fim de trabalharem nas cidades. Logo, pela necessidade material e econômica do pós-guerra, os pacientes tiveram que ser promovidos a agentes de sua própria sobrevivência, dando ensejo à possibilidade de novas relações no âmbito institucional (Amarante, 1995).

A segunda consequência trazida pelo pós guerra – que demarcou a necessidade de se contestar globalmente a instituição psiquiátrica e a psiquiatria como saber – é de cunho mais ético e subjetivo: as pessoas se deram conta de que o manicômio era muito parecido com um campo de concentração e começaram a se rebelar contra tal projeto de extermínio, reivindicando transformações no modo de tratar. A guerra sacrificou milhões de vidas que se opuseram a um projeto genocida em função do qual algumas pessoas, por sua condição de ideologia política (comunistas), orientação sexual (homossexuais), origem étnico-religiosa (judeus) ou suposta depravação moral, mereciam o tratamento dado no campo de concentração, de trabalho forçado, privação da liberdade e dignidade, e extermínio. Por isso, era inadmissível que a humanidade aceitasse que uma condição equivalente fosse dada àqueles que eram reconhecidos como doentes mentais desde 1793, apesar do esforço de guerra, do dispêndio econômico-financeiro e das privações materiais, negando a concepção de relação social representada pelo nazismo e pelos campos de concentração (Amarante, 1995).

De acordo com a periodização de Birman e Costa (1994) a respeito das psiquiatrias reformadas, organizamos os itens subsequentes, observando a seguinte ordenação: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas (restritas ao âmbito asilar); a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva (representando um nível de superação do espaço asilar); a antipsiquiatria e as experiências sugeridas a partir de Franco Basaglia, enquanto instauradoras de rupturas com os movimentos posteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados (Amarante, 1995, p. 29).

Dentre todas essas reformas que foram importantes para que duas ou três décadas depois ocorresse no Brasil a Reforma Psiquiátrica, Paulo Amarante (1995) destaca a psicoterapia institucional francesa e a psiquiatria democrática italiana como as influências diretas para a reforma psiquiátrica brasileira. Embora a regionalização da assistência psiquiátrica no Brasil se pareça bastante com a psiquiatria de setor na França e tenha havido experiências de comunidades terapêuticas no Brasil nas décadas de 1960 e 1970 muito parecidas com as comunidades terapêuticas europeias (que serão abordadas com maior profundidade no próximo item deste capítulo), a psicoterapia institucional francesa e a psiquiatria democrática italiana se destacam por sua ideologia: a primeira por acreditar no potencial terapêutico da instituição psiquiátrica; e a segunda por se posicionar contra a instituição e o saber psiquiátrico, propondo uma revolução da clínica.

Verztman, Cavalcanti e Serpa (1992), em “Psicoterapia institucional: uma revisão”, afirmam que a psicoterapia institucional francesa foi iniciada por François Tosquelles, psiquiatra catalão fugido do Franquismo para o Sul da França em 1939. Em janeiro de 1940, Tosquelles começa a trabalhar no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, buscando realizar o cuidado mais ativo possível da psicose a partir da transformação do espaço asilar em um ambiente terapêutico, utilizando os referenciais teórico-práticos da psicanálise freudiana e da terapia ocupacional de Hermann Simon para constituir uma “escuta polifônica”. Para ele, o sujeito psicótico vive em uma constante deslocalização, por isso precisa de lugares concretos e organizados para poder se tratar. Um lugar privilegiado para isso seria a instituição psiquiátrica e seus diferentes ambientes, como a área de convivência, os ateliês, o refeitório, o jardim etc. Assim, o termo “psicoterapia institucional” é propositalmente ambíguo, pois significa que a própria instituição é a psicoterapeuta do paciente e que, por isso mesmo, ela precisa estar submetida a um tratamento psicoterápico permanente.

Em seguida, em 1947, chega à Saint-Alban um psiquiatra e psicanalista chamado Jean Oury, que seguia o ensino de Jacques Lacan. Ele entendia a psicose como uma organização subjetiva instaurada pela forclusão do simbólico, ou seja, pela ausência de uma lei simbólica que organizasse os lugares da estrutura (sujeito, Outro, objeto, sexual, norma). Quanto à psicoterapia institucional, em suas palavras:

O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um Coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que um psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo ‘institucional’ pela mediação de “espaços transicionais”, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de técnicas de mediação, que podemos chamar de “objetos institucionais”, que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto à participação em sistemas concretos de gestão ou de organização (Oury, 1976, *apud* Verztman; Cavalcanti; Serpa, 1992, p. 28).

Jean Oury (1986) em “*Le Collectif*” sistematiza conceitos fundamentais para a Psicoterapia Institucional francesa, tais como: os campos de transferência multifocal, a escuta polifônica, o coletivo como a possibilidade de múltiplos contornos que possam acolher o que há de mais singular em cada paciente e a horizontalidade na relação médico-paciente. Esses conceitos foram fundamentais para fundação da Clínica de La Borde na França, em 1953, que permaneceu sob os cuidados de Oury até a sua morte,

tornando-se uma grande referência para a reforma psiquiátrica brasileira, principalmente para os dispositivos de hospitais-dia enquanto reforma do espaço asilar (Vertzman *et al*, 1992).

Já psiquiatria democrática italiana se caracteriza por uma reforma que contesta o próprio paradigma psiquiátrico de exclusão social da loucura, tendo surgido em 1961 no Hospital Psiquiátrico de Gorizia sob a direção de Franco Basaglia. Segundo Amarante (1995), Basaglia vai dirigir o hospital psiquiátrico de Gorizia com o intuito humanizá-lo a partir de uma experiência de comunidade terapêutica, tal como as dos EUA e da Inglaterra na década de 1950. Porém, nesse trabalho, ele vai se deparar com os limites do alcance das transformações democráticas dentro das comunidades terapêuticas, tais como a relação terapêutica médico-paciente como instituinte das relações de objeto-saber e o afastamento do doente mental das relações sociais complexas pelo estabelecimento de uma relação artificial dentro/fora da comunidade. No livro “A Instituição Negada”, que reproduz a experiência terapêutica de Gorizia, Basaglia (1968) denuncia a desumanização do paciente como resultado da violência do asilo, e não da própria doença:

O primeiro contato com a realidade do asilo tem imediatamente realçado as forças em jogo: o internado, em vez de aparecer como um homem doente, é objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis... O nível de degradação, objetivação, aniquilação total, que se observa, não é a pura expressão de um estado de morbidade, mas sim o produto de uma ação destrutiva de uma instituição cujo objetivo era a proteção das pessoas saudáveis contra a loucura (Basaglia, 1968, p. 128).

Nesse livro, Franco Basaglia (1968) afirma que, por mais que se mude a forma de tratamento dentro do hospital, o louco continua sendo determinado socialmente por práticas de controle e segregação. Destacam-se três pilares críticos da tradição basagliana: a crítica ao aparato institucional focado na doença mental, noção que se refere a uma descrição patológica e negativa da loucura e que encobre o fato de que a loucura é um problema eminentemente social; a crítica à ideia de periculosidade social associada à doença mental, de modo que o louco torna-se incapaz de conviver e deve ser anulado socialmente; a crítica ao capitalismo e à sociedade de classes, pois os segregados nos manicômios são majoritariamente pobres. Assim, de dentro da prática psiquiátrica, Basaglia (1968) busca desconstruir esses paradigmas da doença mental



associada à negatividade e à periculosidade, colocando para a sociedade a questão da convivência com a loucura.

Em outubro de 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste a fim de empreender seu projeto de desinstitucionalização, ao propor uma inversão epistemológica na psiquiatria e focar no doente mental ao invés da doença mental. Primeiramente, como em Gorizia, ele transforma o manicômio em uma comunidade terapêutica, mas dessa vez com um objetivo final diferente: o fim do hospital psiquiátrico e a criação de um modelo alternativo ao asilo. Em 1973, a experiência de Trieste foi bem-sucedida, consolidando simbolicamente o movimento da psiquiatria democrática italiana e, em 1977, passa a ser reconhecida internacionalmente como um modelo de assistência em saúde mental recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 13 de maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a lei número 180 ou a Lei Basaglia, que decretava o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos no país e que servirá de inspiração para a reforma psiquiátrica brasileira.

No ano de 1979, Franco Basaglia fez duas viagens ao Brasil para difundir os ideais da reforma psiquiátrica italiana e o paradigma da desinstitucionalização enquanto um conjunto de estratégias que visa desconstruir práticas, saberes e estruturas que estariam institucionalizados. Ele realizou 14 conferências no Brasil: em São Paulo, nos dias 18, 20, 21 e 22 de junho; no Rio de Janeiro, nos dias 26, 27, 28 e 29 de junho; e em Belo Horizonte, no dia 7 de julho e 17, 19 e 21 de novembro; tendo elas sido destinadas não só para profissionais da saúde, mas também sindicalistas, políticos, professores e estudantes. Ademais, ele visitou manicômios brasileiros e deu entrevistas à imprensa denunciando a violência dos mesmos, influenciando o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira ao produzir uma ruptura na maneira de se pensar a instituição e a prática psiquiátricas.

Logo, é preciso redefinir o objeto e a solução da psiquiatria, ideia que se faz muito presente no célebre texto “A instituição inventada” de Franco Rotelli (1990): ao invés de abordar a doença mental e seu o isolamento nos manicômios, tornava-se necessário abordar o sofrimento do paciente na sua relação com o corpo social. Portanto, o projeto de desinstitucionalização propõe o tratamento de sujeitos que sofrem, focado no intercâmbio humano, com os objetivos de reinserção social e promoção de saúde mental. Ao afirmar a liberdade como terapêutica, a cura como produção de vida, o cuidado em sociedade e a possibilidade de invenção de novas realidades e instituições, Basaglia não fixou soluções institucionais, mas abriu o campo

da saúde mental para novas dinâmicas e conflitos que serão revisitados na Reforma Psiquiátrica brasileira.

## **1.2 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Segundo Heitor Resende (1987), em “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”, no Brasil colônia do século XIX, a loucura também emerge como um problema social em meio a um contexto de desordem e ociosidade. Porém, diferentemente da Europa do século XVI, ao passo que o doente mental faz sua aparição na sociedade rural pré-capitalista, “tradicionalmente pouco discriminativa para as diferenças individuais” (Resende, 1987, p. 29). Antes disso, a loucura era reconhecida no Brasil, mas de forma silenciosa, sendo entendida mais como um aspecto da singularidade dos indivíduos do que propriamente a evidência de uma doença mental que perturbava a paz social e que se colocava como um obstáculo ao crescimento econômico da época.

Pois será exatamente esta característica central da vida econômica da colônia - o trabalho baseado na atividade servil - que condicionará a situação social do período, moldará preconceitos e determinará transformações e consequências que terminarão por exigir providências e ações concretas (Resende, 1987, p. 33).

O que teria feito o doente mental surgir na cena social do Brasil seria justamente o aspecto da desqualificação do trabalho até então restrito ao escravo. Poucos eram os homens livres que buscavam se engajar em atividades laborais por associarem-nas à condição de indignidade, e muitos eram os que escolhiam o ser vadio ou o ser ladrão. Assim, o destino do doente mental seguirá o dos marginalizados inadaptados, sendo ambos silenciados pela exclusão em hospitais, prisões e nos porões das Santas Casas de Misericórdia, assim como se deu no período do grande enclausuramento pensado por Michel Foucault (1993) em “A história da loucura na Idade Clássica” (Resende, 1987).

Em função do excesso de demanda nos asilos, aliado ao movimento higienista europeu, o primeiro marco da história da psiquiatria no Brasil foi a fundação do hospício nacional em 1852 no Rio de Janeiro pelo imperador D. Pedro II, que deu o seu nome ao hospício. Ainda sob a direção da Santa Casa de Misericórdia, o hospício D. Pedro II possuía duas indicações: uma indicação social, a de exclusão da loucura, visando à segurança dos cidadãos; e uma indicação clínica, com a intenção de redução do sofrimento e de cura dos internos. Nesse contexto, os médicos se sentiam excluídos

do poder na instituição, uma vez que estavam subordinados às decisões administrativas da Santa Casa, e desejavam transformar os hospitais em um espaço moralizador de tratamento aos alienados, assim como fez Pinel em 1793 (Resende, 1987).

Em 1883, Teixeira Brandão, o primeiro alienista brasileiro, assume a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a fim de mudar a legislação sobre a Assistência aos Alienados e o tratamento no hospício. Como Diretor do Hospício de Pedro II em 1886, ele desanexa a instituição da Santa Casa de Misericórdia, que passa a ser chamada de Hospício Nacional dos Alienados. Torna-se deputado federal em 1903 e define a Lei de Assistência aos Alienados, sendo esse o primeiro documento legal específico sobre alienação mental, baseado na legislação francesa e inspirado nos preceitos defendidos por Esquirol. Enquanto Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, Brandão inicia a construção das colônias de alienados na Ilha do Governador, que surgem como as primeiras alternativas ao modelo psiquiátrico asilar (Resende, 1987).

No final do século XIX, com a abolição da escravidão e proclamação da República, houve o avanço do processo de urbanização com a mudança para o sistema capitalista comercial e industrial brasileiro. Tornou-se necessário criar condições para a manutenção da sobrevivência e reprodução população trabalhadora; como o investimento na higiene, no saneamento das cidades e na construção das colônias agrícolas. Em função do dinamismo da sua economia, o estado de São Paulo apostou em saneamento básico e saúde pública, tendo a assistência aos alienados sido entregue a Franco da Rocha que construiu, em 1898, o Hospício Colônia de Juqueri, que hoje em dia está fechado.

Como a prática psiquiátrica não existe em um vazio social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se inseria, e se empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento (Resende, 1987, p. 47).

Em 1903, houve a inauguração de sete instituições psiquiátricas no município de Barbacena, em Minas Gerais, que passou a ser reconhecido como “Cidade dos Loucos”. Dentre essas sete instituições, foi fundado o Hospital Colônia de Barbacena, tendo este sido retratado no documentário “Em nome da Razão” de Helvécio Ratton (1979) como um manicômio cemitério, bastante similar aos campos de concentração nazistas. No

documentário, fica muito clara a lógica do hospital psiquiátrico como um depósito da loucura, cumprindo a função social de controlar e segregar os loucos, e não de tratá-los para reinseri-los na sociedade. Além disso, a realidade interna do manicômio é chocante, na medida em que todos os internos ficam massacrados por uma realidade única e impessoal, na qual ocorre a supressão do eu e a morte da subjetividade materializada nas roupas gastas e nos espaços de convivência completamente esvaziados. Entretanto, uma cena do documentário me chamou muito a atenção: em um dado momento, é colocada uma música no manicômio e os internos começam a dançar de modo que, somente a partir dessa atividade, eles expressam sua singularidade, através de movimentos que vem de dentro. A dança aparece, então, como uma forma de manifestação e conexão subjetiva.

De acordo com o vídeo “Memórias da Reforma Psiquiátrica no Brasil: do nascimento da psiquiatria ao início da Reforma”, elaborado por Paulo Amarante (2020), no Rio de Janeiro do início do século XX, Rodrigues Alves assume a presidência e entrega a direção da Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional à Juliano Moreira, enquanto Oswaldo Cruz se torna responsável pela direção geral dos serviços de saúde pública. Juliano Moreira, aliado a um discurso político de defesa da higienização e normalidade social, permaneceu na direção da Assistência a Alienados até 1930, sendo reconhecido como Mestre da Psiquiatria Brasileira em função do processo de ampliação e modernização da rede de hospitais psiquiátricos e das colônias de alienados em todo o país. Ademais, influenciou diretamente a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923 e a fundação do complexo psiquiátrico Colônia Juliano Moreira em 1924.

A partir de 1930, a psiquiatria assume uma postura científicista em relação às doenças mentais, desenvolvendo instrumentos de tratamento como o eletrochoque, a lobotomia e o choque insulínico. Em 1940, com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais dirigido por Aduino Botelho, os ambulatórios oficiais aumentam em número e tamanho. Nessa mesma década, a psiquiatra Nise da Silveira assume a coordenação do Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, realizando uma verdadeira revolução no tratamento dos doentes mentais graves ao afirmar que a arte desperta o inconsciente e vice e versa.

De acordo com Ademir Pacelli Ferreira e Walter Melo Junior (2014) em “O Pioneirismo de Nise da Silveira e as Mutações no Campo da Saúde Mental”, no primeiro momento de sua trajetória, Nise nega a utilização dos métodos agressivos ditos

científicos e retira os leitos da enfermaria do Hospício Nacional dos Alienados, buscando dar o espaço para atividades criativas e expressivas. Já no segundo momento, ela inaugura um espaço externo ao hospício, a Casa das Palmeiras, para casos de psicoses graves, onde ela utiliza a arte como invenção singular no manejo com os pacientes.

Nos anos 1950, a argumentação da proposta de cura e da administração segura dos neurolépticos em pacientes internados reforça a necessidade da internação, fundamentando o crescimento ainda maior do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, que se apresentavam superlotados e insalubres. Dessa forma, a atenção psiquiátrica será incorporada à previdência no período pós-Segunda Guerra, visto os danos causados não só à saúde física, mas também à saúde psíquica das populações e a precariedade do sistema público de saúde como um obstáculo ao crescimento econômico.

Após o golpe militar de 1964, ocorre um processo de privatização da saúde no Brasil através da terceirização de serviços aliada a uma política de desenvolvimento econômico que só fez aumentar a desigualdade social já existente. Para Resende (1987), esse pode ser compreendido como um momento de transição de uma assistência à saúde destinada ao doente mental improdutivo para uma prática assistencial de massa destinada aos trabalhadores e seus dependentes. A saúde passa a ser dividida entre uma saúde pública e individual, tornando-se uma mercadoria restrita a trabalhadores portadores de carteira assinada através Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, no período do milagre econômico, investe-se pesadamente em planos de saúde como bens de consumo e na construção de hospitais privados no país.

Enquanto isso, os hospitais públicos estavam sendo ocupados majoritariamente por indivíduos sem vínculo com a previdência, tornando-se cada vez mais segregados. Apesar de estarem ocorrendo na Europa e nos EUA diversas iniciativas de reforma da psiquiatria desde os anos 1950, essas não pareciam repercutir na prática psiquiátrica brasileira, que se mantinha exercendo o monopólio sobre a loucura a partir práticas de exclusão social. Fernando Tenório (2002), em “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos”, destaca o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria preventiva e comunitária como principais antecessores brasileiros da Reforma Psiquiátrica, ambos referidos às décadas

de 1960 e 1970 e responsáveis pelo nascimento dos conceitos de tratamento na comunidade e saúde mental.

As comunidades terapêuticas surgem em 1950 na Inglaterra como uma reforma dos espaços psiquiátricos asilares em função do enorme desperdício de força de trabalho nos hospícios, recebendo influência direta da psicanálise e da terapia ocupacional (Amarante, 1995). Em 1960, emergem as comunidades terapêuticas brasileiras, pressupondo uma reorganização da experiência institucional hierárquica em uma experiência comunitária democrática, privilegiando o protagonismo dos usuários no tratamento e seus efeitos terapêuticos. Como afirma o diretor da primeira comunidade terapêutica do Rio de Janeiro, dr. Oswaldo dos Santos, a psicanálise comparecia nas comunidades para destacar “que os limites entre saúde e enfermidade mental são muito menos nítidos” (Tenório, 2002, p. 29), de modo que tornava-se necessário interpretar os pacientes, os profissionais e a própria instituição para que houvessem mudanças significativas na relação da loucura com a comunidade.

Apesar de evidentes, os efeitos da democratização do espaço asilar se mostraram limitados com o passar do tempo, na medida em que não questionavam o pressuposto básico do asilo, a saber, a retirada do doente mental do laço social para sua reclusão em uma instituição psiquiátrica. Além disso, o psicanalista ficou restrito a uma condição de mestria perante o coletivo, de grande interpretador institucional, reintroduzindo uma hierarquia à comunidade terapêutica. Embora a psicanálise tenha introduzido a dimensão do sujeito na relação com o outro na instituição psiquiátrica, para além da dimensão do sintoma, essa não foi suficiente para sustentar uma reforma no paradigma da psiquiatria (Tenório, 2002). Porém, a psicanálise implicou em uma transformação da prática clínica em saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira, que será melhor abordada no capítulo 2 desta dissertação.

Já a psiquiatria comunitária e preventiva foi um movimento que angariou uma certa simpatia por conta dos ideais da saúde mental e do tratamento comunitário. Segundo Amarante (1995), psiquiatria preventiva é uma iniciativa essencialmente americana que surge nos anos 1960, tendo como uma das suas principais referências Gerald Caplan. Ele assume que é possível identificar sinais precoces de crise psíquica que podem evoluir para um adoecimento mental, sendo necessário que a comunidade esteja informada sobre esses sinais para poder intervir precocemente e evitar a doença mental, reconduzindo o sujeito a uma condição mais funcional e adaptada socialmente (Tenório, 2002).

Nesse sentido, a psiquiatria comunitária e preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar à promoção de saúde mental associada ao processo de adaptação social. As propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e de desinstitucionalização, que tornam-se diretrizes da grande maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais. É importante atentar para o fato de que a expressão desinstitucionalização surge nos EUA nos anos 1960, no contexto do projeto preventivista, para designar o conjunto de medidas de desospitalização, diferentemente da expressão proposta por Franco Basaglia em Trieste. O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Logo, ele considera uma psiquiatrização do social, “em que o psiquiatra deve ‘controlar’ os agentes não profissionais, como vizinhos, líderes comunitários” (Tenório, 2002, p.31)

Essa lógica da promoção de saúde mental associada ao processo de adaptação social pode ser claramente observada no filme “O bicho de sete cabeças” (Bodanzki, 2001), no qual o adolescente de 17 anos Neto é internado em um hospital psiquiátrico nos anos 1970 após seu pai descobrir um cigarro de maconha no bolso de seu casaco. Além de ilustrar de forma contundente o moralismo da época presente no núcleo familiar de Neto, é visível o investimento econômico em internações compulsórias por parte do governo, na medida em que o hospital psiquiátrico (e indiretamente seus funcionários) recebia recursos financeiros proporcionais ao número de internados e lucrava com os mesmos. Finalmente, fica evidente que, embora Neto saia do hospital psiquiátrico, o hospital jamais sai dele.

Somente no final da década de 1970, com a abertura política, os trabalhadores da saúde começam a se organizar em um movimento social que reivindicava melhorias nas condições da assistência no país, o que implicava em uma democratização do Estado brasileiro e em uma mudança nas políticas públicas de saúde. Esse é o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que, pela sua natureza e contexto histórico, se insere em um conjunto mais amplo de movimentos sociais que lutavam pelo fim do regime militar, tais quais o movimento sindical do ABC Paulista e das igrejas populares. O MRSB pensa a saúde não como um processo biológico individual, mas a partir de determinantes sociais. Essa ideia afirma que uma política pública em saúde não deve ignorar as questões de distribuição de renda, justiça social, saneamento básico, condições de moradia, de trabalho, de transporte, mas deve incorporá-las. Logo, o

pensamento sanitário é político, ligado à luta por melhores condições de vida, e por isso vai influenciar diretamente o pensamento da Reforma Psiquiátrica (Tenório, 2002).

Quanto ao termo “saúde mental”, é importante ressaltar que a “saúde” enquanto um conceito rigorosamente científico não existe, como já dizia Georges Canguilhem (2000) em “O Normal e o Patológico”. Então, o que seria saúde mental? Uma noção filosófica? Um conceito político-social? Conforme apontam Nogueira, Favareto, Arana (2022, p. 1), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. A saúde mental implica muito mais que a ausência de doenças mentais (OMS, 2020)”. Logo, a saúde mental estaria ligada a forma como uma pessoa reage as exigências da vida e as concilia com suas emoções, ou seja, trata-se da capacidade do indivíduo se sentir bem consigo mesmo e com os outros a sua volta, de afetar e ser afetado.

De acordo com Marie-Jean Sauret (2006, p. 33) em “Psicanálise, psicoterapias, ainda...”:

Na França, a expressão "Saúde Mental" apareceu pela primeira vez em textos oficiais da Saúde Pública com uma circular de 15 de março de 1960 "relativa ao programa de organização e equipamento dos departamentos que lutam contra as doenças mentais". Tratava-se, então, de propor um termo que abrandasse o de psiquiatria, julgado por demais segregativo. A partir dos anos 90, "saúde mental" muda de sentido. Seu conteúdo visa agora a permitir "uma extensão das intervenções em psiquiatria em direção aos problemas médico-sociais, em direção aos problemas de adaptação, em direção aos problemas de reações em casos de stress, ações que já estavam bastante desenvolvidas no mundo anglo-saxão. A legislação coloca a saúde mental na lista dos objetos do mercado, ao lado da Saúde Física.

No Brasil, não foi diferente. Segundo João Ferreira da Silva Filho (2001, p. 54) em “A saúde mental, a ciência e o bom cuidado”, “Saúde Mental é, desde os anos 1950, a grande utopia do bem-estar psíquico, estilo de vida saudável, relações harmônicas entre família, amigos, amantes, povos, nações”. Porém, nesse primeiro momento, ela ainda se referia à uma psiquiatria biológica, apoiada no ideal de cientificidade moderno. Esse se articula a um paradigma de cuidados que limitou o escopo de suas explicações sobre aquilo que era quantificável, empiricamente verificável e universalmente válido, ou seja, a doença mental (Silva Filho, 2001).



Em seguida, “saúde mental” ficou muito associada ao processo de adaptação social pela psiquiatria preventiva, tal como vimos anteriormente. No entanto, não é nem sobre doença mental nem adaptação social que ela se trata. Apesar de ainda não sabermos o que é “saúde mental” enquanto conceito científico, sabemos que se trata de uma questão de existência, ou seja, diz respeito a aspectos como o psíquico, somático, cultural, político e social que se atravessam na vida de um sujeito. Essas e outras questões serão abordadas no contexto reforma psiquiátrica, conforme veremos a seguir.

### **1.3 A reforma psiquiátrica brasileira: luta antimanicomial e atenção psicossocial**

Vai passar  
Nessa avenida um samba  
Popular  
Cada paralelepípedo  
Da velha cidade  
Essa noite vai  
Se arrepiar  
Ao lembrar  
Que aqui passaram  
Sambas imortais  
Que aqui sangraram pelos  
Nossos pés  
Que aqui sambaram  
Nossos ancestrais

Num tempo  
Página infeliz da nossa  
História  
Passagem desbotada na  
Memória  
Das nossas novas  
Gerações  
Dormia  
A nossa pátria mãe tão  
Distraída  
Sem perceber que era  
Subtraída  
Em tenebrosas  
Transações

Seus filhos  
Erravam cegos pelo  
Continente  
Levavam pedras feito  
Penitentes  
Erguendo estranhas  
Catedrais  
E um dia, afinal  
Tinham direito a uma

Alegria fugaz  
 Uma ofegante epidemia  
 Que se chamava carnaval  
 O carnaval, o carnaval  
 (Vai passar)

Palmas pra ala dos  
 Barões famintos  
 O bloco dos napoleões  
 Retintos  
 E os pigmeus do bulevar  
 Meu Deus, vem olhar  
 Vem ver de perto uma  
 Cidade a cantar  
 A evolução da liberdade  
 Até o dia clarear

Ai, que vida boa, olerê  
 Ai, que vida boa, olará  
 O estandarte do sanatório  
 Geral vai passar  
 Vai passar

Chico Buarque.

A música “Vai Passar” de Chico Buarque (1985) faz alusão ao aspecto de resistência da Reforma Psiquiátrica brasileira, ligado à produção de novas práticas sociais e clínicas para o tratamento da doença mental e à dimensão ético-política da luta contra a ditadura militar. A reforma se inicia no contexto progressista da redemocratização do país, no final da década de 1970, sendo contemporânea à Reforma Sanitária. Como foi dito anteriormente, o Movimento Sanitarista propunha uma mudança nas políticas públicas de saúde do Estado autoritário, ao fazer críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privado da política de saúde do governo central. No bojo desse movimento, especificamente os trabalhadores da saúde mental começam a realizar greves contra as péssimas condições de trabalho e de assistência aos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, sendo este reconhecido como o período germinativo da Reforma Psiquiátrica brasileira pelo psicanalista Fernando Tenório (2002).

Esse período se caracteriza pela construção no âmbito da militância e do pensamento técnico de ideais e valores que visam contestar o modelo de assistência asilar, tais como a emergência de movimentos sociais em defesa dos direitos humanos do doente mental. Ademais, é marcado por uma crítica ao status quo da política de saúde do Brasil na época, articulando o Movimento Sanitarista à Reforma Psiquiátrica

pela concepção da saúde a partir de determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos (Tenório, 2002).

Em 1978, ocorre a crise do modelo de assistência em saúde mental centrado no hospital psiquiátrico, a chamada a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Essa crise se refere à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), que redigiram uma carta ao Ministro da Saúde contendo denúncias sobre as condições precárias de trabalho e de tratamento nos hospitais. Tal carta gerou um processo de demissão em massa nos hospitais e de manifestações que ficaram registradas na imprensa por anos (Tenório, 2002).

Em função desse episódio, ainda em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), “combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário” (Tenório, 2002, p.32), a saber, o estabelecimento de uma relação profissional e social mais ética e inclusiva com a loucura. Nesse mesmo ano, o MTSM passa a ser reconhecido no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), e no I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, além de se aproximar do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e organizar Comissões de Saúde Mental no Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Bahia (Tenório, 2002).

De acordo com Paulo Amarante e Mônica Nunes (2018), em “A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios”, nesse período ainda se falava muito pouco em “saúde mental” e “reforma psiquiátrica”, pois a primeira estava impregnada pelos ideais da psiquiatria comunitária e preventiva e a segunda viria a se consolidar somente na virada da década de 1980 para 1990. Porém, ambas as noções já se referiam a uma abordagem coletiva da loucura, que não buscava a adaptação social do doente mental, e sim a sua reinserção social a partir da crítica que a internação não é uma medida terapêutica, mas uma medida de exclusão social que precisa ser substituída pela inclusão.

Em 1979, com a lei da Anistia que recupera os direitos políticos da oposição que tinham sido caçados, o MRSB, que era organizado através do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) formulou um primeiro modelo para o que seria constituído como Sistema Único de Saúde em 1988, contando com o princípio de uma saúde descentralizada em todos os âmbitos. Além disso, o MTSM organizou o I

Congresso Nacional de Saúde Mental em São Paulo e se aproximou da recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fortalecendo a articulação entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica (Aramante; Nunes, 2018).

Após o período germinativo que criticou o modelo de saúde asilar, vem o período sanitarista, que vai amadurecer essa crítica e aperfeiçoar os serviços e o tratamento dos usuários a partir dela. Em 1982, com as primeiras eleições diretas para governador desde o regime militar, a oposição ganhou em quase todos os estados do país. Em 1985, a oposição ganhou a presidência da república em uma eleição indireta. Assim, o movimento sanitarista, que fazia parte da oposição, se tornou o gestor da saúde, passando a reger as políticas públicas e a promover o consenso técnico, político e social a favor de um sistema público, único, universal e gratuito de saúde que será afirmado em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília (Tenório, 2002).

Porém, a perspectiva sanitária não questionou os próprios pressupostos do saber psiquiátrico, como o monopólio do poder sobre a loucura e o mandato de exclusão social da mesma. Na segunda metade da década de 1980, ocorre uma moralização do hospital, um controle das internações pela necessidade de tratamento e a criação em larga escala de ambulatorios de saúde mental, nos quais psicanalistas faziam atendimentos individuais e grupais. No entanto, embora importantes no seu conjunto, essas medidas não mudam em nada o paradigma psiquiátrico e o destino asilar dos pacientes, mas serão importantes para a criação de novos dispositivos e programas de saúde mental (Tenório, 2002).

Em 1987, ocorrem dois marcos que iniciam o período de implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira, o qual definiu o novo modelo de assistência em saúde mental no país: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) na UERJ e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru. O primeiro ultrapassa a perspectiva sanitarista na medida em que não tinha como objetivo humanizar o manicômio, mas implementar a desinstitucionalização da loucura apesar das críticas do Ministério da Saúde. O segundo enfatiza o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que colocou em pauta a Reforma num nível macro, enquanto um movimento social formado não só pelo coletivo de profissionais da saúde mental, mas pelos usuários, familiares e ativistas dos direitos humanos. Ademais, outros objetos passaram a ser alvo da ação deste movimento, como a própria cultura, o cotidiano e a

mentalidade da sociedade. Não se tratava mais de acabar com a lógica manicomial nas instituições, mas de acabar com a lógica manicomial na sociedade como um todo (Tenório, 2002).

Como desdobramento do II Encontro, Tenório (2002, p. 35) aponta a fundação do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), a partir do qual a sociedade é convocada a “discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura”. Esse foco de ação mais político e cultural se tornou particularmente relevante, uma vez que as práticas das instituições psiquiátricas passaram a ser questionadas de modo mais amplo, incluindo o próprio saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico sob a ótica da cidadania do louco.

Uma vez constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país. Elemento decisivo para esta ampliação foi a criação, já em Bauru, do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O dia 18 de Maio serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Dada a grande repercussão dos eventos organizados pelo MLA e pela sua também expressiva participação nos fatos mais gerais da saúde, a denominação de mentaleiros (em alusão ao heavy metal) passou a ser amplamente utilizada para caracterizar o “barulho” causado por este ator social (Amarante; Nunes, 2018, p. 2070).

Após a realização desses encontros e criação dessas entidades barulhentas, parou-se de tentar aperfeiçoar os serviços já existentes (hospital psiquiátrico e ambulatório) para inventar novos dispositivos e técnicas de cuidado. Ainda em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil na cidade de São Paulo (CAPS), o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que promovia o cuidado intensivo dos usuários com quadros psiquiátricos graves enquanto serviço intermediário entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório, contando com atividades multiprofissionais e funcionando sob a orientação da clínica ampliada. Assim, o CAPS não visava tratar somente o adoecimento psíquico, mas também a perda da sociabilidade trazida pela doença mental, demarcando o modelo da atenção psicossocial como o novo paradigma de cuidados em saúde mental, com objetivo da reinserção social do usuário (Amarante; Nunes, 2018).

Em 5 de outubro de 1988, a Constituição Cidadã é promulgada com o artigo 196 que afirma que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Esse artigo estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles Universalidade, Integralidade e Equidade no acesso à saúde pública, além dos três níveis de atenção em saúde pública, a atenção primária, secundária e terciária.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição Cidadã, em 1989, houve o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico privado, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes, além de graves violações dos direitos humanos. Diferentemente de outras intervenções e tendo sido inspirada na tradição triestiana liderada por Franco Basaglia, o hospital foi fechado e foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), serviços 24h que também funcionavam como os CAPS (tal como consta na Portaria 224/92). Tal intervenção deu início processo de construção do complexo Programa de Saúde Mental de Santos, que serviria de inspiração para tantos outros serviços enquanto o novo paradigma de políticas públicas em saúde mental no Brasil (Tenório, 2002).

Devido a eficácia da experiência de rede substitutiva ao manicômio em Santos, o ousado projeto de lei 3657/89 é apresentado ao Congresso Nacional pelo deputado Paulo Delgado, visando a redução de leitos psiquiátricos, a extinção progressiva dos hospitais, a não construção de hospitais especializados, o controle das internações involuntárias e a criação de serviços substitutivos de atenção psicossocial. Apesar de ter sido sancionada em 1989, só foi modificada e aprovada depois de 12 anos como a Lei 10.216 ou Lei da Reforma Psiquiátrica, uma política de Estado que redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Esse modelo passa a não mais se restringir a psiquiatria e a lógica manicomial, englobando o trabalho em equipe multiprofissional de outros campos que não só o da saúde, como o das artes e da educação, visando o resgate da cidadania e dos direitos humanos do doente mental. A II Conferência de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1992 em Brasília, com o tema "Atenção Integral e Cidadania", traz o debate sobre direitos e políticas públicas com o intuito de afirmar o campo da atenção psicossocial como o novo horizonte legal da assistência psiquiátrica brasileira (Tenório, 2002).

Portanto, na década de 1990, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi baseada essencialmente na implantação e consolidação dos CAPS em larga escala, que se apresentaram não mais como serviços alternativos ou intermediários, mas como substitutivos ao hospital psiquiátrico e como representantes do paradigma da atenção

psicossocial. A partir dos anos 2000, a Reforma assumiu a tarefa da desinstitucionalização de pacientes internados através do Programa de Volta Para Casa, serviços de reabilitação e de residências terapêuticas, além de fomentar a discussão sobre a questão psiquiátrica na cultura iniciada pelo Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Tenório, 2002).

Quanto a discussão da questão psiquiátrica na cultura, em “Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica” de Amarante *et al.* (2012), essa teria sido oficializada no I Encontro Nacional, em Salvador, em 1993, onde surge a ideia de se trabalhar com arte e cultura como meio e como fim, ou seja, de se utilizar a arte e a cultura enquanto formas de produção de vida e expressão da singularidade dos usuários. A partir daí, o processo da reforma é marcado por diversas iniciativas artístico-culturais, tais como:

[...] o Projeto Tam Tam; as TVs Pinel e Parabolínica; as bandas Cancioneiros do IPUB, Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado e Trem Tan Tan; o Coral Cênico Cidadãos Cantantes; as companhias de teatro Ueinnz e Pirei na Cenna; os blocos de carnaval Tá Pirando, Pirado, Pirou!, Loucura Suburbana, Maluco Sonhador, Conspirados, Liberdade Ainda que Tam Tam; a ala Loucos pela X-9; e projetos de complexa intervenção político-social-artístico-cultural, a exemplo do Heterogênese Urbana (Amarante *et al.*, 2012, p. 127-128).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), ainda em 2001, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) com o lema “Cuidar sim, excluir não!” proposta pela Organização Mundial da Saúde, favorecendo a construção de serviços abertos de base territorial e o cenário da reforma psiquiátrica. Em 2002, a Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002 redefiniu os CAPS em relação a seus tipos, passando a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Entre CAPS I e II, há uma diferença de tamanho relativa as regiões, enquanto o CAPS III funciona 24h com leitos de acolhimento, tratando as crises com mais resolutividade e sendo efetivamente o substituto do hospital psiquiátrico. Com essa Portaria, institui-se uma clientela específica e um número definido de pacientes para serem atendidos nos CAPS, assim como o seu papel de porta de entrada na rede e de organizador da rede.

Em 2004, foi realizado o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, organizado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde que contava com Pedro Gabriel Delgado, celebrando os 500 CAPS no Brasil e criando a Escola de Supervisores para capacitar profissionais a

desenvolverem um trabalho clínico e institucional (Brasil, 2004). Assim, com o aumento expressivo dos CAPS e das residências terapêuticas, a criação do Programa de Volta para Casa, a redução constante do número total de leitos e do porte dos hospitais existentes, e a inclusão das crianças e adolescentes e dos usuários de álcool e outras drogas à clientela da saúde mental pública, o progresso da reforma psiquiátrica é notório, assim como o progresso na construção do próprio SUS. Porém, a consolidação do sistema público de saúde mental nos permite apontar e discutir novos problemas, impasses e limites (Tenório, 2002).

#### **1.4 A reforma psiquiátrica brasileira na atualidade**

De acordo com Fernando Tenório (2007), em “Questões para uma atualização da reforma psiquiátrica”, a reforma psiquiátrica enquanto processo social amplo promoveu transformações culturais significativas tanto no modelo de assistência em saúde mental, que passou a ser composto por serviços abertos, comunitários e articulados em rede, quanto na sociedade propriamente dita, que se mobilizou contra o paradigma psiquiátrico e a lógica manicomial, estabelecendo as bases para uma relação mais ética e inclusiva com a loucura. Porém, atualmente, são colocados novos problemas e desafios, dentre eles:

a lentidão do processo de desinstitucionalização; o desafio dos ambulatorios em atender tanto a demanda de casos graves quanto de casos moderados; a difícil missão institucional do CAPS, de exercer uma função de saúde pública sem deixar e exercer a clínica singular de cada caso; e a necessidade de articulação efetiva dos Programas de Saúde Mental com a Atenção Básica (particularmente com os programas de Saúde da Família) (Tenório, 2007, p. 14-15).

Ocorre, então, um ponto de inflexão na Reforma Psiquiátrica brasileira: esta deixou de ser baseada na implantação de CAPS e de residências terapêuticas para fazer a desinstitucionalização de pacientes crônicos. Ela passa a ser caracterizada pela tentativa de capilarizar o atendimento em saúde mental na estratégia de Saúde da Família em outros dispositivos, tirando o CAPS do topo da hierarquia dos serviços de reforma psiquiátrica que seriam articulados em uma rede de atenção psicossocial (Tenório, 2007)

Em 2008, a partir da Portaria 154, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de propiciar “apoio matricial” às equipes de Saúde da



Família e complementar a atenção básica através da construção de ações em saúde. O principal dispositivo em atenção básica é o atendimento em Saúde da Família realizado em equipe, sendo essa composta por um médico de família, um enfermeiro, um ou mais técnicos de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde proporcional à população assistida. A criação do Programa Saúde da Família (PSF) foi iniciada em 1994, com o objetivo:

de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, que atua nos cuidados primários de saúde, e coloca o cuidado fora do hospital, mais perto da comunidade, focando suas ações no eixo territorial. O PSF corresponde a um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, aqui entendidos como cuidados culturais – cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível, congruentes e competentes e que considerem sempre a integralidade e a territorialidade (Romagnoli, 2009, p. 526-527).

Para auxiliar a equipe de saúde da família, há o NASF como uma retaguarda especializada e multiprofissional composta por no mínimo cinco profissionais da saúde (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, fonoaudiólogos etc) realizando o apoio de três maneiras: atendimento compartilhado (ex: Psicólogo do NASF+ Médico de Família); discussão de casos e situações; atendimento direto ao paciente pelo NASF pactuado com a ESF e em caráter temporário. Logo, com o advento de uma política nacional de atenção básica e a implantação dos NASFs nas clínicas de Saúde da Família, os NASFs passaram a ser um serviço importante no programa de saúde mental brasileiro.

Em 2011, a Portaria GM/ MS nº 3.088 define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integra o SUS. Esta seria uma rede de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico, garantindo a atenção em saúde mental de base comunitária e territorial. Os serviços que compõem a RAPS perpassam os três níveis de atenção à saúde e são integrados em 7 componentes da atenção psicossocial, sendo eles:

Art. 5º- A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
  1. Equipe de Consultório na Rua;
  2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) SAMU 192;
  - b) Sala de Estabilização;
  - c) UPA 24 horas;
  - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
  - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) Unidade de Recolhimento;
  - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
  - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
  - a) Serviços Residenciais Terapêuticos;
- VII - reabilitação psicossocial.

Dessa forma, com a portaria da RAPS, a reforma psiquiátrica brasileira passa a ser o estabelecimento do atendimento em saúde mental em sete componentes de assistência, fortalecendo o SUS enquanto uma política de Estado que melhora a vida de muitos. Entretanto, devido a conjuntura política desde 2015, o Ministério da Saúde e os princípios do SUS passaram a ser alvo de negociação. Com o IMPTMA da presidenta Dilma, uma das primeiras medidas do governo Michel Temer foi recredenciar as comunidades terapêuticas enquanto serviços de saúde para receber verba da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, através da Resolução CONAD nº 01/2015. Já no campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução número 32 em dezembro de 2017, a qual estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS a partir do seguinte artigo:

- Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;
  - II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;
  - III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;

IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital.

Esse artigo restitui a internação como um recurso clínico a priori e a lógica manicomial na assistência em saúde mental, demarcando o retrocesso da reforma psiquiátrica brasileira. Ademais, o caráter preventivista se faz presente novamente, assim como a psiquiatrização do social e a medicalização da vida. Quanto à questão da cultura enquanto meio e fim de tratamento da doença mental, o orçamento aparece como indefinido, apesar dos Pontos de Cultura instituídos pela Lei nº 12.343/2010.

Durante o governo Bolsonaro (2018-2022), os impactos da sua gestão na política nacional de saúde mental foram catastróficos: houve um enfraquecimento da RAPS e do SUS como um todo, assim como o direcionamento de investimentos governamentais a instituições de saúde mental privadas de caráter religioso. Em 2019, foi publicada a Nota técnica número 11, que institui mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas, tais quais a ênfase em investimentos do governo na reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos em parceria com comunidades terapêuticas ligadas a instituições religiosas. Essa nota vai totalmente contra a lei 10.216 proposta pelo deputado Paulo Delgado, que veta a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.

Em 2020, o Ministério da Saúde propôs a revogação de 99 portarias de saúde mental, de modo que o governo tem investido mais nas comunidades terapêuticas e nos hospitais psiquiátricos do que na RAPS, reforçando o retrocesso da reforma. Em 2021, houve a aprovação da lei complementar 187, permitindo que comunidades terapêuticas obtivessem imunidade tributária, tal qual as igrejas, favorecendo o retrocesso da política nacional de saúde mental e o retorno à lógica manicomial tão combatida no mundo todo.

No período de pandemia (2020-2022), o Brasil viveu uma tragédia social sem precedentes, e as comunidades terapêuticas se aproveitaram dessa vulnerabilidade extrema. A partir da ideia de que a pandemia transformou a saúde mental em um problema mundial, tornou-se urgente rediscutir as ideias de prevenção e promoção de saúde mental. A saúde mental tem que responder às violências e situações extremas pela prevenção e promoção da saúde, e não somente pelos serviços. Para tal, é necessário recuperar e fortalecer a RAPS e as políticas de moradia, assim como as unidades de acolhimento.

Em 2022, a Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 17/2022 traz as normas técnicas mínimas de referência para orientar psicólogos na execução de suas atividades em estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos e privados. Essa resolução define que, nos atendimentos psicológicos no contexto da atenção básica, atenção secundária e terciária, devem ser observadas as diretrizes da atenção psicossocial e os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial. Assim, visa-se o maior cuidado com os usuários e uma esperança em meio ao retrocesso da reforma anteriormente sinalizado.

Em abril de 2023, a reforma psiquiátrica brasileira completou 22 anos de sanção e o ex-deputado federal Paulo Delgado fez uma entrevista no Programa Inclusão da TV Senado. Nessa entrevista, ele lamenta que a saúde mental não tenha sido foco de atenção dos governos, que continuaram investindo em hospitais psiquiátricos, apesar da lei 10.216. Ele considera que a transição do modelo de “hospital psiquiátrico fechado” para o modelo de “serviços abertos” está avançada, mas sinaliza que os recursos não migram de maneira facilitada nos governos. Portanto, é preciso que haja uma conscientização político-social para que haja a manutenção da reforma psiquiátrica brasileira.

## **2 A psicanálise na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.**

### **2.1 A clínica da reforma psiquiátrica brasileira**

A clínica é um processo empírico no qual, através do olhar, busca-se descobrir a doença presente no doente. (...) Não se trata, portanto, de descobrir uma verdade ainda desconhecida, mas sim uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida, escondida, já presente no corpo do doente. Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares; se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente, as leis imutáveis que o determinam podem ser rapidamente descobertas.

Michel Foucault.

O termo “clínica” é herdado da medicina e da psiquiatria, que qualificam a doença como objeto de interesse, a ser investigado por meio do olhar. Nesse sentido, a clínica supõe um saber escópico daquele que intervém sobre a doença, na medida que vai se inclinar sobre o paciente, diagnosticá-lo e tratá-lo. Porém, em “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1977) observa que olhar e se inclinar para conhecer a verdade sobre o órgão não seriam o suficiente para descobrir e cuidar da doença. Ele faz uma crítica ao

saber médico-psiquiátrico ao dizer que seria necessário observar e escutar o sujeito doente para compreender e tratar a doença, uma vez que ela é também determinada por fatores sociais e subjetivos, para além dos biológicos e anatômicos. Assim, a doença não pode ser separada do sujeito doente e, tampouco, do contexto social no qual está inserido.

De acordo com Fernando Tenório (2001a) em "A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica", no campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, esse saber clínico sobre o sujeito doente é construído na experiência com o seu próprio meio social, englobando diversos saberes, atores e inclusive fazeres que não são profissões formalizadas. Dentre eles, destacam-se a psicologia; a psiquiatria; a assistência social; os familiares; amigos; vizinhos; as cooperativas de trabalho e os projetos transdisciplinares. Ou seja, trata-se de um campo plural que afirma um movimento de reposicionamento social e clínico na atenção ao louco: no sentido de garantir seus direitos humanos e sua cidadania ao redirecionar a rede de assistência em saúde mental, e da criação de novos serviços e dispositivos clínicos substitutivos ao modelo manicomial.

Primeiramente, busco abordar, de forma célere, o que é a clínica da reforma psiquiátrica brasileira. Como foi visto no 1º capítulo, a Reforma Psiquiátrica, enquanto processo social complexo, teve um papel decisivo no estabelecimento de uma relação de cuidado mais ética e inclusiva com a loucura. Essa, por sua vez, sempre foi vista como um problema a ser tratado pela via da exclusão social e da medicalização por parte da psiquiatria tradicional. Um dos principais objetivos da reforma foi, e continua sendo, o agenciamento não asilar do doente mental: ele que por muito tempo foi isolado da sociedade em manicômios e hospitais psiquiátricos como medida de controle e segurança pública, sendo assim afastado dos seus vínculos afetivos e sociais (Tenório, 2002).

Com a lei 10.216 ou Lei da Reforma Psiquiátrica, uma política de Estado que reorienta o modelo de assistência em saúde mental, instaura-se o paradigma da atenção psicossocial e uma nova maneira de tratar a loucura. De acordo com o livro "No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica" (Delgado, 1997), em 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta o projeto de lei 3657 ao Congresso Nacional, sugerindo que no lugar dos termos psiquiátrico, psicológico e psicanalítico fosse utilizado o termo atenção psicossocial. Tal termo abordaria o usuário em diferentes pontos de vista, como político, psíquico, cultural e o social. Ademais, sua

inclusão social cotidiana seria realizada a partir de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como as unidades de saúde, os ambulatórios, os CAPS etc.

É necessário tomar, como objeto de nossa intervenção, o cliente em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais; trata-se de ajudar o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor. Isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio e orientação à família, o suporte social, a criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, a existência permanente de uma referência institucional a que pacientes e familiares possam recorrer. Simplificando um pouco: não só remédios, mas também comida, diversão e arte. Nosso território de atuação situa-se entre a saúde e o bem-estar social, e tudo o que for da cultura de nossos clientes nos interessa. Por isso, preferimos substituir os termos “psiquiátrico”, “psicológico”, “psicanalítico”, e dizer que a tarefa dos novos serviços é a “atenção psicossocial” (Delgado, 1997, p. 42).

Nesses novos serviços, a reinserção social do usuário se dá a partir de uma equipe multiprofissional, que atua tanto de forma individual quanto coletiva no tratamento do mesmo. Essa equipe é composta por psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, cozinheiros, faxineiros que agenciam o problema social da loucura ao acolher as diferenças e trabalhar com elas mantendo o doente mental na sociedade. Além disso, a clínica da reforma intervém nas relações familiares e comunitárias para construir uma maior tolerância perante o funcionamento do sujeito em sofrimento mental, realizando visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos no território. Assim, é notório que o olhar para o sujeito e seu tratamento pela via da inclusão social são os dois pressupostos básicos da clínica da reforma psiquiátrica brasileira, como afirma Fernando Tenório (2001a, p. 59-60).

Jairo Golberg (1994), psiquiatra expoente da reforma e diretor do primeiro CAPS do país, no livro “Clínica da psicose: um projeto na rede pública”, percebe que, por trás da doença mental, encontram-se a pobreza, a impossibilidade de participar produtivamente da sociedade, o não reconhecimento social, o desamparo, o desemprego, a fome e a perda de esperança de crescer na vida. A partir desta constatação, é preciso reformular as próprias noções de doença e tratamento no campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, assim como oferecer condições terapêuticas que não existiam nos ambulatórios nem nos hospitais psiquiátricos (Goldberg, 1994).

Na medida em que se desloca o olhar da doença para o sujeito e o lugar de seu tratamento do hospital psiquiátrico para uma rede de dispositivos substitutivos, a

construção da clínica da reforma afirma a positividade do sintoma, ancorada na psicanálise, e não a sua eliminação, como preconiza a clínica psiquiátrica tradicional. Entretanto, existem aproximações e desencontros entre a reforma psiquiátrica e a clínica psicanalítica, pois não se trata de uma continuidade automática entre ambas.

Para Tenório (2001b) em “Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário”, existe uma tensão na relação entre reforma em psicanálise, embora seja uma relação de solidariedade. Tanto para a reforma e para a psicanálise, há o olhar para o sujeito, e não para a doença. Porém, na reforma, esse olhar para o sujeito se dá a partir de ações orientadas por uma ética de cuidados; enquanto na psicanálise, ele se dá a partir de uma posição analítica. Ao passo que a reforma visa a inclusão social e o reconhecimento da cidadania do doente mental, a psicanálise considera que o mesmo (o psicótico) é refratário ao laço social e tem dificuldades de exercer-se no simbólico. Com base nessa tensão, a tarefa do psicanalista no contexto da reforma “é oferecer a ordem do laço social e trabalhar junto ao psicótico e ao corpo social no sentido de criar as condições para esse pertencimento”, sem que isso se torne um imperativo (Tenório, 2001b, p.88).

Ainda segundo Tenório (2001a, p. 57), “desde Freud, assumimos que o sintoma diz uma verdade do sujeito, ou seja, que, ao mesmo tempo em que eclipsa o sujeito, o representa”. Deve-se, então, partir do sintoma para acessar o sujeito, através de ações terapêuticas que o ajudem a criar condições subjetivas e pragmáticas de enfrentar a sua vivência psicótica e as dificuldades adjacentes a ela. Dessa forma, o sintoma precisa ser entendido como o motor da clínica da reforma psiquiátrica, e não o seu freio.

De acordo com Daniela Costa Bursztyrn e Ana Cristina Figueiredo (2012) no texto “O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em Saúde Mental”, se orientar pelo sintoma no campo da saúde mental significa trabalhar coletivamente segundo a sua lógica singular, ou seja, respeitando a sua relação enquanto marca de um sujeito. Para isso, é preciso que haja uma articulação multidisciplinar entre o particular, referente ao diagnóstico, e o movimento do sujeito do inconsciente, que é sempre singular. O desafio, contudo, é conciliar essas diversas disciplinas através de um fio condutor, sendo ele o Projeto Singular Terapêutico (PTS). Esse será mais bem discutido ao longo deste capítulo, em que abordaremos as contribuições da psicanálise no campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.

Torna-se agora necessário destacar as vertentes teórico-práticas da clínica da reforma psiquiátrica brasileira apresentadas por Fernando Tenório (2001a, p. 53), sendo

elas a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. A primeira se refere ao paradigma da psiquiatria democrática italiana, que contesta a doença mental enquanto instituição, defende uma negação da psiquiatria e uma superação da clínica tal qual a conhecemos. Em 1970, quando Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial de Trieste, ele promoveu a substituição do modelo asilar de tratamento por uma rede territorial de atendimento, composta por serviços de atenção comunitários, centros de saúde mental, cooperativas de trabalho assistido etc. A noção de território ganha importância fundamental no tratamento do doente mental, uma vez que “a liberdade é terapêutica quando existe a possibilidade de se relacionar com os outros livremente, fora de espaços institucionais, como o fez contraditoriamente Pinel, ao libertar e aprisionar o louco” (Basaglia, 1979, p. 72).

Paulo Delgado (1997, p. 117) define território para além de uma regionalização física e administrativa descrita pela geografia. Ele diz: “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. Em 1999, ele cria a lei número 9.867 que defende a criação e o estabelecimento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos pela via do trabalho de acordo com o seu território. Logo, território diz respeito ao contorno subjetivo que permite ao sujeito se colocar em atividade no seu próprio meio social, e não somente às fronteiras físicas que determinam o seu espaço cotidiano.

Já a segunda vertente teórico-prática se refere ao paradigma da psicoterapia institucional francesa, que busca fazer da instituição um lugar de laço social para quem, por definição, tem dificuldade de fazer o laço (Vertzman; Serpa; Cavalcanti, 1992, p. 24). Para isso, a instituição deve ser vista como uma organização do espaço, do tempo, das trocas e da circulação, sendo que a própria instituição também merece cuidados para que garanta uma abordagem particularizada de seus pacientes. Nesse sentido, a dimensão da convivência é eminentemente terapêutica, uma vez que a horizontalidade das relações articula o coletivo, segundo Jean Oury em “*Le Collectif*” (1986). Essa segunda vertente influenciou fortemente a clínica da reforma brasileira e tem estreita relação com a psicanálise, sendo fundamental na construção dos CAPS e no seu funcionamento clínico-institucional (Tenório, 2001a).

Como terceira vertente teórico-prática da clínica da reforma, Tenório (2001a) coloca a reabilitação psicossocial. Segundo a definição da OMS, a reabilitação psicossocial permite ao paciente "alcançar seu nível ótimo de funcionamento



independente na comunidade", a melhoria da "competência individual", "as habilidades sociais individuais", a "competência psicológica", o "funcionamento ocupacional", a "autonomia" e a "possibilidade de autodefesa" (OMS-AMRP 1997, p. 12 *apud* Tenório, 2001a, p. 54). O paradigma da reabilitação psicossocial organiza internacionalmente o campo de estratégias relativas à cidadania e diz respeito a questões ligadas à autonomia. A autonomia, por sua vez, se refere aos efeitos de esmagamento do sujeito pela condição psicótica, e não à independência ou autossuficiência em relação aos outros (Tenório, 2001a, p. 63).

Embora as três sejam vertentes diferentes entre si, todas elas se coadunam com os dois pressupostos básicos da clínica da reforma já mencionados, a saber, o olhar para o sujeito e o seu tratamento pela via da inclusão social. Tais pressupostos afirmam uma "clínica ampliada", termo cunhado por Gastão Wagner de Sousa Campos (2003) em seu célebre artigo "A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada", que possui extrema importância para a construção da clínica da reforma psiquiátrica brasileira. Nesse texto, inspirado pelas contribuições de Franco Basaglia, ele defende uma prática clínica que não só colocasse a doença entre parênteses para se pensar a existência do sujeito, mas que também estivesse aberta a invenções de novos dispositivos de ação e intervenção com relação ao sofrimento psíquico do paciente.

Segundo Amarante (1996) em "O homem e a serpente":

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no "processo de cura", mas no processo de "invenção da saúde" e de "reprodução social do paciente" (Amarante, 1996, p. 55).

Qual seria, então, o princípio da clínica da reforma psiquiátrica brasileira? Para Maria Tavares Cavalcanti (1992) em "Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica" e outros protagonistas da reforma psiquiátrica, o princípio da clínica da reforma se refere a ideia de que a psicose é uma condição de existência, que abarca tanto a experiência subjetiva quanto a dimensão pragmática da vida do doente mental. A partir daí, o tratamento consiste em "simplesmente" acompanhá-lo em sua existência cotidiana, e os seus objetivos são reformulados em torno do acolhimento do sujeito a partir de suas invenções singulares, "devolvendo-lhe um mínimo de qualidade de vida dentro de sua condição de psicótico" (Cavalcanti, 1992, p. 264).

Em seu texto “Ética e assistência em saúde mental”, Cavalcanti (1994) acentua a positividade presente no fenômeno psicótico, em contraposição a negatividade de que falta algo ao doente mental. Ao retomar a pequena, porém exímia frase de François Tosquelles, "Loucura é criação e não passividade", ela sinaliza que essa reafirma um velho ensinamento de Freud presente no texto “Neurose e Psicose” (1924/1996, p. 151): "O delírio é uma tentativa de cura, de reconstrução. O sistema delirante é na verdade um sistema de sobrevivência". Esse ensinamento denota a ideia de que o delírio deve ser entendido como uma obra complexa que tem suas razões de ser assim articulado, em vez de um aspecto patológico que precisa ser eliminado a todo custo.

O importante é que o respeito pelo outro, que implica em pensar o diagnóstico como uma forma de "estar com", de penetrar na paisagem do outro, e não em apenas rotulá-lo para afastar-se dele, implica também em ter consciência do sofrimento ali existente, do esforço enorme feito para reagrupar minimamente o estilhaçamento que uma vivência psicótica comporta. O psicótico está portanto em sua obra, ele "é" sua obra, donde a delicadeza com que devemos nos aproximar dele, sob o risco de destruir em segundos com nossos passos pouco cuidadosos anos de trabalho de uma existência psicótica (Cavalcanti, 1994, p. 78).

O esclarecimento de qual é a estrutura e a função do delírio, enquanto uma obra que compõe o sujeito, influencia diretamente na forma com que nos aproximamos do paciente psicótico; assim como o questionamento sobre o nosso próprio desejo de estar ali, investindo nessa prática entendida também pela autora como “a arte de cuidar” (Cavalcanti, 1994, p. 83). Trata-se da posição ética em saúde mental, de apostar sempre na reconstrução ou na “tentativa de” na vivência psicótica, embora essa possa suscitar frustrações. Ao passo que não existe cura para tal condição, só nos resta ajudar o psicótico na sua lida diária da melhor forma possível.

Nesse mesmo livro, Julio Vertzman (1994), em “Será possível transformar a prática do ensino prático?” destaca que a maneira pela qual o paciente é chamado influencia o tipo de resposta por ele colocada. Essa ideia diz respeito ao conceito de “patoplastia” de Jean Oury presente em “*Le Collectif*” (1986), no qual a configuração sintomática do usuário se atualiza de acordo com a organização do ambiente institucional. Tal ambiente institucional engloba não somente os atendimentos clínicos, mas as oficinas terapêuticas, as atividades de cultura, as cooperativas de trabalho e o refeitório. Todos os presentes no ambiente possuem uma função terapêutica no tratamento do paciente, desde o cozinheiro até o psiquiatra. Assim, todas as conversas e

atividades com os pacientes devem ser estudadas, a fim de melhor compreender seus efeitos clínicos para que a singularidade do caso seja inventada e compartilhada pela equipe multiprofissional (Vertzman, 1994).

A heterogeneidade institucional é destacada por Tenório (2001b) com relação aos diferentes dispositivos clínicos e à equipe multiprofissional no campo da saúde mental no contexto da reforma, visando que o paciente possa se localizar onde mais lhe interessar e se sentir pertencente ao espaço coletivo de forma única. Como foi visto anteriormente, em 2011, com a portaria número 3.088, fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que perpassa os três níveis de atenção em saúde e se articula em sete componentes. Embora esses sete componentes possuam diferentes pontos de atenção, todos eles se relacionam com a clínica ampliada, isto é, com a possibilidade de aumentar a autonomia do usuário nos variados serviços de saúde, assim como a participação da família e comunidade no seu tratamento (Brasil, 2012 *apud* Tenório, 2001b).

Ademais, dentro dessa heterogeneidade institucional no contexto da reforma, Tenório (2001b) coloca ainda que o tratamento deve ser capaz de acolher práticas clínicas diversas daquelas para as quais a psiquiatria tradicional está aparelhada. Tais práticas se referem as atividades e oficinas terapêuticas que vão além das técnicas mediadas pela palavra, pois estão ligadas a “emoção de lidar”. Esse é um conceito proposto por Nise da Silveira, psiquiatra anterior à reforma psiquiátrica, mas que já a praticava e por isso era vista como rebelde perante os demais psiquiatras de sua época.

Segundo a exposição intitulada “Emoção de lidar”, realizada na galeria Quadra em São Paulo em março-abril de 2023, desde 1946, quando implementou os ateliês do Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, Nise (1986) não se conformava com os termos existentes para designar o singular e terapêutico processo de criação de seus clientes. Para ela, a terapia ocupacional não dava conta das atuações psicológicas do doente mental, sendo necessário “utilizar atividades como meios de expressão da problemática interna dos doentes, atividades que pudessem, de alguma maneira, agir sobre essa problemática.”, como diz no depoimento para o filme “Pósfácio: imagens do inconsciente”, de Leon Hirszman.

Na entrevista “Nise da Silveira: do mundo da Caralâmpia à Emoção de Lidar”, Nise (1992) conta que, certa vez, Luís Carlos, um de seus clientes da Casa das

Palmeiras, pediu para manipular um pedaço de veludo, e que depois desenvolveu o seguinte poema:

Gato, simplesmente angorá  
Do mato,  
Azul olhos nariz cinza  
Gato marrom  
Orelha castanho macho  
Agora rapidez  
Emoção de lidar.

Quando o cliente enunciou a sua “emoção de lidar”, Nise finalmente compreendeu que sua terapêutica tratava exatamente disso, não possuindo caráter ocupacional de modo algum. Ao nutrir tal “emoção de lidar”, a psiquiatra percebeu a dimensão de reciprocidade dos meios implicados no processo de criação: não eram apenas os clientes que se expressavam, mas também os afetos e as materialidades com os quais estavam a lidar. Tocando as mãos daqueles que as tocavam, materialidades como argila ou carvão compuseram o processo terapêutico e artístico que ficou eternizado no Museu de Imagens do Inconsciente, assim como as pinturas e mandalas produzidas pelos clientes de Nise.

A quantidade de instrumentos sociais e culturais acionados em relação ao doente mental permite ver que a resposta que ele exige está muito além do que a psiquiatria pode oferecer. A prática multidisciplinar da clínica da reforma psiquiátrica permite um cuidado coletivo e particularizado, que implica entregar-se ao complexo trabalho clínico-institucional de criar as condições para a produção de um sujeito singular. Esse é o trabalho clínico-institucional através do qual a psicanálise busca fazer advir um sujeito na psicose, e como ele se relaciona com os procedimentos sociais, políticos e terapêuticos da reforma psiquiátrica. Portanto, embora reforma psiquiátrica e psicanálise não sejam sinônimos, ambas buscam a inclusão do sujeito na sociedade (Tenório, 2001b).

Nesse processo de “escutar e acolher com delicadeza a obra psicótica” (Cavalcanti, 1994, p. 79), vão se construindo as condições necessárias para que se estabeleça um vínculo entre o agente do cuidado e paciente, o qual será indispensável para que haja a construção ou reconstrução de alguma subjetividade. Para que haja essa construção ou reconstrução subjetiva, o vínculo deve ser sustentado pela transferência, um fenômeno clínico psicanalítico que se estabelece essencialmente pelo paciente, mas

que também tem relação com a presença e disponibilidade de trabalho do agente de cuidado para acontecer (Tenório, 2001b). Este e outros assuntos serão desenvolvidos nos próximos tópicos do segundo capítulo, no quais abordaremos a relação da psicanálise com o campo da psiquiatria, breves considerações sobre a estrutura psicótica na psicanálise lacaniana e algumas contribuições da psicanálise para a clínica da reforma psiquiátrica brasileira.

## 2.2 A psicanálise e sua relação com o campo da psiquiatria

[a psicanálise] procura dar à psiquiatria a base psicológica de que esta carece. Espera descobrir o terreno comum em cuja base se torne compreensível a consequência do distúrbio físico e mental. Com esse objetivo em vista, a psicanálise deve manter-se livre de toda hipótese que lhe é estranha, seja de tipo anatômico, químico ou fisiológico, e deve operar inteiramente com ideias auxiliares puramente psicológicas.

Sigmund Freud.

Segundo Marie-Jean Sauret (2006) em “Psicanálise, psicoterapias, ainda...”, desde o seu surgimento, a psicanálise apresentou um caráter subversivo em relação às psicoterapias e à psiquiatria, uma vez que se constituiu enquanto uma nova maneira de escutar e dar assistência aos doentes mentais no final do século XIX e no início do século XX. Nesse sentido, a psicanálise é uma clínica que rompe com ambas pela questão da cura, que pressupõe a restituição de uma saúde anterior à doença. Para a psicanálise, a cura não se reduz à eliminação de um sintoma, pois o sintoma pode ser uma solução, não apenas um problema. Ademais, trata-se de uma clínica solicitada pelo sofrimento real da doença mental, a saber, o sintoma, que é constantemente modificado pelo mal-estar da cultura, conforme afirma Freud (1930/1996) em “O mal-estar na civilização”. Assim, o saber em psicanálise não está posto, ele se constrói na experiência, na escuta, sob transferência. Essa dimensão de que a transferência produz saber escapa a todas as outras clínicas até então, e é desse saber produzido na transferência de que se trata na psicanálise.

De acordo com Marcelo Condack (2009), na sua dissertação de mestrado intitulada “Para onde ir quando não se tem lugar?”, a psicanálise é “gestada” no Hospital Geral de Salpêtrière, onde foram desenvolvidas as primeiras categorias nosológicas das doenças mentais por Pinel e Esquirol, como já visto no 1º capítulo desta dissertação. Nesse mesmo hospital, o neurologista e médico chefe Jean-Martin Charcot

percebe que tais categorias não correspondiam aos quadros clínicos de certas pacientes. Elas apresentavam sintomas corporais, como paralisias e cegueiras, mas que não possuíam um correlato orgânico/anatômico. Ele distinguiu essas pacientes das epilêpticas simples e as classificou como histéricas, dando início a uma abordagem mais psicológica da psiquiatria.

Em 1882, Charcot introduz a hipnose como método de tratamento para as pacientes histéricas, ao colocar que seria possível curar seus sintomas pela via da sugestão. Imbuído do racionalismo cartesiano, ele indicava que a sugestão hipnótica seria capaz de atingir os “conceitos mentais” que causavam a histeria, os quais não seriam acessíveis à consciência, somente em estado de transe. Embora esse método seja extremamente questionável, ele foi considerado como o primeiro método psicológico de tratamento para a loucura em hospitais. A descoberta clínica de Charcot possui grande relevância para a psiquiatria enquanto campo da medicina, tanto no Hospital Geral de Salpêtrière quanto em seu consultório particular, atraindo pesquisadores eminentes, dentre eles, o neurologista austríaco Sigmund Freud (Condack, 2009).

Porém, ao se aproximar de Charcot, Freud contesta a sugestão e o método hipnótico, dizendo que somente a descrição dos sintomas não dava conta da análise dos processos inconscientes. Nos seus trabalhos iniciais com Breuer, após as pacientes histéricas saírem do estado de transe hipnótico, Freud percebeu que os sintomas retornavam (Freud, 1894/1996). Assim, ambos começaram a buscar explicações dinâmicas para o funcionamento psicológico do sintoma, baseado em forças e conflitos inconscientes. Freud, então, concebe o sintoma como produto do recalçamento de cenas sexuais infantis, o qual deveria ser eliminado por meio da recordação de tais cenas (Condack, 2009).

Dessa forma, ocorre a passagem do método hipnótico para o catártico. Conforme o “Dicionário de Psicanálise” de Elisabeth Roudinesco (1998), o método catártico é o procedimento terapêutico pelo qual um sujeito consegue eliminar seus afetos patogênicos pela via da fala, revivendo os acontecimentos traumáticos a eles ligados, para ser capaz ressignificá-los. Entretanto, Freud percebia que o método catártico não abarcava toda a complexidade do psiquismo humano, passando a pensar em inovações técnicas para aprimorar a fala enquanto meio de acesso ao inconsciente. Essa não precisaria estar necessariamente ligada a rememoração, mas à associação de palavras que levariam até o material recalçado, estabelecendo, assim, o retorno do recalçado.

Em seguida, Freud passa a oferecer um tratamento pela via da palavra, a chamada “*talking cure*”. Essa expressão data de suas discussões clínicas com Breuer e deriva da fala de Anna O., uma jovem de 21 anos. Ela havia adoecido durante a fase final da doença de seu pai e continuava doente após sua morte, apresentando sintomas de paralisia histérica, anestesia, perda de apetite e amnésia. No primeiro estágio de seu tratamento, Freud reconheceu que ela poderia aliviar a sua angústia inventando contos de fadas, de modo que ela mesma chamava essa atividade de “limpeza de chaminés” ou “cura pela palavra” (Freud, 1894/1996).

Em “O método psicanalítico de Freud”, Freud (1904/1996) afirma que somos todos afetados pelo inconsciente e que podemos falar sobre isso, de modo que essa fala tem um sentido a ser escutado na relação terapêutica, o qual demanda interpretação. Logo, os sintomas que encobrem os conteúdos sexuais inconscientes estariam relacionados com os pensamentos e lembranças despertados pela livre associação, sendo necessário interpretar a fala do paciente para identificar sua relação com os sintomas. Tal afirmação deve ser considerada como algo subversivo por si só, pois constitui toda uma nova psicologia, a chamada psicanálise; que surgiu da psiquiatria, mas que rompeu com ela por conceber a importância da compreensão do sintoma a partir do fenômeno transferencial.

A fim de fundamentar sua prática clínica com as histéricas, o conceito de transferência foi postulado por S. Freud (1912/1996) e registrado em seu artigo “Sobre a dinâmica da transferência”, buscando explicitar teoricamente como ela é ocasionada no tratamento de casos neuróticos e como ela exerce o seu papel no dispositivo analítico clássico. Através das influências recebidas durante os primeiros anos de vida combinadas a sua disposição inata, todo indivíduo adquiriu um método próprio de conduzir-se na sua vida sexual. Esse método se refere a uma nova edição dos impulsos e fantasias infantis que são despertados ao longo da vida da pessoa, ao passo que as neuroses da infância são repetidas na relação analítica pela transferência, assim como nas relações com os outros.

Ademais, ele destaca que, ao mesmo tempo em que a transferência é uma condição *sine qua non* para a análise ocorrer, ela também se constitui como a resistência mais poderosa ao tratamento, uma vez que ela se ergue contra o restabelecimento das formações psíquicas recalcadas e produz deformações das mesmas. Ao abordar as resistências transferenciais, Freud coloca que o paciente que está sob o seu domínio se sente em liberdade de recusar a regra fundamental da psicanálise, a saber, a de

comunicar tudo o que lhe vem à cabeça sem crítica. O analista deve, então, se colocar em estado de atenção flutuante, livre de censuras e julgamentos, para acolher as comunicações inconscientes e se encaixar nos moldes transferenciais do paciente (Freud, 1912/1996).

Em seguida, no seu texto “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913/1996, p. 150) formaliza a regra fundamental da psicanálise, a da associação livre, que pode ser introduzida com poucas palavras, e com ela o emprego do divã:

Assim, diga tudo o que lhe passa pela mente. Aja como se, por exemplo, você fosse um viajante sentado à janela de um vagão ferroviário, a descrever para alguém que se encontra dentro as vistas cambiantes que vê lá fora. Finalmente, jamais esqueça que prometeu ser absolutamente honesto e nunca deixar nada de fora porque, por uma razão ou outra, é desagradável dizê-lo.

As primeiras justificativas que Freud (1913/1996) deu à posição deitada se referem ao paciente não precisar suportar o olhar do analista e vice e versa, além de evitar que suas expressões faciais favoreçam algum tipo de fala ou interpretação. Nessa posição, como herança da hipnose, a transferência é isolada para não se misturar com as associações do paciente, para que apareça como resistência posteriormente no tratamento. Porém, ele adverte que é necessário haver uma distinção clara entre o diagnóstico diferencial de neurose e psicose, para que o psicótico não seja tratado como neurótico:

Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo – isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento – tem-se de levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce (‘esquizofrenia’, na terminologia de Bleuler, ‘parafrenia’, como propus chamá-la) e que, mais cedo ou mais tarde, apresentará um quadro bem pronunciado dessa afecção (Freud, 1913/1996, p. 140).

Essa ideia de aproximação entre neurose e psicose está presente desde os textos “As neuropsicoses de defesa” e “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”, nos quais Freud (1894/1996a; 1896/1996) afirma que a neurose obsessiva, a histeria e a paranoia seriam formadas pela mesma defesa, a saber, o recalque de uma representação de cunho sexual, incompatível com o eu do paciente. No entanto, ele coloca que a paranoia apresenta uma espécie de defesa mais poderosa, um tipo de



recalcamento peculiar, que não se articula com a repressão, mas com a rejeição da representação e do afeto incompatíveis com o eu, originando uma neuropsicose de defesa. Apesar de reconhecer o sujeito psicótico, nesse momento, Freud conta com poucos recursos para pensar sobre o mecanismo da psicose, esperando que “algum psiquiatra mais bem situado” que ele nesse assunto possa aprofundar a discussão “sobre a natureza e o mecanismo psíquico” (Freud, 1896/1996, p. 182).

Portanto, o advento da psicanálise fez com que os campos da psicologia e da psiquiatria se abrissem para acolher além das particularidades do caso, referentes ao diagnóstico, mas também as suas singularidades, relacionadas à lógica do sintoma de cada um e ao fenômeno transferencial. Para Freud (1917/1996) em “O sentido dos sintomas”, o sintoma neurótico, enquanto formação do inconsciente, é uma solução de compromisso entre a satisfação da libido e a operação do recalque, entre o princípio do prazer e o princípio de realidade, possuindo um sentido ligado ao desejo reprimido que se manifesta na transferência.

A primeira tópica freudiana afirma que o aparelho psíquico está dividido entre inconsciente, pré-consciente e consciente, e que esse é regido por dois princípios: o princípio do prazer e da realidade, ambos buscando a constância do nível de tensão interna. O princípio do prazer seria correlato ao inconsciente e o princípio da realidade seria correlato ao pré-consciente/consciente, fazendo com que os impulsos pulsionais precisem encontrar uma forma de se satisfazerem no mundo externo, ou não precisem encontrar por terem sido recalcados. Contudo, ao longo de sua prática clínica, Freud foi reconhecendo um outro princípio, que dizia respeito ao desligamento dos impulsos pulsionais, e não à sua ligação com o mundo externo.

No ilustre ensaio “Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920/1996) passa questionar a dominância do princípio do prazer no aparelho psíquico ao se deparar com as neuroses traumáticas, a reação terapêutica negativa e a compulsão a repetição, nos quais ocorrem a repetição de situações desprazerosas que não foram elaboradas psiquicamente. Assim, ele começa a falar da presença constante da morte na vida a partir de um apanhado de autores, tais quais Platão, Schopenhauer etc (Freud, 1920/1996).

De acordo com Ney Klier (2016) em “A violência do sexual e o impacto da pulsão de morte”, se um organismo vivo sofre um aumento de tensão, seja pela relação com o ambiente ou com as suas tensões internas, ele sempre tende a fazer essa tensão voltar para o mínimo possível. Toda tensão visa encontrar a não tensão, de modo que o

objetivo de toda a vida é a morte, não sem fazer os contornos necessários que caracterizam a vida.

Dessa forma, Freud (1920/1996) apresenta um novo dualismo, entre pulsão de vida e pulsão de morte. Ao contrário da pulsão de vida, que se refere a tendência do aparelho psíquico de manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, a pulsão de morte tende ao desligamento e à ruptura dos vínculos estabelecidos por Eros e designa uma pulsão não sexual. De fato, as pulsões de morte e a de vida são conflitivas, mas sempre caminham juntas. A tendência ao retorno de um estado anterior, a pulsão de morte, se mescla com a pulsão de vida, que busca reencontrar um prazer que nunca será exatamente igual, e que por isso mesmo leva o sujeito a se vincular a outros seres. Nessa mescla, Freud cita o princípio do nirvana, sendo ele o mais elementar, relativo as pulsões de morte; e o princípio de constância, a tendência a reduzir a tensão interna ao mínimo possível ou extingui-la, relativo as pulsões de vida (Klier, 2016).

Em “O ego e o id”, Freud (1923/1996) formaliza a segunda tópica do aparelho psíquico. Buscando tratar da relação entre id, ego e superego, ele traz a imagem de um cavaleiro que está montando seu cavalo, que precisa conduzi-lo e, ao mesmo tempo, evitar as dificuldades que a realidade lhe impõe. O cavaleiro é representado como o ego, as rédeas como o superego, o próprio cavalo como o id e a realidade como o obstáculo que eles têm que enfrentar. Assim, o pai da psicanálise diz que o ego não é mais o senhor da sua própria morada, e sim o id. Ao se indagar explicitamente sobre a relação entre as instâncias da personalidade que acaba de diferenciar- id, ego, superego- e as duas categorias de pulsões- de vida e de morte- nota-se que o conflito entre as instâncias não coincide com o novo dualismo pulsional. Embora Freud se esforce por determinar a parte com que cada uma das duas pulsões entra na constituição de cada instância, ele comenta que elas são reencontradas em toda parte (Freud, 1923/1996).

No texto “Neurose e Psicose”, após ter concebido o além do princípio do prazer, a pulsão de morte e a segunda tópica, Freud (1924/1996, p. 177) dá um passo a mais em sua teoria da psicose e estabelece a diferença estrutural entre neurose e psicose: “a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfeito de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior”.

Ele diz que o motivo da dissociação do ego com o mundo externo deriva de uma intolerável frustração do desejo por parte da realidade, de modo que o delírio é comparável a uma reparação de uma rachadura que se instaurou na relação do eu com o

mundo externo. Como já fora constatado em 1894, tais representações delirantes derivam de um mecanismo de projeção do impulso libidinal recalçado para o exterior. Com a segunda tópica, esse mecanismo é formalizado como o da rejeição (Verwerfung), dispensando a articulação com a lógica do recalçamento (Freud, 1924/1996).

Inclusive, a ideia da ruptura do eu com o mundo externo na psicose já estava presente desde “Sobre o narcisismo: uma introdução”, quando Freud (1914/1996) coloca que, nesses casos, ocorre o desligamento da libido de seus objetos em função de uma frustração na relação do sujeito com a realidade da castração. Os delírios e as alucinações psicóticas são definidos como “uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta aos objetos” (Freud, 1914/1996, p. 82). Assim, os sintomas psicóticos podem ser entendidos como respostas defensivas diante da rejeição radical da castração.

Em “Introdução à Metapsicologia Freudiana III”, Luiz Alfredo Garcia-Roza (1995) diz que, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914/1996) faz questão de assinalar a diferença fundamental de estrutura entre neurose e psicose, assim como a diferença entre retração da realidade que se verifica numa e noutra. Na neurose há uma retração da libido em favor do eu, mas sem que o indivíduo elimine inteiramente o vínculo erótico com as pessoas e as coisas. Esse vínculo é conservado na fantasia, substituindo os objetos reais por objetos imaginários. Na psicose, a retração da libido se faz pela retirada da libido das pessoas e das coisas, sem o recurso à fantasia; o que ocorre é um corte com relação ao objeto e um acúmulo da libido no eu (Garcia-Roza, 1995).

### **2.3 Breves considerações sobre a estrutura psicótica na psicanálise lacaniana**

Uma lata existe para conter algo  
 Mas quando o poeta diz: lata  
 Pode estar querendo dizer o incontível  
 Uma meta existe para ser um alvo  
 Mas quando o poeta diz: meta  
 Pode estar querendo dizer o inatingível  
 Por isso, não se meta a exigir do poeta  
 Que determine o conteúdo em sua lata  
 Na lata do poeta tudo, nada cabe  
 Pois ao poeta cabe fazer  
 Com que na lata venha a caber o  
 incabível  
 Deixe a meta do poeta, não discuta  
 Deixe a sua meta fora da disputa  
 Meta dentro e fora, lata absoluta  
 Deixe-a simplesmente metáfora...

Para introduzir a leitura lacaniana das psicoses, considero que a música “Metáfora” de Gilberto Gil se refere com maestria a teoria do significante. Para Lacan (1957-1958/1999) em “O Seminário 5: as formações do inconsciente”, quando adentramos no reino da linguagem, aquilo que deveria nos levar ao entendimento conduz ao desencontro. O significante existe para exprimir uma demanda que liga um sujeito a outro, mas que sempre deixa um resto. Assim, a satisfação da demanda está acompanhada por uma dissintonia, e o desejo e o sujeito são entendidos como efeitos do significante.

Segundo Tânia Coelho dos Santos e Flávia Lana Garcia de Oliveira (2012) em “Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan”, ao afirmar a primazia do simbólico, Jacques Lacan busca aprofundar o conhecimento freudiano sobre as psicoses a partir da noção de metáfora paterna ou Nome-do-Pai, presente tanto no “O Seminário, livro 3: as psicoses” (Lacan, 1955-1956/2008) quanto no “O Seminário 5: as formações do inconsciente” (Lacan, 1957-1958/1999). Nesse último, ele diz que: “Em outras palavras, é preciso ter o Nome-do-Pai, mas é também preciso que saibamos servir-nos dele. É disso que o destino e o resultado de toda a história podem depender muito” (Lacan, 1957-1958/1999, p. 163).

A partir dessa passagem, Lacan (1957-1958/1999) afirma que a admissão do significante Nome-do-Pai, o significante da lei no Outro, é fundamental para constituir um sujeito inserido na linguagem e no registro fálico; sendo ele marcado pela falta que introduz à dimensão do desejo e que é inerente ao complexo de castração. Tal complexo é marcado por três significantes: pai, mãe e criança. A partir da inscrição da lei paterna, que simboliza a perda do objeto e a vetorização do desejo, o sujeito advém como quarto significante da operação, como o “morto da partida” (Lacan, 1957-1958/1999, p. 164). Logo, falar sobre o sujeito na teoria lacaniana não pode ser em vão, pois percebemos que se trata de um “eu” assujeitado ao Outro e ao seu próprio desejo.

No entanto, na psicose, ocorre um acidente no complexo de castração que leva à forclusão do Nome-do-Pai, operação que faz com que o sujeito não se ancore no registro simbólico por não ter havido uma afirmação primordial da dimensão da perda. Lacan (1957-1958/1999) tomou a palavra “forclusão” emprestada do vocabulário jurídico, a qual designa o estatuto de uma prova que é apresentada já tendo decorrido o prazo e que, por isso, ela fica na condição de não poder mais entrar no processo. Esse é

o estatuto do Nome do Pai na psicose, como o significante que não operou no tempo que deveria para organizar a estrutura. Apesar disso, o psicótico é sensível as exigências simbólicas, só não possui os recursos para respondê-las, tal como ocorre no caso Schreber (Freud, 1911/1996), quando este abre um surto psicótico ao ser convocado a assumir o cargo de presidente do supremo tribunal.

Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, Lacan (1957-1958/1998, p. 584) comenta sobre o desencadeamento do surto psicótico e suas consequências:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito. É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.

Devido à metáfora paterna não ter sido inscrita na ordem simbólica, ocorre uma hipertrofia do imaginário na psicose. Essa refere as formações patológicas nas quais o campo da realidade é invadido por imagens, como as alucinações, os delírios e os fenômenos narcísicos. Ainda de acordo com Santos e Oliveira (2012, p. 22), o sintoma delirante é entendido por Lacan (1955-1956/2008) como uma resposta singular aos impasses suscitados pelo real, uma vez que “tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real”. Em decorrência da falência na função simbólica na psicose, ocorrem o retorno no real e a hipertrofia do imaginário.

É fundamental termos em mente que é a certeza que faz do saber delirante um saber suficiente, uma vez que essa certeza advém do real para o sujeito se defender da presença excessiva do Outro. Dessa forma, o delírio funciona como uma estratégia de sobrevivência e deve ser valorizado pela sua inventividade diante da falta de recursos simbólicos. O delírio não é patológico, mas é uma tentativa de cura, conforme visto em “O caso Schreber” (Freud, 1911/1996). Nesse sentido, Freud deixou o legado que inaugurou a clínica psicanalítica da psicose: é necessário seguir a lógica interna do delírio para localizar o sujeito e se posicionar de forma ética diante dele (Tenório, 2001a).

No terceiro seminário de Lacan (1955-1956/2008), é abordada a proposta de “secretário do alienado” para o trabalho com a estrutura psicótica. Lacan (1955-

1956/2008, p. 236) propõe começar por "contentar-se em se passar por secretário do alienado". Entendo esse "contentamento" como uma aceitação daquilo que, até então, no manejo clínico, devia ser evitado, ou seja, "secretariar o louco", acompanhá-lo na sua loucura. Assim, ao tomar os motivos de interdição não mais como algo a ser evitado, mas, sim, a ser cultivado, Lacan transforma as razões da censura em princípios. Partindo da forclusão do Nome-do-Pai como resposta à ameaça de castração e do abandono dos investimentos nos objetos do mundo externo, ele vê o secretariado como uma possibilidade de dar crédito à fala do alienado, tomando ao pé da letra aquilo que ele diz e o acompanhando em suas invenções.

Ao se posicionar como secretário do alienado, o analista não recua diante da psicose, mas se apresenta como sujeito castrado que marca limites ao psicótico e o reconhece enquanto sujeito na linguagem. Essa postura é constantemente adotada pelos psicanalistas nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, conforme veremos com mais detalhes no tópico a seguir. De antemão, gostaria de destacar que na assistência à saúde mental “o fundamental não é saber o que é essencial ou acidental na psicose, mas tudo aquilo que, no momento, impede o sujeito de recuperar a força de suas condutas em face do ambiente” (Goldberg, 1994, p. 11). Em outras palavras, é preciso ter consciência do sofrimento existente, do esforço enorme para reagrupar minimamente a fragmentação que uma vivência psicótica comporta, a fim de ajudar os pacientes a restabelecerem o poder sobre as suas condutas e a fortalecerem os laços sociais.

#### **2.4 Contribuições da psicanálise para a clínica da reforma psiquiátrica**

[É] possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose.

Sigmund Freud.

Em “Linhas de progresso para a terapia psicanalítica”, Freud (1919/1996) coloca que o psíquico é singular e que por isso não seria possível comparar o trabalho psicanalítico com o trabalho de um químico. Ao decompor um sintoma, são levantadas resistências, de modo que o paciente precisa se ver na condição de abstinência e privação durante o tratamento para lidar com as mesmas. Porém, existem formas patológicas, como a agorafobia, a psicose, os casos severos de atos obsessivos e as amplas camadas populares, que demandam uma outra técnica e atividade psicanalítica.

Comenta sobre a necessidade de expandir o método psicanalítico para essas patologias, propondo que os pacientes possam ser atendidos gratuitamente e defendendo que a saúde mental é tão essencial quanto a saúde física. Assim, a principal tarefa seria a de adaptar a técnica psicanalítica as novas condições de tratamento, ampliando a escuta do plano individual para o social.

Ao contrário do que preconiza o senso comum, o campo de formação e de trabalho do psicanalista vai muito além de uma práxis restrita ao consultório particular. Segundo Eric Laurent (1999) em “O analista cidadão”, a clínica psicanalítica é, acima de tudo, política, e o analista é, antes de mais nada, um cidadão sensível às formas de exclusão e segregação social e aos interesses comuns entre o discurso psicanalítico e a democracia. Tal como o analista, o analisando deve ser convocado ao exercício da sua cidadania de forma inventiva, fortalecendo seus vínculos afetivos e sociais a partir de uma rede de assistência em saúde mental democrática e inclusiva.

De acordo com Ana Cristina Figueiredo (2019) em “Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia”, a reforma psiquiátrica brasileira ocorre em um contexto de redemocratização, marcado pela reforma sanitária e pela criação do SUS em 1988. Esse movimento por uma psiquiatria reformada foi liderado por médicos, psicólogos, psicanalistas e demais trabalhadores da saúde mental, os quais promoveram uma série de mudanças significativas no modelo de assistência e tratamento aos doentes mentais. Dentre elas, destaca-se o cuidado integralizado, territorializado e multidisciplinar dos usuários da rede pública de saúde mental, garantido pelo paradigma da atenção psicossocial.

Tais mudanças no Brasil decorrem dos diversos movimentos de reforma psiquiátrica na Europa e nos EUA, conforme foi visto no primeiro capítulo desta dissertação. Porém, alguns deles contaram com a participação mais ativa da psicanálise, sendo eles as comunidades terapêuticas inglesas e a psicoterapia institucional francesa. Nas comunidades terapêuticas inglesas, os psicanalistas tiveram enorme papel em desconstruir o hospital psiquiátrico, na medida em que utilizavam sua escuta qualificada para acolher os doentes mentais e a psicanálise como ferramenta de análise institucional.

Na psicoterapia institucional francesa, a psicanálise se faz presente pela influência da teoria de Jacques Lacan, que concebe o conceito de transferência de trabalho como um tipo de transferência horizontal, diferente da transferência vertical que ocorre no tratamento analítico, e que se articula com o Cartel e com as instituições

de saúde mental (Figueiredo, 2019). De acordo com a Escola Brasileira de Psicanálise (EBP [2023], n. p.): “O cartel é um dispositivo fundamental da Escola de Lacan. Trata-se de um grupo de pelo menos três pessoas, cinco no máximo, sendo quatro a ‘justa medida’, cujo objetivo é estudar e pesquisar um tema concernente à psicanálise ou em conexão a ela”.

No Brasil, em 1978, psicanalistas se colocaram à frente do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), no intuito de garantir melhores condições de trabalho e de tratamento nos hospitais psiquiátricos. Em seguida, em 1987, como repercussão do congresso de Bauru, houve a fundação do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), do qual diversos psicanalistas faziam parte, contestando politicamente a lógica manicomial não só nos hospitais psiquiátricos, mas na sociedade como um todo. Embora o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental tenha sido instituído pela lei 10.216 somente em 2001, ele se deu em três tempos:

1. o tempo dos ambulatórios nos anos 80;
2. o tempo dos novos serviços que ampliam a concepção de ambulatório e instauram a proposta da atenção psicossocial nos anos 90;
3. mais recentemente nos anos 2000, um novo tempo com a importância crescente do trabalho em 'redes' articulado à atenção primária em saúde como condição para o avanço das conquistas anteriores e reafirmação do modelo (Figueiredo, 2019, p. 82).

Abordarei, a seguir, os três tempos mencionados e as respectivas contribuições da psicanálise em cada um deles. Sobre o primeiro tempo, em “A psicanálise no ambulatório da reforma”, Fernando Tenório (2001a) comenta que os ambulatórios vieram para substituir os asilos e a lógica manicomial nos anos 1980, buscando a humanização e reparação dos mesmos. No sentido estrito do termo, os ambulatórios funcionavam como um sistema de consultas psiquiátricas e psicológicas tradicionais para acompanhamento médico e psicoterápico. Além disso, havia o atendimento de triagem, a saber, uma entrevista individual realizada apenas por psiquiatras, que buscavam avaliar o paciente quanto ao diagnóstico e à gravidade da doença. Nessas entrevistas de triagem, a fala do paciente era sempre tomada pelo viés sintomatológico e hospitalocêntrico, sendo a demanda por psicoterapia encarada como o “resto” da psiquiatria.

Apesar das boas intenções, no Rio de Janeiro, os primeiros ambulatórios acabavam por reproduzir as instituições asilares, uma vez que não ofereciam



atendimento psicoterápico de qualidade para os pacientes neuróticos e nem davam conta de oferecer atendimento integral para pacientes psiquiátricos graves. Com isso, encaminhavam tais pacientes para a internação em hospitais psiquiátricos, reforçando o “ciclo internação-alta-internação” (Leal, 1994, p. 5 *apud* Tenório, 2001a, p. 88).

No entanto, havia ambulatórios que se configuravam enquanto exceções, os chamados precursores da psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira. Neles, a psiquiatria já apresentava um caráter mais progressista, permitindo que os psicólogos desenvolvessem um trabalho de orientação psicanalítica, a partir do atendimento em grupo e da psicoterapia aliada ao tratamento medicamentoso. Dentre eles, destacam-se os Postos de Atendimento Médico federais do antigo INAMPS (PAM) e os Centros Municipais de Saúde (CMS), que hoje são clínicas da família (Figueiredo, 2019).

A fim de seguir os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, tais quais o direito à cidadania e ao pertencimento social do louco, os ambulatórios passaram por uma transformação radical no que diz respeito ao seu caráter iatrogênico, ou seja, gerador de internações. Através da clínica da recepção/encaminhamento de pacientes e do tratamento psicanalítico propriamente dito, os ambulatórios tornaram-se uma porta de entrada privilegiada para a assistência em saúde mental. Dito isso, o psicanalista se faz presente nesses serviços ao acolher o sujeito e se responsabilizar por ele, desde o seu processo de recebimento até o encaminhamento a um tratamento regular (Tenório, 2001a).

Os grupos de recepção foram primeiramente desenvolvidos por Sérgio Levcovitz e Claudia Corbisier no Hospital Jurandyr Manfredini, na antiga colônia Juliano Moreira, enquanto dispositivos de escuta para os recém-chegados no setor de emergência. Já no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ no contexto da reforma psiquiátrica, os grupos de recepção foram concebidos como espaços terapêuticos por si só, na medida em que promoviam o acolhimento do paciente e a responsabilização da equipe pelo mesmo que ali chegava. Esse poderia ser encaminhado para outros serviços, como o CAPS ou o NASP, ou poderia ser convidado a retornar ao grupo para esclarecer suas questões. Assim, o objetivo dos grupos de recepção era “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” (Tenório, 2001a, p. 95) a partir de uma escuta disponível e ampliada.

Tais grupos eram conduzidos por uma dupla de profissionais, sendo um psicólogo e um enfermeiro, ou um psicólogo e um assistente social. A ausência de um psiquiatra inicialmente se justificava pela inflexão conceitual que se visava implementar:

“desmedicalizar (para) e incluir o sujeito” (Tenório, 2001a, p. 96). Tal proposta visava submeter a intervenção médica ao trabalho psíquico, convidando o sujeito a questionar o seu próprio sintoma e se implicar no tratamento, contrariamente ao que sempre fora previsto pela psiquiatria tradicional. Porém, com o tempo, os médicos passaram a compor os grupos de recepção, sendo reintegrados ao trabalho uma vez que se abrissem para o novo paradigma de cuidados em saúde mental e para as contribuições psicanalíticas.

“Desmedicalizar e subjetivar” revela uma oferta clínica eminentemente psicanalítica nos grupos de recepção dos ambulatorios, incentivando o sujeito a falar sobre a sua experiência com o próprio sintoma e a considerar a sua participação na mesma. Vimos anteriormente que Freud fez isso com as pacientes histéricas, afirmando que aqueles sintomas eram relacionados com os seus desejos sexuais recalcados e que era necessário falar sobre eles, assim como falar sobre o seu papel na manutenção dos mesmos. A escuta de Freud não buscava solucionar os sintomas, e sim coloca-los em suspensão para que o sujeito pudesse questioná-los na situação analítica. No entanto, nos grupos de recepção, o endereçamento dos sintomas do paciente não será somente ao psicanalista responsável, mas também à própria instituição (Tenório, 2001a).

Esse endereçamento institucional se torna ainda mais complexo no 2º tempo, o tempo dos CAPS. Nos anos 90, em função da insuficiência dos ambulatorios para reduzir as internações psiquiátricas, os CAPS surgem como a principal estratégia da reforma psiquiátrica brasileira, promovendo um cuidado aberto, comunitário e uma atenção integral para os doentes mentais. A publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2000, p. 13) busca esclarecer o que são e pra que servem os CAPS, definindo-os como:

um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Nesse sentido, os CAPS são dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, e tem como objetivo oferecer atendimento clínico em regime de atenção diária para a população de sua área de abrangência. Eles buscam também garantir a reinserção social de seus usuários pelo acesso ao trabalho, educação, esporte, cultura,

lazer, fortalecendo os laços familiares e comunitários, assim como o exercício dos direitos civis dos mesmos. Ademais, possuem a responsabilidade de organizar a rede de Saúde Mental de seu território e de funcionar como porta de entrada (Brasil, 2000).

Segundo Valdene Rodrigues Amancio (2011) em “Uma clínica para o CAPS”, a criação dos primeiros CAPS no Brasil fez com que a internação se tornasse o último recurso de tratamento da loucura, e não mais considerada como indispensável. A partir de novos dispositivos de cuidado, como as assembleias extraordinárias; os grupos de família; as oficinas e residências terapêuticas; as visitas domiciliares; as atividades de cultura e lazer; o exercício da cidadania e da inclusão social dos doentes mentais e de seus familiares tornaram-se recursos prioritários no tratamento dos doentes mentais, uma vez que garantem a manutenção dos vínculos socioafetivos e da vida comunitária.

Nesses novos dispositivos de cuidado, faz-se necessária uma prática orientada por uma equipe multiprofissional, composta por psiquiatras; psicólogos; enfermeiros, nutricionistas; assistentes sociais; terapeutas ocupacionais; oficinheiros; visando acolher a singularidade do paciente a partir dos elementos trazidos pelo mesmo enquanto sujeito. Ana Cristina Figueiredo (2019, p. 84) destaca três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe no CAPS baseado no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental:

1. a posição subjetiva dos profissionais como 'aprendizes da clínica', uma posição estrategicamente vazia de saber a priori, colocando os diversos saberes que se mesclam sob a rubrica 'interdisciplinar' em reserva, em suspensão, para poder utilizá-los a partir do que se apreende do sujeito; 2. a organização coletiva da equipe a partir da 'transferência de trabalho' que diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada, e não simplesmente transferida de um profissional a outro, fazendo circular o saber que advém do sujeito e não do profissional; e, como corolário do processo, proceder à 'construção do caso' que deve se dar 'a partir' dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo, produzem um saber 'sobre' o sujeito.

Penso que essa posição subjetiva dos profissionais como “aprendizes da clínica” remete ao célebre texto de Freud (1926/1996) “A questão da análise leiga”, no qual ele coloca que a análise é necessariamente leiga, apesar de possuir uma teoria, técnica e ética que a sustente. Embora a formação do psicanalista seja permanente e se constitua pelo tripé da análise pessoal, estudo teórico dos textos e supervisão clínica, é a própria noção de inconsciente que se refere ao caráter leigo do processo analítico. Ela carrega

consigo a dimensão do impossível de saber e dizer, de que nem mesmo o sujeito detém o saber sobre si. Na clínica do CAPS, esse saber será construído na experiência com a equipe multidisciplinar, que buscará apreender e responder as singularidades do paciente.

A fim de pensar o cuidado do caso em uma perspectiva comum nas suas diferentes ações, as reuniões intra e inter equipes são essenciais, assim como as supervisões clínico-institucionais semanais. A partir delas, será formulado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos CAPS. De acordo com Carvalho *et al.* (2012) em “A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações”, o PTS possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário e para a família em sofrimento psíquico por meio de intervenções do profissional-referência do usuário/família. Ao recolher os efeitos de tais intervenções, como as palavras, os atos e os afetos, o profissional-referência os discute com a equipe, que deve refletir para extrair as indicações e atividades diárias que vão sustentar a direção do tratamento do usuário no serviço.

Em “A direção do tratamento e seus princípios de poder”, Lacan (1958/1998) afirma que, no senso comum, acredita-se que a neutralidade do analista se refere ao seu comportamento de ser alguém sério, distante, que não sorri, não fala, veste roupas discretas etc. Para ele, a neutralidade é a função do analista no tratamento, de entender que ele ocupa um lugar de suposto saber em relação ao seu paciente; isto é, ele não conduz o paciente, mas conduz a análise. Não se trata de uma neutralidade em que o analista esteja completamente de fora da situação analítica, mas que o permite saber quais estratégias ou táticas clínicas ele deve empreender no percurso da análise a fim do paciente poder se expressar e transferir uma vivência dele para a relação. Assim, Lacan (1958/1998) diz que a posição do analista é a de objeto *a*, de um lugar vazio do objeto causa de desejo, e somente a partir dela a transferência é possível. Mas tem algo no analista que não pode ficar de fora, a saber, o seu corpo, que precisa ser incluído a favor da análise.

Segundo Lacan (1958/1998), o dispositivo analítico consiste em dois corpos em uma situação de fala: um que fala bastante, o paciente, e outro que fala de vez em quando e escuta o tempo todo, o analista. No primeiro momento, o paciente apenas fala do seu sofrimento para o analista. Em seguida, ocorre a transferência, na qual o paciente esquece do que o faz sofrer para viver um momento com o analista. Freud (1914/1996)

toma a transferência pelo viés da repetição, como a reprodução de padrões psíquicos que o paciente construíra no passado com outras pessoas ou situações. Já Lacan não acha que esse seja o único viés da transferência, pois há algo de real na transferência que se refere à interpretação do desejo do analista pelo paciente.

Essa interpretação do desejo do analista pelo paciente faz com que o analista assuma um papel, pelo qual ele deve pagar com o seu juízo mais íntimo. Haja o que houver, o analista empresta o seu corpo, suas palavras, seu tempo e sua atenção como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência, devendo usá-los sempre na direção do tratamento. A transferência coloca no analista uma certa máscara que o próprio analisando constrói e que ele não vai poder recusar. Apesar do analista comparecer com o seu corpo a favor do tratamento, ele não deve se preocupar com o seu ser na relação analítica. Lacan (1958/1998) critica a afirmação de que o analista cura menos pelo que diz e faz do que por aquilo que é, pois ele é menos seguro de sua ação quanto mais preocupa com o seu ser.

Assim, a direção do tratamento remete ao cuidado do próprio ser, sendo o coração do ser a sua falta a ser. A análise desprende o sujeito do que ele pretende ser, ao passo que o analista deve se apoiar mais na falta a ser do que no seu ser, assim como o paciente. A interpretação faz algo aparecer, que se não aparecesse não seria algo que já estaria dado a priori. Aparecer é se revelar a posteriori, e para que isso aconteça, algo precisa ter sido velado. Com as histéricas, Freud (1894/1996) pensa que a causa dos sintomas seria o trauma originário, mas não consegue chegar a esse trauma por conta da fantasia. O mito de Édipo vai dar conta dessa fantasia, desse modo de gozo. Portanto, a fantasia traz uma poesia para o desejo, e o desejo do analista está minimamente separado da fantasia. A fantasia é a interpretação de um desejo do Outro, sendo o analista mais ético e livre em seu trabalho quanto menos ele se preocupa com o seu próprio ser, suspendendo a sua fantasia para dar conta da fantasia do analisando (Lacan, 1958/1998).

Devido ao redirecionamento da prática do psicólogo na assistência em saúde mental, que passa a trabalhar em equipe com atendimentos grupais e coletivizados; pacientes em processo de desinstitucionalização; usuários que fazem uso abusivo de drogas; residentes das Residências Terapêuticas e participantes de oficinas terapêuticas ; crianças e adolescentes em estado de vulnerabilidade social; usuários das clínicas da família; nota-se que a saúde mental também influencia a clínica psicanalítica na direção do tratamento. Na medida que a psicanálise pôde ampliar o seu campo de atuação

clínica no contexto da reforma psiquiátrica, se fazendo presente em diferentes dispositivos junto a outras disciplinas, houve uma mudança na qualidade de suas intervenções e invenções. Apesar de se manter o dispositivo do consultório, o modelo das consultas se expandiu para espaços compartilhados, onde ocorre uma transferência horizontalizada, destacando-se a dimensão da convivência como eminentemente terapêutica (Figueiredo, 2019).

Como sabemos, a transferência é concebida como a principal condição para o tratamento acontecer, uma vez que ela é o vínculo que engaja o paciente nesse tratamento e que, a partir da relação com o agente do cuidado, o paciente pode construir ou reconstruir alguma subjetividade. No CAPS, entendemos que existem dois tipos de transferência, a “individual” a “coletiva”. De acordo com Tenório (2001a, p. 68-69):

[...] a primeira responde à necessidade, em muitos casos, de uma "báscula entre o coletivo e particular, entre o público e privado na instituição", representada pelo "endereçamento da transferência ao profissional que atende o paciente". Nesses casos, a função de referência que inicialmente cabe à instituição deve ser assumida por um "profissional de transferência", e esse endereçamento é o que pode levar a que a participação do paciente nos diversos dispositivos se desdobre em um trabalho de subjetivação singular. Esse trabalho individual não é necessariamente o do consultório: no CAPS, consideramos em "psicoterapia individual" mesmo os pacientes acompanhados ou atendidos por seus psicólogos fora do consultório. O atendimento individual regular em consultório é, naturalmente, a expressão mais cristalina da organização, pela transferência, de um campo de trabalho na palavra.

Dessa forma, é o estatuto de barra, o estatuto emprestado de fora desempenhado pelo “profissional de transferência” que permite que o paciente realize um trabalho único e singularizado e, ao mesmo tempo, se integre ao coletivo institucional. No entanto, acredito que o termo “individual” mencionado por Tenório (2001a) pode exercer uma inclinação conceitual que pode promover distorções em relação à orientação da psicanálise. Palavras como “singular” e “único” preservam o sentido de um modo melhor, ao passo que o trabalho psicanalítico não é individual, mas particular.

Em “Do amor à amizade na psicose”, Nuria Muñoz (2010) esclarece o estatuto de barra como uma maneira de estabelecer uma amizade de transferência, tal como a “philia” aristotélica. Através da amizade enquanto vínculo ético que busca o bem-estar dos envolvidos, a estabilização do sujeito se faz às custas de uma renúncia ao sexual, na medida que o amor na psicose é tido como mortificante para Lacan (1955-1956/2008).

Essa questão da amizade na psicose será mais bem abordada no próximo capítulo, no qual discutiremos as invenções singulares da psicanálise no campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

O segundo tipo de transferência é a coletiva, herdada da tradição da psicoterapia institucional francesa. De acordo com Verztman *et al.* (1992), a instituição possui a função de recolhimento e agenciamento da transferência como centro do trabalho. Na medida em que a própria noção de coletivo é elevada a condição de conceito organizador do espaço terapêutico, os lugares concretos são essenciais tanto para organização do espaço institucional quanto do sujeito psicótico. Ademais, toda pessoa que trabalha na instituição está investida de um “coeficiente psicoterápico”, permitindo a criação de campos transferenciais multifocais segundo Jean Oury (1986) em “*Le Collectif*”.

Quanto à transferência de trabalho, Jacques Lacan (1964/2003, p. 242) em “O ato de fundação” diz: “O ensino da psicanálise só pode transmitir-se de um sujeito para outro pelas vias de uma transferência de trabalho”. Este termo se refere ao trabalho do analista na escola de psicanálise, trata-se de transferência de trabalho em contraposição com a transferência analítica. Nesse sentido, é preciso pensar no trabalho a partir dos elementos libidinais, o que nos aponta para a relação entre o trabalho e o sintoma de cada um, seja na Escola ou na instituição de saúde mental. Assim, a transferência de trabalho ocorre de um sujeito a outro, e não de um a todos, sendo considerada um processo singular de indução dos resultados e do estilo de trabalho.

Finalmente, abordaremos brevemente o terceiro tempo da reorientação do modelo de assistência em saúde mental, o tempo do trabalho em redes articulado à atenção básica em saúde. A partir dos anos 2000, esse último veio para enxugar a demanda excessiva de usuários dos CAPS através da articulação dos serviços da atenção básica com outros setores além da saúde, como a cultura, a assistência social, o lazer e a educação (Figueiredo, 2019). Percebe-se um funcionamento rizomático da rede de atenção psicossocial, havendo uma pulverização do cuidado e uma capilarização dos dispositivos, os quais permitem uma maior complexificação do tratamento do usuário.

Com a portaria 154, o Ministério da Saúde (2008) implementou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fim de oferecer apoio matricial territorial às equipes de Saúde da Família pela transmissão de conhecimentos e pela promoção de ações em saúde. Assim, tais ações em saúde ocorrem tanto nas Clínicas da Família, nos CAPS, quanto nos diferentes setores já citados. Dentre elas, destaco o Projeto Saúde na

Escola (PSE), que foi desenvolvido em 2007 com objetivo de garantir um espaço da saúde nas escolas para crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, tecendo os caminhos para que a intersetorialidade componha o trabalho em equipe na saúde de forma longitudinal, e não pontual.

De acordo com o Ministério da Saúde e da Educação (2011), o PSE começou com as ações da saúde odontológica nas escolas. Essas consistem no monitoramento da saúde bucal das crianças por parte dos profissionais da odontologia, que as ensinam a escovar os dentes e a passar o fio dental. Ademais, temos a vacinação dos alunos como exemplo de ação de PSE por parte da enfermagem. Infelizmente, ainda são poucas as ações de PSE voltadas pra saúde mental, mas que deveriam ser mais exploradas, visto o aumento da violência e das questões psicológicas nas escolas. Atualmente, as ações de PSE que envolvem a saúde mental são: rodas de conversa e palestras onde os psicólogos do NASF conversam com crianças e adolescentes sobre temas como cultura de paz, sexualidade, ansiedade e setembro amarelo. Porém, essas ações não costumam ter continuidade em função de serem muitas escolas por equipe e por conta do esgarçamento da rede, fazendo com que os psicólogos do NASF precisem atender mais do que fazer ações territoriais.

Segundo Brezolin e Carneiro (2022) o texto “Contribuições da Abordagem Psicanalítica nas Práticas em Saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família” (NASF) o trabalho do psicólogo no NASF é híbrido, ao passo que atua como retaguarda para as equipes básicas de Saúde da Família e que deve receber todo o tipo de demanda relativa à saúde mental vinda da atenção básica. A fim de conciliar tais funções, as fortes contribuições da psicanálise para atenção básica seriam o recolhimento e atendimento de casos individuais ou grupais, assim como as inter-consultas com as equipes de saúde da família. Nesses atendimentos, o psicanalista deve se ater a concepção de sintoma enquanto marca singular do sujeito, como uma resposta a um conflito afetivo que não pôde ser elaborado e que por isso está sendo endereçado à análise, tal como coloca Freud (1917/1996). Tal resposta deve ser acolhida pelo psicanalista em seu caráter de sofrimento, mas também de satisfação, na medida que o sintoma é uma invenção singular que se articula ao modo do sujeito desejar e se organizar no mundo.

Para Ana Cristina Figueiredo (2019), a principal contribuição da psicanálise nesse terceiro tempo seria a de expandir a construção do caso para a circulação do caso, a qual envolve mais atores e setores profissionais, sociais e culturais. Ao acompanhar os movimentos diversos dos usuários dentro e fora da rede de saúde mental, seria possível



tecer uma rede própria para cada caso. Sobre a função de uma rede singular no tratamento da psicose, Muñoz (2010, p, 90) comenta:

Além disso, mostra o papel fundamental que pode adquirir o furo na sustentação desse tipo de laço: a partir dos pontos que tecem a rede constroem-se buracos, ou seja, a ligação dos elementos constitui um vazio, formando assim pequenas distâncias, intervalos, espaços que permitem ao psicótico manter-se ao abrigo do lugar penoso de objeto.

Segundo Lacan (1957-1958/1999), somente pelo registro fálico, introduzido pelo significante Nome-do-pai, o sujeito pode atingir a significação do objeto como sexual e à subjetivação de sua própria identidade sexual. Entretanto, na psicose, devido ao fracasso dessa operação, acaba-se produzindo uma condição de sujeito objetalizada, na qual o indivíduo não ascende à significação sexual. Tal condição de sujeito objetalizada é atenuada por essa rede singular que, ao mesmo tempo em que o protege por meio dos buracos, permite que algo sempre se perca e se abra ao desejo, trazendo novos elementos para a construção-circulação do caso.

Contudo, surgem os desafios e problemas com relação a sustentação dessa rede singular, multidisciplinar e intersetorial. Na atenção básica, em função do cuidado estar mais focado nos sintomas físicos, os sintomas que extrapolam essa dimensão e colocam como restos indesejáveis que são endereçados aos psicólogos do NASF. Esses, por sua vez, são vistos como os únicos capazes de lidar com as demandas de saúde mental, ficando sobrecarregados e subordinados a uma lógica ambulatorial de atendimento. Além disso, o sucateamento da RAPS faz com que os profissionais contem com cada vez menos recursos, de modo que o trabalho em rede intersetorial não ocorre da melhor forma possível, havendo a escassez de materiais para o desempenho das ações em saúde.

Por fim, Ana Cristina Figueiredo (2019, p. 86) sintetiza o maior dos desafios para o trabalho em rede intersetorial na atenção psicossocial, a partir do qual poderemos desenvolver e aperfeiçoar as invenções singulares no campo da saúde mental:

Assim, do universal ‘para todos’, ao particular do ‘um a um’, culminando no singular do ‘sujeito’ em sua idiossincrasia que marca um ‘modo de ser’, um estilo próprio, devemos percorrer com ele esse caminho, sem abrir mão de nossa função diante dos obstáculos que se impõem.

### **3 Do particular ao singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental**

### 3.1 Do universal da psiquiatria ao universal da saúde mental

Nossa civilização é dominada pela ciência: é uma civilização científica, cujo mal-estar se expressa nas doenças do discurso, predominantemente oriundas do discurso capitalista.

Antônio Quinet.

Segundo Fernando Tenório (2001b), em “Reforma Psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário”, o nascimento da psiquiatria se deu com o gesto pineliano de garantir investimento clínico sistemático aos manicômios, que eram considerados lugares de hospedagem para os loucos. Porém, esse investimento clínico no tratamento da loucura foi sendo abandonado pela psiquiatria ao longo do tempo, em favor de uma lógica científicista e biologizante. Nesse sentido, a fundação da psiquiatria não é em si problemática, mas sim os seus desdobramentos, que reafirmam a anulação do sujeito por meio do empobrecimento da prática e dos saberes clínicos.

Esse empobrecimento da psiquiatria atual estaria relacionado à semiologia dos transtornos mentais, ao tratamento e à instituição. Quanto à semiologia, esta se resumiria à contabilidade descritiva dos sintomas presente nos atuais sistemas classificatórios, 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e o Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Sobre o tratamento, percebe-se a medicalização como redução da prática clínica psiquiátrica. E, finalmente, quanto à instituição, ainda se considera como recurso a internação não terapêutica em hospitais psiquiátricos. Em todos esses níveis, a psiquiatria não realiza um trabalho clínico efetivo com a psicose (Tenório, 2001b).

Ainda de acordo com Tenório (2016), em “Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais”, a categoria “psicose”, criada pelo psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben em 1845, foi o objeto próprio da psiquiatria por quase dois séculos, nomeando o universal da doença mental. Tal categoria dizia respeito a uma estrutura psíquica de fundo, cujos sintomas eram extremamente variáveis. A psicose se distinguiu das doenças neurológicas e das neuroses pela ausência de correlato biológico e pela sua gravidade, respectivamente.

No final do século XIX e início do XX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin passou a utilizar o termo “psicose” para designar o conjunto de três tipos de doenças

mentais graves que se organizavam em torno de uma mesma estrutura: “psicose maníaco-depressiva”, “paranoia” e “demência precoce”. As duas primeiras já haviam sido definidas anteriormente e teriam sofrido apenas pequenas modificações, enquanto a última teria sido por ele definida como:

uma destruição peculiar das conexões internas da personalidade psíquica. Os efeitos desse dano na vida mental predominam nas esferas emocional, intelectual e volitiva. Inicia-se no período da juventude e conduz a um estado de demência, ou seja, perda de memória. Suas três formas clínicas são a demência precoce hebefrênica, catatônica e paranoide (Kraepelin, 2004 *apud* Tenório, 2016, p. 946).

Sobre a demência precoce hebefrênica, esse nome faz alusão a Hebe, filha de Zeus e deusa da juventude. Trata-se de uma psicose que se manifesta na puberdade, sendo marcada pelo déficit intelectual, negativismo, mudanças bruscas de humor e puerilidade. Já a demência catatônica se caracteriza predominantemente por uma inibição psicomotora, marcada pela perda de espontaneidade, estereotípias gestuais e inércia. A demência paranoide, por sua vez, é definida por delírios dissociados, que são acompanhados de alucinações e que levam à deterioração psíquica (Tenório, 2016).

Em seguida, em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler propõe um novo nome para a demência precoce de Kraepelin. Ao se deparar com a cisão da personalidade e das funções psíquicas presente nesses casos, ele traz à tona o termo “esquizofrenia” como uma forma de justificar a sua dinâmica psicológica, baseada nos ensinamentos de S. Freud. Quanto aos seus sintomas fundamentais, Bleuler postulou os três A da esquizofrenia: ambivalência, associações cindidas e afeto inadequado ou embotado. Somado a eles, o psiquiatra acrescenta mais um A, o autismo. Esse se refere ao desligamento da realidade presente na esquizofrenia, que não ocorre de forma total, mas de forma parcial, uma vez que o esquizofrênico é sensível ao social (Tenório, 2016).

Embora Bleuler tenha buscado ressaltar o funcionamento psicodinâmico da esquizofrenia, ele não deixou de associá-la à ideia de insuficiência relativa ao pensamento, memória, afeto, senso-percepção e linguagem; nem de compará-la ao funcionamento neurótico enquanto “inferior”. Ademais, ele se apoiou na ideia de cisão, que não é um fenômeno psicológico específico da esquizofrenia. Assim, a definição de esquizofrenia por Bleuler em seu caráter insuficiente se tornou o mais novo objeto da psiquiatria, de modo que os manuais de classificação que se seguiram vieram reforçar essa visão da esquizofrenia como o universal da doença mental (Tenório, 2016).

Para Dunker e Kyrillos Neto (2011), em “A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria”, a primeira classificação dos transtornos mentais referente ao funcionamento cerebral teria sido formalizada em 1918 pelo o Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos (DSM-I). Embora tal sistema de classificação se baseasse em dados diretamente observáveis, ele ainda possuía uma perspectiva psicodinâmica, ao passo que estabelecia a oposição entre neurose e psicose. Sendo influenciado pelo sistema diagnóstico de Adolf Meyer, o DSM-I considerava tanto os aspectos biológicos quanto os da história de vida do paciente no estabelecimento de seu diagnóstico.

Em 1952, o DSM-II seguiu nessa mesma perspectiva, mas os sintomas foram especificados em três grupos: “oposição entre neurose e psicose; oposição entre ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios; oposição entre quadros largamente em contato com a realidade e quadros denotando significativa perda da realidade” (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 614). Percebe-se uma patologização de condições que antes eram inerentes ao funcionamento do psiquismo humano, tais quais ansiedade e depressão.

Já em 1973-74, o DSM-III é elaborado com o intuito de uniformizar os diagnósticos psiquiátricos da segunda versão que sofreram tantas críticas, tal qual o diagnóstico de “distúrbio de orientação sexual”. Robert Spitzer, psiquiatra norte-americano, retira a homossexualidade da lista de transtornos mentais e cria a categoria de “homossexualidade egodistônica”, percebendo que nem toda homossexualidade é patológica. Além disso, cria novas categorias em inglês descritivo, afirmando que cada desordem mental é definida pela descrição de suas características clínicas, a saber, os sinais e sintomas comportamentais ou psicológicos. As categorias “neurose” e “psicose” foram excluídas desse novo manual, pois não eram consideradas científicas, se fazendo presentes no manual apenas enquanto adjetivos (Dunker; Kyrillos Neto, 2011).

Apesar de se declarar a-teórico, o DSM-III se afirma filiado a pesquisa empírico-experimental, o que provocou uma série de implicações teórico-clínicas para a psiquiatria, dentre elas: a utilização de “distúrbio” ao invés de “doença mental”; a redução da esquizofrenia aos seus sintomas produtivos (delírios, alucinações, catatonia); a inclusão de condições psicóticas na ausência de delírio e alucinação sob a rubrica de transtornos da personalidade (como o transtorno afetivo bipolar e o transtorno borderline); a resposta ao tratamento farmacológico como critério clínico da esquizofrenia etc. Dessa forma, percebe-se uma exclusão dos fatores socioculturais na

descrição clínica dos distúrbios mentais no DSM-III, buscando uma língua comum a todas as profissões e nacionalidades no mundo inteiro para o estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos (Tenório, 2016).

Para Foucault (1977), o diagnóstico psiquiátrico tem como principal função social organizar culturalmente as expressões “normal” e “patológico”, de modo que ele é um dispositivo de controle normativo. Ele incide na diferença, agrupa características baseando-se nas suas similaridades flagrantes e regula, assim como produz sentido, sob estas mesmas características. Do ponto de vista prescritivo, o diagnóstico exerce uma verdadeira exploração pelo sentido dos recursos provenientes do meio em prol de sua dominação simbólica. Se nesta reflexão podemos extrair que a condição trágica da vida foi esmagada pelo discurso, podemos seguir em uma conclusão incompleta: pensar diagnóstico significa, antes de qualquer coisa, pensar as inclinações de uma época.

Vinte anos depois, o DSM-IV (1994-2000) rompe drasticamente com a tradição pineliana, na medida em que os fundamentos filosóficos-ontológicos foram retirados da caracterização das doenças mentais. Com o foco em aspectos puramente biológicos, os transtornos mentais passam a não mais contar com os modos de subjetivação e socialização em curso para serem descritos. A concepção psicodinâmica do sofrimento mental teria sido substituída por uma classificação empírica dos transtornos mentais, limitando-se a quantificação de sinais e sintomas, assim como a medicalização dos mesmos. Logo, percebe-se que o abandono da referência psicodinâmica no DSM-IV não é em vão, mas a favor da normatização das formas e práticas clínicas e da indústria farmacêutica, assim como dos interesses capitalistas (Dunker; Kyrillos Neto, 2011).

No DSM V, há uma ênfase neurológica muito maior do que nas edições anteriores: os cinco eixos que abordavam a complexidade do sofrimento mental foram retirados, e só permaneceu o eixo biológico. Os subtipos de esquizofrenia (paranóide, desorganizada, catatônica indiferenciada e residual) também foram excluídos, devido a sua baixa validade científica. Embora haja uma grande variação de sintomas na esquizofrenia, que não podem ser diagnosticados em poucos padrões, esses não apresentam diferenças significativas no curso da doença e respondem praticamente da mesma forma ao tratamento medicamentoso. Portanto, “o campo de intervenção da clínica psiquiátrica vem progressivamente se restringindo ao controle farmacológico dos sintomas, deixando de lado a tradição clínica que colocava no centro do tratamento a relação terapêutica entre médico e paciente” (Aguiar, 2004, p. 22 *apud* Tenório, 2016).

Podemos considerar que o diagnóstico de esquizofrenia e o seu tratamento pela supressão dos sintomas positivos, assim como pela contenção de surtos pela via medicamentosa, são tidos como o atual universal da psiquiatria biológica. De acordo com Musso Garcia Grego (2001) em “Dançando em gelo liso entre a clínica a política”, no campo da saúde mental, se faz presente tanto o universal da doença mental (psiquiatria biológica), quanto o universal do homem em sua existência-sofrimento (psiquiatria democrática). Quanto ao universal na saúde mental, trata-se de um jogo de forças entre os universais da psiquiatria biológica e da psiquiatria democrática, os quais possuem vantagens e desvantagens, não havendo uma primazia de um, nem de outro.

Sobre o universal da psiquiatria democrática, foi visto anteriormente que seu fundador Franco Basaglia decide colocar a doença mental entre parênteses a fim de entender o doente mental e sua complexidade. Segundo Paulo Amarante (2001), em “Sobre duas proposições relacionadas à clínica e a reforma psiquiátrica”, ao romper com o isolamento terapêutico para captar a essência da doença, Basaglia reinventa a clínica psiquiátrica a partir da criação de possibilidades para produção de subjetividades. Trata-se de uma clínica psiquiátrica com referenciais não médicos, mas centrados no cuidado, na responsabilização e na cidadania, ou seja, “uma clínica que não seja mais uma estratégia de normalização e disciplinamento” (Amarante, 2001, p. 109).

Como consequência dessa abertura clínica, tornou-se necessária uma territorialização dentro do campo da saúde mental, assim como a implantação de uma nova estruturação de serviços, não mais restritos à prática médica. Ambas as medidas visam criar condições de reinserção e localização social positiva para o paciente que, por tanto tempo, foi localizado de forma negativa na sociedade. Dentre as principais necessidades de transformação no contexto da saúde mental, destacam-se sete:

[1.] Política: de autocracia para a democracia; [2.] Objeto: do "doente mental" para o "homem em sua existência-sofrimento"; [3.] Ação: da exclusão social para a reabilitação psicossocial; [4.] Discurso: do silêncio para a expressão pública; [5.] Topologia do manicômio para a “praça” (serviços abertos e circulação pela cidade); [6.] Ponto de vista da denúncia social: da ideia de “periculosidade do doente mental” para a de “sequestro da cidadania dos pacientes psiquiátricos”; [7.] Estereótipo: de “hospício/camisa de força/louco” para representações mais empáticas, ligadas a uma aproximação entre o doente, o diferente e o normal, como por exemplo, a figura do maluco beleza, visionário, homem verdadeiro, sem as máscaras hipócritas da sociedade (Grego, 2001, p. 114).

Nesse contexto, a reabilitação psicossocial é escolhida como orientação terapêutica prioritária na saúde mental, que se define por questões eminentemente políticas, tais quais, a garantia da cidadania, dos direitos humanos e da liberdade do doente mental. Trata-se de uma posição militante na clínica que passa a ser institucionalizada no Brasil com o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA): uma "produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa" (Rotelli, 1984 *apud* Greco, 2001). A reabilitação psicossocial visa um reajuste funcional do usuário a partir de uma rede de assistência em saúde mental, a qual engloba não somente dispositivos clínicos, mas também sociais, culturais, laborais etc.

Porém, tal reajuste funcional do usuário com o objetivo de adquirir competências sociais pode ser sentido como um imperativo de normalidade a ser alcançado, que abafa a sua condição de sujeito, suas particularidades e singularidades. Embora os ideais antimanicomiais visem desmistificar a imagem da loucura por meio da reinserção social do doente mental, eles acabam reforçando a ideia de uma normalização necessária ao mesmo para que ele seja reinserido na sociedade. Ao passo que o "bom funcionamento" remete ao funcionamento mais próximo do normal, "a "ilusão aniquiladora" presente nesse universalismo nega a diferença no mesmo momento em que parece afirmá-la" (Greco, 2001, p.118). Dessa forma, torna-se essencial considerar tanto a garantia dos direitos humanos, da liberdade e da cidadania do doente mental quanto a diferença de sua estrutura psíquica singular no tratamento em saúde mental.

Em "A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial", Tenório e Carvalho Rocha (2006) apresentam a importância da atenção psicossocial no campo da saúde mental. Eles destacam que "o campo saúde mental é um campo dos cuidados" (Tenório; Rocha, 2006, p. 56):

"Campo dos cuidados" significa um campo de dispositivos e iniciativas ligadas a um certo agenciamento da vida naquilo que ela está impedida ou prejudicada pela psicose (e pelas demais cristalizações clínicas mencionadas, mas vamos privilegiar a psicose). Quer dizer, intermediar para e com o paciente os impasses de seu cotidiano, indicá-lo para bolsas de trabalho assistido, dispositivos de lazer assistido, moradias assistidas, etc. A instituição psiquiátrica, que antes era apenas o hospital, agora é multiplicada nestes diferentes

serviços e instituições que nós chamamos de atenção psicossocial (Tenório; Rocha, 2006, p. 56).

A atenção psicossocial ganha protagonismo no Brasil a partir da lei 10.216 por ser um campo de soluções na realidade que visam uma melhor convivência social e autonomia do psicótico. Contudo, o acolhimento da psicose em sua dimensão psicossocial não se refere somente a reorientação dos serviços de assistência em saúde mental, mas também do próprio meio social em que o doente mental está inserido. É de suma importância que haja disponibilidade terapêutica por parte dos cuidadores, por mais que eles não sejam profissionais da psiquiatria nem da psicologia. No entanto, é preciso ter cuidado para que a ação desses cuidadores não esteja norteadada pelo ideal de normalização apontado anteriormente por Greco (2001), que possui estreita relação com a psicopatologia.

Para Tenório e Rocha (2006), a psicopatologia seria o campo do saber relativo aquilo do psíquico que rompe com o normal enquanto universal, particularizando um sujeito. Nesse sentido, a psicose é uma modalidade particular de constituição e funcionamento do sujeito que possui uma lógica singular, e não deve ser reduzida a um funcionamento homogêneo, assim como a neurose não deve. Além disso, certos fenômenos psicóticos podem não parecer patológicos por não se apresentarem de forma dissonante em pessoas que não são tidas como “anormais”, tais como pensamentos obsessivos de cunho vexatório e comportamentos de hiperatividade. Entretanto, eles podem ser considerados patológicos por representarem marcas particulares de um sujeito singular, não compartilháveis, seja ele neurótico ou psicótico.

Quanto à grade nosográfica utilizada pelos trabalhadores da saúde mental, três são privilegiadas: a nosografia de Kraepelin (PMD, demência/esquizofrenia e paranoia); a nosografia da CID-10 e do DSM; e a distinção das estruturas neurótica, psicótica e perversa, referente à psicanálise. Na medida em que o universal da psiquiatria atualmente é a esquizofrenia, a prática clínica psiquiátrica tem sido resumida a supressão dos seus fenômenos produtivos e ao rearranjo provocado pelas crises. Ademais, opera-se uma exclusão da psicose enquanto uma amarração subjetiva, ou seja, que se coloca enquanto uma possibilidade de estrutura psíquica (Tenório; Rocha, 2006).

Realiza-se, então, uma divisão entre tratar e cuidar: a psiquiatria seria responsável pelo tratamento, enquanto a saúde mental cuidaria da reabilitação psicossocial. Para Anna Pitta (2001, p. 19), em “O que é reabilitação psicossocial no



Brasil, hoje?”, a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, significa “um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental”. Dentre elas, estão os pacientes psiquiátricos e os desabilitados sociais, que se colocam à margem dos modos de socialização habituais. Trata-se de iniciativas que ocorrem dentro e fora dos hospitais psiquiátricos, como oficinas e residências terapêuticas, cooperativas de trabalho, ateliês artísticos etc.

A fim de se referir às práticas de cuidados diários no âmbito da reabilitação psicossocial, utilizaremos três metáforas operacionais: casa, bazar e competência parental (Saraceno; Sternai, 1987 *apud* Pitta, 2001, p. 21). A casa se refere às demandas singulares de cada um, como dançar, escrever e desenhar. O bazar alude às negociações afetivas e simbólicas que se dão na esfera do cuidado, como as atividades laborais que se dão nas cooperativas de trabalho. Já a competência parental está associada à dimensão do cuidado mais primordial, por meio da nutrição, assistência e proteção.

Pitta (2001) ressalta que o bazar tem sido a via privilegiada de reabilitação psicossocial no Brasil, uma vez que nos anos 1980 e 1990 ocorreram mudanças significativas na materialidade e na subjetividade dos trabalhadores devido à reforma psiquiátrica brasileira. Apesar da RAPS ter sido instituída em 2011 pela portaria número 3.088, as comunidades terapêuticas têm se fortalecido cada vez mais, em função dos interesses político-econômicos de uma bancada conservadora. Essa apoia a substituição de manicômio, e não um modelo substitutivo ao manicomial, como preconiza a reforma psiquiátrica através da lei 10.216.

No dia 8/8/2023, houve a publicação da portaria número 907, que aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) para os anos de 2023 até 2026. Entre as metas do anexo IV, encontra-se a contratação de vagas em comunidades terapêuticas (CTs), embora o termo não apareça: “Meta 4.55- Ampliar o número de acolhimentos em Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas contratadas pelo governo federal, até 2026” (Brasil, 2023).

Logo, a reabilitação psicossocial precisa se fazer presente como um tratado ético-estético-social pautado na equidade, ou seja, na possibilidade de atender igualmente o direito de cada um por meio da solidariedade e responsabilidade àqueles que tem suas atividades limitadas por transtornos mentais (Pitta, 2001). O seu objetivo é entender como no caso a caso é possível que os sujeitos possam se valer dos novos

dispositivos e do direito à saúde pública, como modos de construir ancoragens e estabilizações.

No entanto, Tenório (2001b, p. 93) ressalta que essa não é uma estratégia eminentemente clínica, uma vez que “a provisão de insumos pode vir em detrimento do recolhimento singular do testemunho que cada sujeito, só ele, pode dar de sua posição e determinação subjetiva”. Assim, a disciplina que irá se ocupar da orientação clínica, na saúde mental, é a psicanálise. Porém, não se restringindo a sua dimensão universal, mas alcançando o particular e o singular.

### **3.2 O particular e o singular na clínica psicanalítica**

Freud assumiu a responsabilidade de nos mostrar que existem doenças que falam, e de nos fazer ouvir a verdade do que elas dizem.

Jacques Lacan.

Jacques Lacan (1968), em “O ato psicanalítico”, aborda as categorias lógicas universal, particular e singular em termos clínicos: o universal seria a ordem simbólica com um sistema aberto; o particular remete às articulações significantes e modalidades de subjetivação específicas; e o singular seria o produto dialético entre as formas particulares de subjetivação e as disposições universais da linguagem. Ele recorre a essas categorias lógicas para destacar o ato de enunciação enquanto condição de validação das mesmas na dimensão clínica. Em psicanálise, é somente a partir de um ato declarativo que engaja o sujeito que uma afirmativa pode se tornar universal, particular ou singular.

Percebe-se que, desde as históricas, a dinâmica do sintoma, que a princípio seria um obstáculo para a psiquiatria tradicional, torna-se uma fonte de enriquecimento para a psicanálise, levando a novos campos e manejos clínicos a serem desbravados. A clínica das psicoses é mais um exemplo de uma particularidade diagnóstica que redireciona e redefine a clínica psicanalítica rumo ao singular. Nesse sentido, a neurose, a perversão e psicose são estruturas diagnósticas particulares na qual o sujeito se prende ao seu sintoma singularmente.

De acordo com Freud (1917/1996) em “O sentido dos sintomas”, a psiquiatria clínica pouco se importou com o conteúdo do sintoma, mas com suas características quantitativas. Já a psicanálise considera que “(...) o sintoma possui um sentido e guarda relação com as vivências do enfermo” (Freud, 1917/1996, p. 343). Ao relatar sobre a

dinâmica da neurose obsessiva, ele comenta que o neurótico obsessivo pode deslocar os seus sintomas, mas não erradicá-los. Dentre eles, destacam-se as obsessões de conteúdo positivo e negativo, os rituais obsessivos, a tendência à indecisão e à dúvida. Os indivíduos que possuem tais sintomas seriam diferentes dos demais, tal como o escritor Émile Zola, que diz ter sofrido ao longo de toda a vida com seus hábitos obsessivos.

Na Conferência XVII, Freud (1917/2014) aborda o caso de uma jovem de dezenove anos que possuía um cerimonial rigoroso a ser cumprido na hora de dormir: eliminar todos os barulhos do quarto para dormir em silêncio, interrompendo o funcionamento dos relógios e agrupando todos os vasos de flores em sua escrivaninha para que não se quebrassem durante a noite; manter entreaberta a porta que separa seu quarto do quarto dos seus pais por objetos variados; arrumar sua cama, de modo que o travesseiro menor ficasse sobre o maior, o qual não podia encostar na cabeceira da cama, e o edredom de penas fosse sacudido para criar um inchaço, ficando alto em seus pés.

Contudo, apesar da tamanha organização, o ritual não ocorre conforme o planejado. A moça passa por volta de duas a três horas verificando as etapas e, conseqüentemente, não é capaz de dormir, nem de deixar seus pais descansarem. O trabalho analítico consistiu em interpretar o cerimonial como uma reprodução positiva e negativa dos desejos sexuais reprimidos da jovem, “servindo em parte como representação, em parte como defesa contra eles” (Freud, 1917/2014, p. 359). Ademais, tal ritual teria o sentido de condensar as fantasias sexuais infantis da jovem, relacionadas a sua virgindade, ao órgão sexual feminino e a relação conjugal de seus pais.

No primeiro momento, ela teria negado tal interpretação do sintoma. Em seguida, ela teria parado para refletir sobre a mesma, associando-a às suas fantasias sexuais e lembranças infantis durante o processo analítico. Simultaneamente, a moça foi abrindo mão de suas medidas obsessivas e, finalmente, de exercer o cerimonial completo antes de dormir. Dessa forma, Freud comenta sobre os sintomas típicos e os sintomas individuais:

Com a seguinte reflexão busco oferecer um consolo aos senhores: não há por que supor a existência de uma diferença fundamental entre um tipo e outro de sintoma. Se os sintomas individuais dependem tão claramente das vivências do doente, resta a possibilidade de que os sintomas típicos remontem as vivências específicas típicas em si mesmas e comuns a todos. Outros traços recorrentes na neurose

podem constituir reações gerais que são impostas aos doentes pela natureza da alteração patológica, como as repetições e as dúvidas da neurose obsessiva (Freud, 1917/2014, p. 363).

Embora os sintomas típicos sejam essenciais no estabelecimento do diagnóstico, em psicanálise, eles não estão nunca separados dos sintomas individuais. Isso decorre do fato de que o sentido dos sintomas individuais pode ser esclarecido pelo método interpretativo, porém o sentido dos sintomas típicos, não. Uma vez que os sintomas são formações do inconsciente, o método interpretativo tem como principal objetivo analisar o conteúdo manifesto para atingir a sua significação recalçada. No caso do lavar as mãos compulsivamente, sintoma obsessivo típico - mas que pode estar presente em outras estruturas clínicas- torna-se mais complexo identificar o seu traço inconsciente recalçado, por ser um comportamento padronizado na nossa cultura.

Porém, Freud também coloca que, é igualmente complexo interpretar os traços inconscientes em casos de sintomas muito atípicos, como no caso da jovem de dezenove anos. Embora o caminho para o inconsciente esteja mais aberto em função do caráter particular desses sintomas, a interpretação deles precisa ser realizada na transferência, ou seja, na relação analítica. Assim, na clínica psicanalítica, o sintoma precisa ser sempre escutado com base nas vivências do analisando e interpretado na transferência, embora o sintoma assinala um impossível de decifrar (Freud, 1917/2014).

Na Conferência XXIII, “Os caminhos da formação de sintomas” (Freud, 1917/2014), Freud afirma, no que diz respeito à neurose histérica, os sintomas são resultado de um conflito que deriva de uma nova forma de satisfação da libido. Essa, por sua vez, foi censurada pela realidade e agora busca se ligar a ideias recalçadas, sujeitas aos mecanismos de condensação e deslocamento. A libido percorre o caminho da regressão, que persegue as fixações que ocorreram ao longo do desenvolvimento psicosexual do sujeito, a fim de satisfazer-se de forma inconsciente. O sintoma aparece como “derivado bastante desfigurado da realização de desejo inconsciente libidinal, uma ambiguidade engenhosamente escolhida, com dois significados mutuamente contraditórios” (Freud, 1917/2014, p. 478).

Esses dois significados mutuamente contraditórios do sintoma se referem àquilo que anteriormente gerou satisfação, e que agora gera repulsa ou resistência; e ao fato de que o sintoma não remete somente a uma experiência prazerosa, mas também de sofrimento. Ambos os significados estão articulados ao conflito entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, de modo que o sintoma atende tanto o sistema

consciente quanto inconsciente. Além disso, a análise dos sintomas neuróticos fez com que Freud (1917/2014, p. 488) percebesse que as experiências infantis nas quais a libido se fixou nem sempre são factuais, podendo ser entendidas como fantasias:

Os sintomas são, portanto, ora representação das vivências ocorridas de fato, às quais cabe atribuir influência na fixação da libido, ora representação das fantasias do doente, naturalmente inadequadas para um papel etiológico. É difícil orientar-se aí.

Ao equiparar fantasia e realidade, Freud (1917/2014) concebe a noção de realidade psíquica como essencial para as neuroses. Dentre as vivências infantis dos neuróticos que aparecem como correlatas aos seus sintomas, três são as privilegiadas: a ameaça de castração, a observação dos pais durante o ato sexual e a sedução por um adulto. Essas são parte essencial das neuroses, sendo elas reais materialmente ou psiquicamente, e são compreendidas como “patrimônio filogenético”. Nesse sentido, tais experiências teriam relação com os sintomas típicos destacados na conferência XVII, na medida em que se referem a vivências primordiais comuns no desenvolvimento psicosexual.

Quanto à relevância da fantasia na formação dos sintomas neuróticos, ela se articula com a introversão da libido. Em função de uma frustração na realidade material, a libido recua à fantasia para, a partir dela, encontrar caminho aberto para todas as fixações reprimidas. No entanto, Freud (1917/2014) ressalta que existe um caminho de volta à realidade, a saber, a arte. Ao mesmo tempo que o artista se afasta da realidade por não conseguir encontrar nela os meios de sua satisfação, ele retorna a ela munido de uma representação de sua fantasia, que provoca alívio para o demais com relação às suas fontes de satisfação inconsciente. Logo, a arte se realiza enquanto o meio intermediário entre a fantasia e a realidade, aproximando o sujeito tanto de si quanto do outro.

A partir do “Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920/1996) trata do sintoma em sua dimensão de satisfação pulsional, a qual resiste ao tratamento analítico. Segundo Aline Maia, Cynthia Pereira e Flavio Fontes (2012) em “O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução”, embora fosse possível descobrir o significado dos sintomas neuróticos pelo método interpretativo, a maioria dos pacientes tinha muita dificuldade em abrir mão dos mesmos, como no caso dos obsessivos e dos paranoicos. Essa dificuldade está relacionada a uma satisfação pulsional que vai além do princípio

do prazer, ou seja, de uma satisfação não regida pelo prazer como princípio. Tal satisfação está articulada paradoxalmente à insistência no sofrimento, como no caso das neuroses traumáticas, a partir da repetição dos sonhos traumáticos no aparelho psíquico.

Em o “Eu e o Id”, Freud (1923/2011) aborda o Supereu como a instância destinada a restringir as satisfações pulsionais provenientes do Id. Ele se coloca como uma ameaça ao imperativo de satisfação do Id que será destinada ao Eu, uma parte do Id que mantém contato com a realidade externa. O sintoma, então, aparece como uma forma de o Eu proporcionar satisfações almeçadas pelo Isso de acordo com o princípio de realidade e com as imposições do Supereu. Dessa forma, o segundo dualismo pulsional e a segunda tópica possuem significativas influências no conceito de sintoma. No texto “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926/2014, p. 31) coloca que:

O transtorno parte do sintoma, que, como verdadeiro substituto e derivado do impulso reprimido, continua a desempenhar o papel deste, renova constantemente a exigência de satisfação, assim obrigando o Eu a novamente emitir o sinal de desprazer e dispor para a defesa.

Em contraposição à noção do sintoma como uma solução de compromisso entre o princípio de prazer e realidade, o sintoma passa a ser entendido pela via da compulsão à repetição. Nesse texto, Freud explica que o sintoma surge como uma formação substitutiva que busca encontrar escoamento pulsional conforme as exigências do Supereu. No entanto, embora o Supereu não constitua mais uma ameaça, o campo pulsional insiste em se satisfazer pelo mesmo caminho do sintoma, evidenciando a ação da pulsão de morte na formação dos sintomas (Freud, 1926/2014).

De acordo com Maia, Pereira e Fontes (2012), na teoria lacaniana, o sintoma pode ser compreendido de três maneiras: como mensagem endereçada ao Outro, gozo e invenção. Dentre elas, privilegiarei a terceira leitura do sintoma, a invenção, mas penso ser necessário passar brevemente pelas duas primeiras leituras antes de apresentá-la.

No primeiro momento, o sintoma é entendido como “o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maya, ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição” (Lacan, 1998, p. 282 *apud* Maia; Pereira; Fontes, 2012, p. 53). Lacan faz uma leitura estruturalista de Freud a partir de Saussure, concebendo o inconsciente estruturado como uma linguagem e o sintoma como uma metáfora do desejo do desejo do Outro. Ademais, ele concebe o conceito de Outro como representante do registro simbólico: nascemos sem o significante que nos define, pois

ele pertence ao Outro e temos que aceitar sermos representados pelo seu significante para nos tornarmos sujeitos. O trabalho analítico consiste em fazer o sujeito falar a fim de decifrar o sentido do sintoma pela interpretação do significante, buscando transformar o sintoma e construir sua verdade.

No segundo momento, Lacan percebe que há algo de irreduzível na suplência do sintoma, de modo que ele também está ligado ao trabalho do sujeito para dar conta do real. O real, por sua vez, deve ser compreendido enquanto aquilo que “não cessa de não se inscrever” (Lacan, 1972-1973/1985, p. 127), remetendo à noção de compulsão à repetição. Em “O Seminário, livro 14: a lógica do fantasma” (Lacan, 1966-1967/2008), define o gozo como:

essa alguma coisa que tem relação com o sujeito, enquanto confronto com esse buraco deixado num certo registro de ato questionável, o do ato sexual. Ele é, esse sujeito, suspenso por uma série de modos ou de estados que são de insatisfação. Eis o que por si só, justifica a introdução do termo de gozo, que, do mesmo modo, é o que, a todo instante e – especialmente no sintoma – se propõe a nós como indiscernível desse registro da satisfação. Pois que, a todo instante, para nós, o problema é saber como um nó, que não se suporta senão de mal-estar e de sofrimento, é justamente isso pelo qual se manifesta a instância da satisfação suspensa: propriamente isso onde o sujeito se sustenta quando tende para essa satisfação (Lacan, 1966-1967/2008, p. 381).

Buscando tamponar a falta estrutural do Outro, o sintoma aparece como um modo de gozo a partir de um sofrimento referido a uma satisfação que não está regida pelo prazer como princípio, e que nunca produz prazer. Lacan classifica o gozo como um núcleo duro, intocável pelo sentido, que sempre busca a satisfação voltando para o mesmo lugar (Maia; Pereira; Fontes, 2012).

No terceiro momento, o sintoma é visto como invenção do sujeito, como aquilo que o constitui. Em “O Seminário, livro 23: O sinthoma”, Lacan (1975-1976/2007) utiliza o termo “sinthoma” a fim diferenciá-lo do sintoma como modo de gozo mórbido, e de articular os três registros, real, simbólico e imaginário. O sinthoma possuiu um caráter positivo, uma vez que o sujeito se vale dele para lidar com o irreduzível do real do sintoma e o compreende como fundamental para a sua estrutura. Ele não deve ser eliminado, mas sim trabalhado a partir da falta no Outro, para que o sujeito perceba sua implicação nele.

Em “O Rouxinol de Lacan”, Jacques-Alain Miller (2003) aborda o funcionamento dos seminários lacanianos a partir da invenção como um aspecto singular do ensino de Lacan. Torna-se desnecessário classificar o seu ensino de forma pragmática e artificial, uma vez que o fenômeno vai muito além: trata-se de um novo caminho para a psicanálise. Ele também comenta sobre o que é o caso a caso, algo que não faz espécie nem classe, diferentemente dos diagnósticos presentes no DSM, que são totalmente baseados em classes linguísticas. Com relação ao efeito de sujeito, ele ressalta que:

O universal da classe, seja ela qual for, nunca está completamente presente num indivíduo. Como indivíduo real, pode ser exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar com uma lacuna. Há um déficit da instância da classe num indivíduo e é justamente por causa desse traço que o indivíduo pode ser sujeito, por nunca poder ser exemplar perfeito (Miller, 2003, p. 7).

Em função da falta necessária do universal da classe no indivíduo, o sujeito aparece enquanto efeito singular. Ele é a exceção da regra, nunca um exemplo de uma regra ou de uma classe, ao passo que essas são sempre históricas e contextuais. Nesse sentido, o diagnóstico em psicanálise deve ser entendido como uma arte e deve ser valorizado na sua dimensão prática e experimental, uma vez que o manejo com o caso se dá em um meio intermediário entre o universal e o particular, tal como coloca Freud (1917/2014) a respeito da arte enquanto representação da fantasia na realidade. Por não possuir uma programação natural, o sujeito é obrigado a inventar o seu modo singular de se relacionar com a libido, ou seja, o seu sintoma.

De acordo com Marcus André Vieira (2001), no artigo “Dando nome aos bois: sobre o diagnóstico na psicanálise”, o diagnóstico tem sempre uma certa potência de classificação do eu e, assim, de forcluir a sua singularidade. Mesmo quando se utiliza termos diagnósticos como esquizofrenia, no âmbito estrutural, nunca é o suficiente para trabalhar o sujeito em psicanálise. Quanto ao diagnóstico de psicose, ele diz:

A constatação da ocorrência de neologismos, de uma determinada configuração paterna, ou mesmo de um fenômeno elementar, não são o todo de um diagnóstico de psicose, pois estes fenômenos só vão ganhar sentido inseridos em uma estrutura, que uma vez constituída indica apenas a maneira que este sujeito tem de ser diferente de todos (Vieira, 2001, p. 5).



Lacan destaca a noção de estrutura como o essencial do diagnóstico psicanalítico. Esse não se refere a uma mera descrição dos fenômenos, mas a uma organização que os antecipa e que faz com que eles se submetam a uma estrutura. O diagnóstico estrutural está articulado a uma nomeação simbólica que marca a singularidade do sujeito, e não que o insere em uma determinada categoria. Tal nomeação só pode se dar sob transferência, na medida em que essa dimensão se aproxima do ato e trará efeitos sobre o analista e o analisando. Logo, “dar nome aos bois” pode ter tanto a função de compor um rebanho, particularizar seus integrantes, quanto de abrir espaço para que surja alguma coisa do desejo, mantendo sempre a dimensão da falta como estruturante (Vieira, 2001).

Em "A radicalidade da experiência psicótica", Flávio Ferraz (2022), ao refletir sobre o extremo da experiência psíquica, se depara com a psicose como a mais exemplar situação extrema que se apresenta em sua clínica. Sobre a sua vivência, ele destaca:

O contato mais profundo do analista com a experiência do psicótico exige-lhe uma entrega excepcional. É seu aparato psíquico que se empresta a essa aventura estonteante, ou seja, para além da teoria necessária que o sustenta, é seu próprio ser- mente e corpo- que se deixa tomar pelo clima emocional do encontro (Ferraz, 2022, p. 192).

Nesse sentido, Ferraz (2022) salienta a importância da disponibilidade interna e externa por parte do analista no manejo com a psicose. Ademais, ele ressalta que a radicalidade da experiência psicótica se refere à "sensação de uma invasão intolerável" (Ferraz, 2022, p. 198). Ao passo que o Outro é recusado na ordem simbólica do psicótico, ele retorna no real de forma assustadora (Lacan, 1955-1956/2008), atravessando o psiquismo do sujeito; conforme ocorre no caso Schreber (Freud, 1911/1996), em que ele passa a se sentir perseguido pelo próprio médico, o doutor Flechsig e, posteriormente, por Deus.

A propósito da forclusão como um mecanismo de defesa em que o Outro detém o saber sobre o sujeito nas psicoses, Ferraz (2022) descreve um exemplo clínico com maestria. Manoel, médico esquizofrênico de 40 anos, é parasitado pelo Outro em decorrência do fracasso da defesa, fazendo com que ele seja açoitado por vozes de diabinhos enfileirados acima de sua cabeça, dos quais ele não possui gerência. Em uma dada sessão de análise, Manoel chega atordoado pelos diabinhos e solicita desesperadamente ao analista: "Mesmo você não ouvindo, você pode pedir para eles

pararem de falar? Porque, a mim, eles não obedecem. Mas você eles vão respeitar. Por favor, peça. Mesmo você não os ouvindo, eu sei que eles ouvem você (Ferraz, 2022, p. 195).

Ao pedir que os diabinhos ficassem em silêncio, e eles de fato se calassem, Ferraz (2022) se posiciona como secretário do alienado (Lacan, 1955-1956/200). Ele se mostrou disponível para acolher a demanda e marcar os limites ao psicótico. Embora Manoel ainda tema que os diabinhos se vinguem após a sessão, ele reconhece a autoridade do analista e a sua capacidade empática, de se colocar em seu lugar e de se emprestar para representar aquilo que lhe é irrepresentável. Logo, o encontro com o analista permite que Manoel diga algo sobre si e se inscreva no espaço e tempo.

Apesar da intervenção do analista tratar o Outro que acossa o sujeito, nada garante a Manoel que os diabinhos não se vinguem após a sessão. Lacan (1972/2003), em “O aturdido”, considera que o esquizofrênico está exilado da linguagem comum, sendo necessário fazer sua própria invenção para estabilizar um “eu” corporal e um lugar em um discurso. No caso de Manoel, a ação de solicitar ao analista que os diabinhos ficassem em silêncio se articula com uma necessidade, colocando algo de si mesmo em alguma coisa que já existia. No entanto, é preciso que Manoel invente uma determinada amarração que funcione para ele como um anteparo a essa invasão do Outro. Esse e outros aspectos da invenção serão abordados no próximo tópico, referente a passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental.

### **3.3 A passagem do particular para o singular na clínica psicanalítica no contexto da saúde mental**

Se vocês podem pensar com os músculos subcutâneos da testa, podem também pensar com os pés.

Jacques Lacan.

Segundo J.A. Miller (2003), em “A invenção psicótica”, a invenção seria diferente da criação “ex-nihilo”, na medida que a primeira parte de materiais já existentes, e a segunda surge a partir do nada, conforme descreve Lacan (1959-1960/2008) no “O Seminário 7, A ética da psicanálise”. Miller (2003) atribui à invenção o valor de bricolagem, termo francês que se refere a execução simples ou trabalhosa de pequenos trabalhos manuais, nos quais o próprio executor se implica corporalmente no processo. Tratando-se do esquizofrênico, a experiência corporal se apresenta enquanto

um enigma, sendo esse o aspecto particular da esquizofrenia. No entanto, Miller destaca que somos todos esquizofrênicos, uma vez que o corpo e seus órgãos são problemáticos para nós, embora adotamos soluções típicas para nos ligarmos a eles. Já os esquizofrênicos, eles precisam encontrar soluções singulares para se ligarem ao corpo, a saber, as invenções.

De acordo com Lacan (1972 *apud* Miller, 2003, p. 474), a “função de cada um de seus órgãos constitui um problema para o falasser. Isso especifica o esquizofrênico, ser capturado sem o socorro de nenhum discurso estabelecido”. Para o esquizofrênico, a maior parte dos seus órgãos passa fora do corpo, possui vida própria; uma vez que o corpo é estruturado enquanto linguagem e o fato de habitar a linguagem faz órgão para o seu corpo. No caso de um esquizofrênico brasileiro que Miller conheceu na Segunda Conversação Clínica, que se descrevia como “uma central telefônica sem telefone” e lhe dizia “Estou fora do corpo”, percebe-se que o próprio sujeito passa fora do corpo. Porém, ele encontra nos anéis e na faixa de cabelo uma forma simbólica de reunificar esse corpo fragmentado, sem estar em um discurso estabelecido. Essa seria uma invenção singular mais elementar.

Lacan considera a linguagem como um órgão fora do corpo que é enxertado no ser falante, de modo que ele precisa se questionar a respeito da função desse órgão-linguagem enquanto seu instrumento. Quanto ao órgão-linguagem, esse faz do sujeito um falasser, isto é, “(...) lhe atribui um ser, mas ao mesmo tempo também lhe confere um ter, um ter essencial que é o corpo” (Miller, 2003, p. 11). Enquanto falasser, o esquizofrênico é obrigado a inventar um discurso para poder usar seu corpo e seus órgãos, assim como a inventar uma função para o seu órgão-linguagem. Em “O seminário, livro 3: as psicoses”, Lacan (1955-1956/2008, p. 284) destaca que: “O sujeito psicótico está numa relação direta com a linguagem em seu aspecto formal de significante puro. Tudo o que se constrói ali não passa de reações de afeto ao fenômeno primeiro, a relação ao significante”.

Ele aqui se refere ao traumatismo do significante que o órgão-linguagem produz em um sujeito psicótico. Seria justamente esse traumatismo que o levaria a realizar uma invenção do sentido. Na medida em que o Outro é também uma invenção, o sujeito torna-se responsável pelo seu traumatismo e por instrumentalizar a linguagem. No entanto, existem psicóticos que ficam bloqueados por esse traumatismo do significante e permanecem no registro da não-invenção, sendo instrumentalizados pela linguagem

(Miller, 2003). Assim, torna-se imprescindível compreender de onde vem esse traumatismo do significante na psicose e tratá-lo através de invenções singulares.

Em “Com quantos elementos se faz uma invenção?”, Marcus André Vieira (2021) coloca que a invenção é capaz de definir um corpo onde antes havia apenas órgãos, em oposição ao “corpo sem órgãos” de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1972/2010) abordado no “O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia”. Ademais, ela é capaz de circunscrever o inventor e representá-lo pelo Outro a posteriori, como no caso de Arthur Bispo do Rosário. Esse foi um grande artista brasileiro, que ficou internado por 50 anos na Colônia Juliano Moreira, onde realizou obras nas quais os materiais utilizados eram desviados de sua função original para produzir um efeito inovador. Nesse sentido, esses materiais são entendidos como significantes, por fazerem sentido em um jogo de diferenças. Sendo a invenção um “saber se virar”, sobre a obra “Regador”, Vieira (2021, p. 6) ressalta:

Um exemplo é esta montagem-objeto de Bispo em que se entrelaçam: 1) o fio de seu uniforme de manicômio, 2) um objeto destinado ao lixo, um regador 3) uma palavra e 4) a ideia delirante de que deveria apresentar os objetos do mundo a Deus no julgamento final. Com tudo isso, ele inventou um meio de revesti-los para recriá-los com sua nomeação bordada. O efeito final é tão forte no Outro, nós por exemplo, que Bispo, com essa invenção entre outras, obtém, lugar no mundo em que vivia, renome e, suponho, estabilização.

No seu último ensino, Lacan demonstrou que a criação artística, além do delírio como pensado por Freud (1911/2010), pode também funcionar com um nó que amarra e organiza a experiência subjetiva, articulando-se ao sintoma. Não se trata da construção delirante, mas da obra, do fazer com o efeito de tratar o gozo. Desse modo, Arthur Bispo do Rosário buscava reproduzir tudo o que havia no mundo para mostrar a Deus, escrevendo com linha e agulha o nome das coisas e se inscrevendo enquanto sujeito.

De acordo com Fernando Tenório (2001c) em “Da reforma psiquiátrica a clínica do sujeito”, tanto a reforma quanto a psicanálise admitem o sujeito na psicose. No caso da reforma, o trabalho é de reinserção psicossocial do sujeito; enquanto o trabalho clínico da psicanálise é de fazer advir o sujeito na psicose. A teorização lacaniana da psicose afirma que, diante de certas injunções e exigências sociais, o psicótico não consegue responder como sujeito. Para tal, é necessário criar as condições para que se produza um sujeito como efeito do trabalho clínico, e não somente construir serviços ampliados e estratégias de cuidado que agenciem o doente mental no laço social.

Como exemplo da produção do sujeito através da escuta e intervenção clínicas, Tenório descreve o caso de Joana, jovem adulta invadida por vozes que a mandavam matar a sua mãe, mas que havia se convencido de que não o faria enquanto estivesse em tratamento no CAPS. Na véspera de um feriado religioso, a jovem gritava desesperadamente que poderia matar a sua mãe, já que não voltaria ao CAPS no dia seguinte. Frente a isso, Tenório lhe ofereceu a possibilidade de ficar internada, e ela prontamente aceitou. Porém, quando Joana comunicou sua decisão à sua mãe, ela ficou indignada e disse que filha não precisava ficar internada, porque amava a sua mãe e nunca a mataria. Assim, Joana fica confusa e diz: “Eu posso perguntar a minha mãe que eu adiei o dia de matá-la?” (Tenório, 2001c, p. 124).

A pergunta de Joana se apresenta de forma bastante evidente quanto a impossibilidade de se inscrever como sujeito naquele momento. Em função disso, a internação surge como um recurso para barrar o Outro, criando possibilidades para o estabelecimento de uma existência subjetiva menos invadida alucinatoriamente. No entanto, não será essa intervenção que localizará o sujeito, e sim abrirá o espaço de trabalho para que ele busque sua maneira específica de se estabilizar.

Na medida em que a escuta psicanalítica se manteve durante a internação, Joana foi capaz de dizer que, em sua adolescência, seu pai e sua mãe eram extremamente controladores com relação a sua sexualidade, exercendo práticas coercitivas apoiadas em um discurso religioso. Antes do seu primeiro surto, Joana não teria cumprido promessa de abstinência sexual e teria ido a uma cerimônia religiosa mesmo assim. Ao retornar para casa, ela conta que começa a ouvir as vozes que dizem para matar a sua mãe. A partir daí, foi possível começar a inscrever a escuta alucinatória de Joana em um discurso próprio, tarefa a ser realizada não somente pela psicanálise, mas por outras disciplinas no campo da saúde mental.

No texto “O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em Saúde Mental”, as autoras Daniela Costa Bursztyl e Ana Cristina Figueiredo (2012, p. 132) apresentam o método da construção do caso como “uma proposta de trabalho e de pesquisa de orientação psicanalítica que visa uma conduta em equipe a partir da transmissão da lógica única e singular do sintoma em cada caso”. Em contraposição a redução do sintoma ao transtorno mental, tal qual ocorre na psiquiatria biológica, a psicanálise compreende o sintoma como correlato do sujeito. Assim, a psicanálise apresenta uma abordagem que permite a passagem do particular – o diagnóstico – para o

singular- o sintoma- retomando o universal– as diretrizes de cuidados da saúde mental – através dos efeitos percebidos em cada situação clínica.

Quanto à construção do caso, ela se dá a partir de alguns elementos, dentre eles: a discussão diagnóstica, a expressão singular dos sintomas, a relação transferencial, as demandas individuais e os diversos momentos de um tratamento. Tais elementos orientam o trabalho multidisciplinar em saúde mental para um “saber-fazer” com o sintoma em cada caso. Dessa forma, são reunidas as diferentes narrativas dos protagonistas do caso, assim como dos seus familiares e outros envolvidos, com o objetivo de identificar a “falta de saber” que fundamenta o lugar do sujeito e do seu sintoma.

Com relação às contribuições freudianas e lacanianas sobre o sintoma, que foram abordadas anteriormente neste capítulo, as autoras concluem:

É, portanto, tomando o sintoma em sua dimensão de verdade que apreendemos a operação analítica com o sintoma como sendo capaz de produzir uma descoberta em torno desse “emaranhado” de significações que conduza a um saber fazer com o sintoma, sem acabar com seu ponto de obscuridade (Bursztyn; Figueiredo, 2012, p. 139).

Portanto, o sintoma nunca deve ser abolido, mas construído coletivamente no campo da saúde mental. É disso que se trata na construção do caso, de acompanhar o estilo do sujeito para que ele possa transmitir a singularidade do seu sintoma enquanto invenção. Ao passo que o pensamento estrutural de Lacan diz respeito à estrutura como um conjunto articulado de elementos diferenciados que funciona no momento atual com seus efeitos, é preciso ter em mente que a construção do caso está em constante movimento e transformação. Trata-se de responsabilizar o sujeito pelas suas invenções, por mais que juridicamente ele não tenha responsabilidade “plena” sobre seus atos (Bursztyn; Figueiredo, 2012).

Como exemplo clínico do método de construção do caso na saúde mental, abordarei o caso Leandro, que foi apresentado por Wagner Erlange em 2015 na Jornada da Delegação Rio Grande do Norte da Escola Brasileira de Psicanálise, como efeito de um trabalho coletivo de discussões clínicas, supervisão técnica e articulações teóricas. No ano de 2010, Wagner trabalhava em um CAPS III localizado em uma comunidade no subúrbio do Rio de Janeiro, onde atuava como psicólogo tanto nesse serviço quanto no matriciamento às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em uma dada supervisão, uma dessas equipes de ESF leva um caso de um homem de 44 anos que estava há trinta anos sem sair de casa. A agente comunitária de saúde (ACS) informa que, segundo a mãe do rapaz, ele teria vivenciado uma abordagem policial aos 14 anos de idade que teria lhe traumatizado tanto a ponto de não mais sair de casa. Em função dessa limitação, concluiu-se que o tratamento deveria ser iniciado através de uma visita domiciliar (VD), realizada por dois psicólogos, sendo um deles Wagner, e duas agentes comunitárias de saúde (ACS).

Durante a VD, embora Leandro a tivesse consentido, ele disse à sua mãe que não sairia do quarto para receber a equipe. Wagner insistiu que a mãe o chamasse para a sala que, por sua vez, assim o fez e não obteve êxito. No entanto, Leandro havia entregado a ela uma carta escrita por ele naquele mesmo dia, endereçada à equipe. Ao receber a carta, Wagner propõe lê-la em voz alta, a fim de compartilhar o seu conteúdo tanto com os profissionais presentes quanto com a mãe e seu filho que se encontrava no quarto ao lado. Dentre os trechos da sua carta, Wagner destaca os seguintes:

(...) Tive uma infância feliz mesmo morando na favela. (...) Os problemas só começaram na adolescência (...). Tive uma depressão. (...). Quando eu tinha 14 anos, (...) quatro policiais (...) chegaram com armas e muita violência (...). Minha mãe acha que foi isso que me fez ficar doente. (...) Parei de estudar e de sair de casa. Com o tempo passei a evitar as pessoas, até a minha família. (...). Tenho fobias e pensamentos obsessivos compulsivos. (...) Vi na TV que tem remédios pra esse problema. Eu queria tentar!

Em seguida, Wagner se ofereceu para ir até o quarto de Leandro, se afinando com a ideia de que o analista, com a sua presença e o seu desejo, pode se oferecer como objeto para um encontro possível com o analisando. Ele cita Brisset, no escrito “Dessa vida que vai além da vida dos corpos”: “O analista, ao se fazer consumir, pode provocar um gosto novo: a satisfação de falar oferta uma nova modalidade de degustação — a transferência — e aposta que, a partir da pulsão ali engendrada, pode-se alcançar o amor e, quem sabe, instaurar por essas trilhas, um desejo que não seja anônimo, que possa dar algum tempero a essa vida que vai além da vida dos corpos”. Creio que tal citação esteja em completa associação com conceito de secretário do alienado descrito por Lacan (1957-1958/1999), e que Wagner tenha sido influenciado por essa postura ao se oferecer a ir até o quarto de Leandro.

Após a proposta ter sido aceita por Leandro, Wagner adentra seu quarto, onde rapidamente foi instalado um dispositivo analítico e se deu a primeira entrevista. Leandro relata que, ao contrário do que sua mãe relatara, o seu isolamento começara antes do incidente com os policiais. Além disso, ele manifestou o desejo de iniciar um tratamento, ao dizer que gostaria de ter amigos, voltar a estudar e ter uma namorada. Nesse momento, Wagner se disponibiliza a retornar a sua casa na semana seguinte, e Leandro consente.

Na segunda entrevista domiciliar, o paciente ressalta que gostaria de ter um relacionamento melhor com sua família, lembrando de episódios felizes que tivera com seu pai e sua mãe. Já na terceira, ele reafirma o seu desejo de sair de casa, de modo que Wagner o convida a ir ao CAPS na semana que se seguia, e ele aceita o convite. Na sua quarta entrevista, realizada nesse serviço, Leandro coloca que não sentiu tanta dificuldade ao sair de casa e que, após o atendimento, acompanharia sua mãe no supermercado. Ademais, ele solicitou “o uso de remédios para o seu problema”, sendo também atendido pela psiquiatria nessa primeira ida ao CAPS.

A partir dos atendimentos, Leandro relatou que só possuía sua certidão de nascimento e solicitou ajuda para que fossem emitidos os seus documentos civis. Em seguida, ele reafirmou o seu desejo de retomar os estudos, sendo encaminhado a uma escola, que oferece um projeto de Educação para Jovens e Adultos (EJA) e voltou a cursar o ensino fundamental. Em função de toda essa melhora, a mãe agradece pela recuperação do filho e Wagner diz que “antes de qualquer coisa, a saída de Leandro se devia a ele próprio, ao seu desejo de sair”, responsabilizando-o pelo seu desejo.

Ao longo de seu tratamento, Leandro foi esclarecendo o desencadeamento dos seus sintomas de isolamento: “quando tinha 13 anos, um dia estava brincando na rua com meus amigos. Foi quando meu coração começou a disparar, pensei que ia morrer. Fui correndo pra casa (...) acho que tive a síndrome do pânico. Mas não teve um motivo específico para isso”. Assim, ele foi capaz de se descolar do discurso da mãe, que afirmava que ele teria começado com os sintomas de isolamento após a agressão policial, ao passo que ele teria apresentado fortes sintomas depressivos em seguida. Ele foi capaz de enunciar seu sofrimento de forma singular, destacando que não houve um evento traumático específico para que tais sintomas se instalassem.

Durante os trinta anos que permaneceu dentro de casa, Leandro evitou qualquer tipo de contato, inclusive com seus pais, dizendo que se sentia mal quando as pessoas o olhavam. Ele sentia que as coisas estavam sujas e que não conseguiria falar com



ninguém que o entendesse, como se o Outro fosse capaz de invadir e destruir a sua existência. Tinha também a sensação de que “a mente era muito grande e depois ficava pequena”, tendo essa sido vivida aos oito anos de idade. Na adolescência, Leandro conta que traficantes teriam entrado em sua casa com uma metralhadora, e que seu maior medo não foi de morrer, mas sim de que eles acendessem as luzes e pudessem vê-lo.

Devido ao medo de ser visto ser maior do que o medo de levar um tiro, as hipóteses diagnósticas apontavam para uma psicose. Entretanto, havia dúvidas a respeito desse diagnóstico, uma vez que parte da equipe considerava que tratava-se de um caso de neurose obsessiva grave ou TOC, pela forma organizada de Leandro se expressar e pela sua rápida estabilização, ao conseguir sair de casa logo após a terceira entrevista. Outros elementos, tais como os sintomas de isolamento e o ‘medo de contaminação’, cercado por rituais de limpeza das mãos e o ‘medo de sair na rua’, foram também considerados e apontavam para o diagnóstico de TOC. Porém, a informação dos “trinta anos sem sair de casa” representava um impasse quanto a essa hipótese diagnóstica de neurose obsessiva. Quanto às defesas criadas contra os sintomas de contaminação e isolamento, Leandro diz:

não sei porquê durante trinta anos criei um mundo mágico só pra mim. Lá eu podia fazer tudo, (...) qualquer coisa. Tentava fazer um mundo perfeito. Achava o mundo real poluído e barulhento. Antes eu via lá de cima do morro (...) os meus amigos de infância (...). O meu mundo era um paraíso. Levava as coisas do mundo real para a minha fantasia. (...) Eu pegava da realidade só o que eu queria. Era melhor que o mundo real. (...) Sei que aquilo é ficção, não é realidade. Era a forma que tinha de me relacionar. Hoje eu posso me relacionar diretamente.

A equipe se questiona sobre esse mundo mágico ser uma construção da ordem da fantasia ou do delírio. Wagner destaca que o retorno à escola pode representar uma solução subjetiva construída por Leandro para sustentar o seu desejo de sair do isolamento e de conquistar um lugar próprio no laço social. Ademais, diante dos questionamentos feitos por seus colegas de escola sobre sua vida nos últimos anos (onde trabalhava, se era casado, entre outras), Leandro se utiliza de um personagem, para não ter que dizer-lhes que ficou trinta anos sem sair de casa. Esse parece ter sido um arranjo produzido pelo paciente para se proteger do olhar invasivo do Outro, que era tão ameaçador.

Portanto, Leandro teria sido capaz de realizar essas invenções singulares para retornar ao “mundo real” e se restabelecer no laço social. Ao renunciar a organização

subjetiva de gozo (a de ficar em casa por 30 anos em seu “mundo imaginário”), Wagner ressalta que não seriam necessários mais trinta anos para que se desse seu tratamento. Esse durou cerca de 2 anos nos quais, após um ano desde o início do tratamento, Leandro já havia solicitado à psiquiatra a suspensão da medicação, e ela consentiu. Alguns meses depois, ele foi espaçando a frequência das sessões de análise no CAPS III. Após encerrar o seu tratamento, Wagner o encontra na rua e Leandro lhe diz que estava bem, que iria concluir o ensino médio no final de ano e que pretendia fazer vestibular para ciência da computação.

A seguir, tratarei de um relato de experiência sobre a dança como invenção singular da psicanálise no contexto da saúde mental, buscando demonstrar que, embora haja diferenças significativas, ambas estão abertas à invenção psicótica como condição de existência.

### 3.4 A dança como invenção singular: um relato de experiências

Foram me chamar  
 Eu estou aqui, o que é que há  
 Foram me chamar  
 Eu estou aqui, o que é que há  
 Eu vim de lá, eu vim de lá  
 pequenininho  
 Mas eu vim de lá pequenininho  
 Alguém me avisou  
 Pra pisar nesse chão  
 devagarinho  
 Alguém me avisou  
 Pra pisar nesse chão  
 devagarinho.

Dona Ivone Lara

O ano era 2017 e eu estava realizando o meu primeiro estágio em Psicologia, localizado em uma instituição de saúde mental de orientação psicanalítica no Rio de Janeiro. Houve uma terça-feira à tarde em que certa paciente psicótica estava muito agitada, a ponto de ficar descalça e não conseguir se locomover para a oficina de poesia. Utilizarei um nome fictício a fim de me referir a ela, que foi tão essencial na minha formação, tanto como psicóloga quanto como sujeito: Helena.

Paralisada, Helena estava sofrendo muito, pois estava sendo apossada pelo real, por ideias de que seu sobrinho poderia queimar seus cadernos em casa e de que a mulher dele poderia usar o seu perfume para não gastar o próprio. Resolvi circunscrever

aquele excesso: “Já que não fomos para a oficina de poesia, vamos pra musicoterapia! Você precisa acalmar essa angústia!”. A paciente, por sua vez, aceitou o meu convite e se dirigiu para o salão meio cambaleante, embora nem chegara no recinto e já gritava que queria dançar o jongo e cantar uma música.

Rodrigo, técnico responsável pela musicoterapia, tratou de organizar a situação: “Helena, você vai cantar depois de João e vai dançar o jongo quando terminar de cantar a sua música, ok?”. De início, ela não parecia muito satisfeita com a ordem estabelecida por Rodrigo, se intrometendo nas canções de outros pacientes e falando sem parar sobre o jongo que estava prestes a dançar. Entretanto, segurei sua mão durante toda a oficina e ela foi se acalmando, até que cantou “Mulher Rendeira” e pediu para ser filmada.

Em seguida, era o momento do jongo, uma dança que Helena praticava desde jovem. Para a minha surpresa, ela me convida para dançar ao seu lado: “Vamos dançar, L.! Você é bailarina, não é?”. Antes mesmo que eu pudesse lhe responder, ela me puxa rapidamente e começamos a dançar livremente. O jongo que ela havia proposto se transformou em uma coreografia autoral, com giros e quedas, na qual eu percebi pelo seu olhar menos arregalado que ela estava se sentindo melhor e mais organizada.

Daquele dia em diante, a relação transferencial com a paciente mudou completamente, e passamos a utilizar a dança enquanto sua invenção singular. A partir dos elementos do jongo, ela foi capaz de compor uma obra única, ao se movimentar pelo espaço seguindo o ritmo de uma música, seja na oficina de musicoterapia ou fora dela.

Como efeito desse trabalho clínico, Helena me convidou para dançar com ela no Sarau da instituição daquele ano. Os ensaios para o Sarau começaram sendo muito inquietantes, pois ela queria que dançássemos tanto o ballet “Giselle” quanto “O Lago dos Cisnes”, apesar de termos apenas cinco minutos de apresentação. Até que Helena teve a ideia de juntarmos os dois ballets em um, sugerindo que ela dançasse como Cisne Negro e eu como Giselle, ou seja, mais uma invenção singular para o seu repertório. Assim, desenvolvemos uma coreografia com a nona sinfonia de Vivaldi embora, no seu imaginário, estivéssemos dançando uma composição das músicas de “Giselle” e de “O Lago dos Cisnes”.

Seis anos depois, em 2023, enquanto eu estava elaborando esta dissertação, a paciente me liga e diz: “Luiza, quer dançar comigo no Sarau deste ano? O tema será Amazônia! Vamos dançar uma dança indígena?”. Ao receber essa ligação, fiquei extremamente emocionada em perceber que, mesmo depois de 6 anos, a dança ainda se

fazia presente enquanto invenção singular para Helena e seria possível recolher seus efeitos. Eu aceito o seu convite e lhe digo que vamos começar os ensaios na semana seguinte, e ela vibra.

Ao retornar à instituição, percebi que poucas coisas haviam mudado, tanto com relação à estrutura quanto à rotina. Afinal, ela funciona como um ponto de ancoragem para os pacientes que, em teoria, não possuem lugar (Vertzman *et al.* 1992, p. 24). Porém, vejo que agora os pacientes estão mais envelhecidos, mais silenciosos e isso me chama muito a atenção, pois costumavam ser expansivos e barulhentos. Até que vejo Helena sentada escrevendo mais um de seus textos, que quando me vê grita: "Finalmente você voltou! Vamos ensaiar!"

Iríamos ensaiar no segundo andar da instituição, onde havia espaço disponível e não atrapalharia as outras atividades que aconteciam simultaneamente. Entretanto, Helena diz que não conseguiria segurar o corrimão das escadas porque havia machucado sua mão mais cedo. Ela conta que, quando chegou à instituição, caiu nas escadas e achou que fosse morrer. Em seguida, ela diz: "Ainda bem que eu não morri e você voltou!"- e consegue subir as escadas normalmente.

Chegando ao segundo andar, Helena comenta que tem medo de não conseguir mais dançar por conta de sua idade e suas doenças. Eu lhe digo que dançar só vai ajudar, e que vamos dançar do jeito que ela puder. Assim, ela logo me solicita para procurarmos danças indígenas da Amazônia para nos inspirarmos. Na medida que vemos os vídeos, ela pede para mudar a busca para "danças indígenas na reserva da Amazônia", e depois para "o coração da Amazônia". Parecia que com essas mudanças ela encontraria o que estava procurando. Até que ela diz: "Podemos fazer a nossa própria dança a partir de uma música indígena?" E eu lhe respondo: "Você que manda!"

Começamos a procurar diversas músicas indígenas, até que encontramos "Jagatá Tenondé". Trata-se de uma música tupiguarani, em homenagem ao poder de Nhanderu, cuja letra significa: "Só alegria, mesmo na dificuldade, vamos seguir adiante". Pensei no quanto essa música representa a vida da paciente, que sempre seguiu adiante, mesmo na dificuldade, e como a dança poderia ser essa alegria para ela.

Após ouvirmos a música duas vezes seguidas, convidei Helena para dançarmos. Comentei que os índios pisavam forte no chão, jogando o peso para baixo, e ela começou a pisar dessa forma, soltando seus braços. Ao soltar os braços, ela segurou minhas mãos e começamos a viajar com os braços no espaço, como se fôssemos alcançar estrelas no céu. A partir disso, fizemos movimentos circulares com os braços,

que fizeram Helena sorrir de orelha a orelha, pois não achava que seu corpo era capaz de fazer aquilo. Ela se encontrava fechada, com medo de se machucar, e ao abrir os braços ela parecia querer abraçar o mundo novamente. Depois giramos e ela ficou mais feliz ainda. No final, ela propôs que fizéssemos a posição do guerreiro, e ficou muito realizada por ter sido capaz de fazer tal posição: "Luiza, nós vamos ficar famosas! Vai ser lindo!"

E, de fato, foi lindo. Apesar de termos ensaiado por dois meses, parecia a nossa primeira vez dançando juntas. Quando começamos a dançar no Sarau, percebi que Helena estava nervosa, como se o seu corpo não fosse capaz de aguentar até o final. Até que houve um problema técnico e a música parou. Nesse momento, ela me diz que não vai conseguir dançar como planejamos, e eu lhe digo: "Não se preocupe, eu te sigo!". A partir daí, surgiu mais uma invenção singular, pois Helena foi capaz de transformar a coreografia conforme sua necessidade e eu me dispus a acompanhá-la nessa aventura. Ao final, fomos aplaudidas de pé e ela me abraça: "Você é a grande artista, sem você eu não conseguiria.". Em resposta, eu lhe asseguro: "Sem você eu não conseguiria.".

Contudo, após a nossa apresentação, Helena me solicita para continuar a trabalhar na instituição, demonstrando que essa não tinha sido suficiente enquanto invenção. Percebo, então, que meu trabalho com ela funcionou como modo de esvaziar o gozo excessivo em diversos momentos, mas trata-se de uma paciente que demanda uma invenção conforme Miller (2003) coloca. Penso que, a partir do dançar, ela possa construir uma invenção, uma nomeação, de modo que o fazer com o corpo pode ser propiciador para a construção do próprio corpo. Pretendo desenvolver essa ideia em uma pesquisa futura, no curso de doutorado, a partir do seguinte título: "Gesto e experiência corporal nos primórdios e na clínica do extremo: a dança como movimento inspirador".

## **Considerações Finais**

Conforme foi discutido na presente dissertação, na Europa do século XVI, a loucura passou a ser vista como um problema social que ameaçava a ordem econômica e a segurança pública, precisando ser enclausurada nos hospitais gerais. Apesar do nascimento da psiquiatria em 1793, fundada por Pinel, o louco continuava a ser visto como um ser destituído de razão que precisava se manter isolado da sociedade, embora tivesse começado a receber tratamento médico. Foi somente no começo do século XX que tiveram início as apostas de uma relação de cuidado com a loucura inserida no social, a partir das colônias agrícolas. No entanto, essa realmente se consolidou no Pós-Segunda Guerra, devido à necessidade material de sobrevivência das populações e das semelhanças entre manicômios e campos de concentração que despertaram críticas e revoltas.

Em função disso, surgem as primeiras iniciativas de reforma da psiquiatria na Europa. Dentre as tantas, destacamos a psicoterapia institucional francesa e a psiquiatria democrática italiana como as principais influências para a reforma psiquiátrica brasileira. A primeira se configurou como uma reforma do espaço asilar, uma vez que afirmava o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, que busca dar lugar àqueles que não tinham lugar por meio da psicanálise e da terapia ocupacional. A segunda se articulou com uma crítica ao saber médico psiquiátrico, assim como uma revolução no tratamento da doença mental a partir da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da criação de um modelo de assistência em saúde mental territorializado.

No Brasil colônia do século XIX, percebemos que a loucura também surge como um problema social em meio a um contexto de desordem e ociosidade. Porém, diferentemente da Europa, ela aparece na sociedade rural pré-capitalista, na qual o trabalho estava diretamente associado à condição desqualificada dos escravos. Nesse sentido, o louco se junta aos marginalizados, que são enclausurados nas Santas Casas de Misericórdia e são tratados como inadaptados sociais. No final do século XIX, com a abolição da escravidão e a proclamação da República, houve a mudança para o sistema capitalista comercial e industrial brasileiro. Com isso, vimos que foi necessário criar condições para a manutenção e reprodução da população trabalhadora, assim como investir na assistência aos alienados pela criação de hospícios e hospitais psiquiátricos, tais quais o Hospício Colônia de Juqueri, Hospital Colônia de Barbacena e a Colônia Juliano Moreira.

Em seguida, ocorreram diversas tentativas de transformação da psiquiatria no Brasil, dentre as quais destacamos o trabalho de Nise da Silveira como revolucionário, no sentido da utilização da arte enquanto recurso clínico através da "emoção de lidar". Contudo, abordamos

o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria preventiva nos anos 1960 e 1970 como as principais influências para a reforma psiquiátrica brasileira. As comunidades terapêuticas surgiram como uma alternativa de reforma do espaço asilar, pressupondo uma reorganização da experiência institucional hierárquica em uma experiência comunitária democrática. A psiquiatria preventiva, por sua vez, é uma iniciativa essencialmente americana, baseada na identificação e na intervenção de sinais precoces de crise psíquica que podem evoluir para um adoecimento mental, visando reconduzir o sujeito a uma condição mais adaptada socialmente.

Entendemos também que a Reforma Psiquiátrica brasileira se articula enquanto movimento social político complexo que promove uma relação de cuidado mais ética e inclusiva com a loucura. Ela teve início no contexto de redemocratização do país e se subdivide em três períodos para Tenório (2002): o germinativo (final anos 70-80), o sanitarista (anos 80-90) e o de implantação (anos 90-2000). O período germinativo se caracteriza pela construção de ideais que visam criticar o modelo de assistência asilar, tais como a emergência de movimentos sociais em defesa dos direitos humanos do doente mental. O período sanitarista, que vai amadurecer essa crítica e aperfeiçoar os serviços e o tratamento dos usuários, não questionou os próprios pressupostos do saber psiquiátrico, como o monopólio do poder sobre a loucura e o mandato de exclusão social da mesma. Já o de implantação definiu um novo modelo de assistência em saúde mental no país pela Lei 10.216, baseado em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a saber, os CAPS.

Dos anos 2000 em diante, afirmamos que a reforma tem se dedicado à desinstitucionalização da loucura pela tentativa de capilarizar o atendimento em saúde mental na estratégia de Saúde da Família, tirando o CAPS do topo da hierarquia dos serviços substitutivos. Em 2011, com a Portaria GM/MS nº 3.088 que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vimos que os serviços que compõem a RAPS perpassam os três níveis de atenção à saúde e são integrados em sete componentes da atenção psicossocial, garantindo a atenção em saúde mental de base comunitária e territorial.

Entretanto, devido a conjuntura política desde 2015, ressaltamos que a reforma psiquiátrica brasileira passou a ser alvo de negociação. Durante o governo Bolsonaro (2018-2022), houve um enfraquecimento da RAPS e do SUS como um todo, assim como o direcionamento de investimentos governamentais a instituições de saúde mental privadas de caráter religioso, as comunidades terapêuticas. No período de pandemia (2020-2022), o Brasil viveu uma tragédia social sem precedentes, e as comunidades terapêuticas se aproveitaram dessa vulnerabilidade extrema. Em abril de 2023, a reforma psiquiátrica brasileira completou

22 anos de sanção. O ex-deputado federal Paulo Delgado lamenta que a saúde mental não tenha sido foco de atenção dos últimos governos, que corroboraram ativamente para o retrocesso da reforma psiquiátrica brasileira.

Quanto à clínica da reforma, que afirma o olhar para o sujeito e seu tratamento pela via da inclusão social, vimos que o seu princípio se refere à ideia de que a psicose é uma condição de existência, que abarca tanto a experiência subjetiva, quanto a dimensão pragmática da vida do doente mental. Ademais, a construção da clínica da reforma teve influências da psicoterapia institucional francesa, psiquiatria democrática italiana e da atenção psicossocial, além de uma forte contribuição da psicanálise. Essa afirma a positividade do sintoma, e não a sua eliminação, como preconiza a psiquiatria tradicional.

Discutimos também que a psicanálise sempre apresentou um caráter subversivo em relação às psicoterapias e à psiquiatria, uma vez que se constituiu enquanto uma nova maneira de escutar e dar assistência aos doentes mentais no final do século XIX e no início do século XX. Nesse sentido, entendemos que a psicanálise é uma clínica que rompe com ambas pela questão da cura, que pressupõe a restituição de uma saúde anterior à doença. Para a psicanálise, a cura não se reduz à eliminação de um sintoma, pois o sintoma pode ser uma solução, não apenas um problema. Assim, o saber em psicanálise não está posto, ele se constrói na experiência, na escuta, sob transferência.

Conforme foi destacado, para Freud (1917/1996) em “O sentido dos sintomas”, o sintoma neurótico é uma solução de compromisso entre o princípio do prazer e o princípio de realidade, possuindo um sentido ligado ao desejo reprimido que se manifesta na transferência. A primeira tópica freudiana afirma que o aparelho psíquico está dividido entre inconsciente, pré-consciente e consciente, e que esse é regido por dois princípios: o princípio do prazer e da realidade, ambos buscando a constância do nível de tensão interna. O princípio do prazer seria correlato ao inconsciente e o princípio da realidade seria correlato ao pré-consciente/consciente, fazendo com que os impulsos pulsionais precisem encontrar uma forma de se satisfazerem no mundo externo, ou não precisem encontrar por terem sido recalçados.

Contudo, ao longo de sua prática clínica, vimos que Freud foi reconhecendo um outro princípio que regia o funcionamento psíquico, que dizia respeito ao desligamento dos impulsos pulsionais, e não à sua ligação com o mundo externo. No texto “Neurose e Psicose”, após ter concebido o além do princípio do prazer, a pulsão de morte e a segunda tópica, Freud (1924/1996, p. 177) dá um passo adiante em sua teoria da psicose e estabelece a diferença estrutural entre neurose e psicose: “a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu



Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior”. Ele diz que o motivo da dissociação do ego com o mundo externo deriva de uma intolerável frustração do desejo por parte da realidade, de modo que o delírio é comparável a uma reparação de uma rachadura que se instaurou na relação do eu com o mundo externo.

À guisa de conclusão, penso que seja de suma importância reafirmar a disjunção entre prazer e satisfação na teoria psicanalítica com o conceito de pulsão de morte. A satisfação passa a não estar mais associada somente ao princípio do prazer, mas a algo além desse, podendo estar também relacionada ao desprazer e ao sofrimento. Assim, o sintoma passa a não ser apenas uma solução de compromisso entre o princípio de prazer e o princípio de realidade, mas um nó constituído em torno de uma modalidade de satisfação pulsional que inclui um além do princípio do prazer (Freud, 1920/2011).

Conforme abordado anteriormente, embora Freud não tenha podido se dedicar tanto a essa dimensão em sua obra, é a partir dele que Lacan (1959-1960/2008) propõe o conceito de gozo como uma situação anterior a todo significante, fazendo uma referência ao *Das Ding* freudiano. Nesse sentido, o gozo é o inacessível, o impossível e interdito àquele que fala. Ele destaca que algo acontece na economia do gozo que faz com que sejam inventadas novas soluções, principalmente no campo das psicoses.

No Seminário 3, constatamos que Lacan (1955-1956/2008) diferencia o campo das neuroses do campo das psicoses justamente pela relação do sujeito com o significante do Nome-do-Pai, isto é, sua posição frente ao Outro. Dessa forma, o psicanalista se aprofunda nesse estudo em função do psicótico sofrer de uma relação com a linguagem como consequência da forclusão do Nome-do-Pai. Uma vez que o significante do Nome-do-Pai instaura a interdição do gozo absoluto no simbólico, compreendemos que o psicótico se encontra invadido pelo gozo, devido à forclusão desse significante no simbólico. A não aquisição da significação fálica, ou seja, do falo como significante da falta que organiza o desejo e que permite a diferença sexual, faz com que o sujeito psicótico se encontre na linguagem, porém não munido de todas as suas propriedades. Ele não habita a linguagem, mas é habitado por ela.

Na psicose, devido à não inclusão do significante do Nome-do-Pai, o sujeito não conta com esse essencial ordenador simbólico e não está inserido na lógica fálica. No caso de Schreber (Freud, 1911/2010), vimos que isso fica extremamente claro quando ele é requisitado a assumir o cargo de presidente do supremo tribunal e ocorre o desencadeamento do surto, acompanhado de delírios e alucinações. Na ausência da metáfora paterna para

responder à exigência de subjetivação de um lugar que requer a significação do falo surge uma metáfora delirante para sustentar o sujeito psiquicamente e dar conta da sua relação com o mundo externo (Lacan, 1957-1958/1999).

No caso de Leandro, por sua vez, percebemos que a criação de um mundo imaginário foi essencial para que ele pudesse preencher o buraco que se instalou na sua relação com o mundo real, tal qual coloca Freud (1911/2010). No entanto, tratava-se de uma organização subjetiva de gozo, ao passo que essa fez com que ele permanecesse sem sair de casa por 30 anos, se afastando cada vez mais da realidade compartilhada. O tratamento realizado por Wagner teve o intuito de tratar esse modo de gozo, para que Leandro pudesse inventar soluções a fim de retornar ao mundo real. Dentre as soluções, destacam-se o retorno a escola e a criação de um personagem que justificasse a sua ausência durante os 30 anos. Tais invenções se relacionam com o que Miller (2003) propõe em seu texto, uma vez que são amarrações para o sujeito lidar com o traumatismo do significante.

Já os casos de Manoel (Ferraz, 2022), Joana (Tenório, 2001c) e Helena (“relato de experiências”) também estão referidos ao texto de Miller (2003), mas concluímos que esses não abordam invenções psicóticas propriamente ditas. Neles, predomina a função de tratamento e contenção do gozo pela via do fazer, e não de uma resposta de um sujeito ao ponto irreduzível da estrutura que configura um saber-fazer. Logo, uma invenção é a capacidade do sujeito sustentar uma determinada amarração que funcione para ele como um anteparo à invasão do Outro, ocupando o lugar de suplência ao significante do Nome-do-Pai, que encontra-se foracluído da estrutura.

Ao compreendermos que a reforma psiquiátrica reinventa a clínica psiquiátrica a partir da criação de dispositivos de cuidado que visam à produção de subjetividades inseridas no social, tal como coloca Amarante (2001), podemos considerar que a rede de atenção psicossocial também funciona potencialmente como um anteparo à invasão do Outro. Ao ser composta por sete componentes, ela se articula a uma rede protetora que, através de uma equipe multidisciplinar e de ações orientadas por uma ética de cuidados, busca o olhar para o sujeito de forma ampliada. Vimos também que a psicanálise visa o olhar para o sujeito, mas que ele se dá a partir de uma posição analítica que direciona o tratamento.

Nesse sentido, entendemos que a psicanálise fez com que o campo da saúde mental se abra para acolher, para além das particularidades, referentes ao diagnóstico e as ações de cuidado, também as singularidades, referentes ao movimento do sujeito inconsciente. Isso ficou evidente ao percorrermos o tempo dos ambulatórios, dos CAPS e do trabalho em redes articulado à atenção básica em saúde, os quais reafirmam a ideia de “desmedicalizar e

subjetivar”. Assim, percebemos que a principal contribuição da psicanálise para a saúde mental seria compreender a psicose enquanto uma questão de existência que é refratária ao laço social e a invenção como aquilo que cada sujeito faz para se situar singularmente na sua existência e no laço social. O trabalho do analista é de oferecer a ordem do laço social ao sustentar a relação transferencial a fim de que o sujeito possa se responsabilizar por suas próprias invenções.

Como foi visto no terceiro capítulo da dissertação, a clínica psiquiátrica trabalha a partir do diagnóstico, que particulariza o sofrimento em termos descritivos. Para saltar do particular para o singular na clínica psicanalítica, na qual o diagnóstico busca tocar no real da estrutura, é preciso realizar uma torção e, quando o particular se esfumaça, estamos no singular. Todos somos loucos, como diria Miller (2003), a questão é como cada um se enlaça, e como a gente trata os desenlaçados que chegam até nós em sofrimento. No campo da saúde mental, por conta das diretrizes do SUS, especialmente a de equidade (todos precisam de acesso, na particularidade de cada um), essa questão da passagem do particular para o singular é muito pertinente, principalmente nos dias atuais.

Nesse contexto de retrocesso da reforma psiquiátrica brasileira, percebemos que a Lei 10.216 e as políticas antimanicomiais estão sendo completamente negligenciadas, assim como os serviços do SUS voltados ao cuidado em Saúde Mental. No entanto, não devemos recuar diante da psicose, como afirma Lacan (1957-1958/1999). A invenção psicótica valoriza a diferença, a singularidade em todos os sentidos, permitindo que o sujeito se organize singularmente em sua existência e se engaje no laço social da melhor forma possível. Portanto, é urgente “fazer do limão uma limonada”, ou seja, tomar esse retrocesso como uma forma de resgatar a invenção como força motriz da clínica psicanalítica na reforma psiquiátrica. Somente assim será possível ir em frente.

Portanto, penso que o trabalho do analista é favorecer as construções que estabilizem o sujeito, e, na saúde mental, esse se faz de forma coletiva e integrada, possibilitando modos de amarração que promovem a autonomia do sujeito em seu território. Porém, o protagonismo do tratamento está no sujeito, ou seja, ele se dá a partir da sua escuta, dos debates com a equipe para pensar o caso clínico segundo os elementos trazidos por ele e também da escuta de outros que fazem parte da rede dele, mas sem suplantando a própria escuta do sujeito. Dentro disso, se faz extremamente necessário refletir com mais profundidade sobre a dimensão do sintoma na psicose, o qual será assunto de pesquisas futuras.

### Referências Bibliográficas:

AMANCIO, V. R. **Uma clínica para o CAPS**. 170 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2011.

AMARANTE, P. Paulo Amarante Fiocruz. Memórias da Reforma Psiquiátrica no Brasil: do nascimento da psiquiatria ao início da Reforma. **YouTube**, mar. 2020.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018.

AMARANTE, P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e a reforma psiquiátrica. Em QUINET, A. (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, M. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cad Bras Saude Mental**, v. 4, n. 8, p. 125-32, 2012.

APRESENTAÇÃO. **Escola Brasileira de Psicanálise**, *online*. [2023]. Disponível em: <https://www.ebp.org.br/carteis-e-intercambios/apresentacao/>

BICHO de sete cabeças. Produção de Laís Bodanzki. São Paulo: Buriti Filmes, 2001. 74 min. 1 DVD.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1968.

BREZOLIN, R.; CARNEIRO, N. G. Contribuições da Abordagem Psicanalítica nas Práticas em Saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e234671, 2022.

BUARQUE, C; HIME, F. **Vai Passar** (CD). Universal Music Ltda, 1884. 06 min 12 seg.

BURSZTYN, D. C.; FIGUEIREDO, A. C. O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 131-145, jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Gabinete do Ministro. **Portaria MDS nº 907, de 7 de agosto de 2023**.

Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIO, L. A.; TEIXEIRA, N. Z. F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521–525, 2012.

CAVALCANTI, A. Ética e assistência e saúde mental. *In*: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. F. (Org.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p.73-84.

CONDACK, M. **Para onde ir quando não se tem lugar?** Histórico e conceitos básicos da Psicoterapia Institucional Francesa. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2009.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O antiédipo: capitalismo e esquizofrenia I**. São Paulo: Editora 34, 2010.

DELGADO, P. G. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. *In*: VENÂNCIA, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. (orgs.). **Saúde mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro, Edições IPUB-CUCA, 1997.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 611–626, dez. 2011.

FERRAZ, F. A radicalidade da experiência psicótica. *In*: CARDOSO, M. R.; MACEDO, M. K.; ZORNIG, S. A.-J. (org.). *Figuras do extremo*. São Paulo: Blucher, 2022. p. 191-206.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1993a.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia** (L. Shalders, Trad.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993b.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Editora Forense-Universitária: Rio de Janeiro, 1977.

FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 19, n. 44, p. 78-87, abr. 2019.

FREUD, S. (1930). O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 75-174.

FREUD, S. (1926). A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. *In*: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 175-250.

FREUD, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. *In*: FREUD, S. (1926- 1929) **Obras completas, vol. 17**: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 13-123.

FREUD, S. (1924). Neurose e Psicose. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 205-209.

FREUD, S. (1923). O ego e o id. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-82.

FREUD, S. (1923). O eu e o isso. *In*: FREUD, S. (1916-1917). **Obras completas, vol. 16**: o eu e o id, “autobiografia” e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 9-65.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. *In*: **Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-75.

FREUD, S. (1919). Linhas de progresso para a terapia psicanalítica. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud**, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 86-92.

FREUD, S. (1917). Os caminhos da formação de sintomas. *In*: FREUD, S. (1916-1917). **Obras completas, vol. 13**: conferências introdutórias à psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 475-500.

FREUD, S. (1917). O sentido dos sintomas. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 305-322.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 161-171.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 75-108.

FREUD, S. (1913). Sobre o início do tratamento. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 74-89.

FREUD, S. (1912). Sobre a dinâmica da transferência. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1911). O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*). *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-89.

FREUD, S. (1911). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia. *In: FREUD, S. (1911-1913). Obras Completas, vol. 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-107.*

FREUD, S. (1904). O método psicanalítico de Freud. *In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 233-240.

FREUD, S. (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 159-183.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 51-71.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te corá, 1994.

GRECO, M G. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. *In: QUINET, A. (org). Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências.* Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2001. p. 111-120.

KLIER, N. **A violência do sexual e o impacto da pulsão de morte.** Curitiba: Editora Appris, 2016.

LACAN, J. (1975-1976). **O seminário, livro 23:** o sinthoma. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. (1972-1973). **O seminário, livro 20:** mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. (1972). O aturdido. *In: LACAN, J. Outros Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 448-497.

LACAN, J. (1966-1967). **O seminário, livro 14:** a lógica do fantasma. Recife: Publicação para circulação interna, 2008.

LACAN, J. (1964). Ato de fundação. *In: LACAN, J. Outros Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 235-247.

LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. *In: LACAN, J. Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 591-652.

LACAN, J. (1957-1958). De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose. *In: LACAN, J. Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 537-590.

LACAN, J. (1959-1960). **O seminário, livro 7:** a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. (1957-1958). **O seminário, livro 5:** as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. (1955-1956). **O seminário, livro 3:** as psicoses. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

LAURENT, E. O analista cidadão. *In: Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais.* Curinga. Belo Horizonte: EBP-MG, n. 13, 1999. p. 12-9.

MAIA, A. B.; MEDEIROS, C. P.; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-61, jun. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso).

MELO JUNIOR, W.; FERREIRA, A. P O Pioneirismo de Nise da Silveira e as Mutações no Campo da Saúde Mental. *In: VILHENA, J.; WINOGRAD, M. (Org.). Psicanálise e Clínica Ampliada:* multiverso. Curitiba: Appris, 2014, p. 10-22.

MILLER, J.-A. **O rouxinol de Lacan.** Carta de São Paulo, São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, v. 10, n. 5, p. 18-32, out./nov. 2003.



MUÑOZ, N. M. Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 1, p. 87–101, mar. 2010.

NOGUEIRA, Z. R.; FAVARETO, A. P. A.; ARANA, A. R. A. Saúde mental e ambientes restauradores urbanos em tempos de covid-19. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 33, 2022.

OURY, J. **Le collectif**. Paris: Éditions du Scarabée, 1986.

PITTA, A. M. F. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?** São Paulo: Hucitec, 2001.

RATTON, H. **Em nome da razão** [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes; 1979.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde de mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

ROMAGNOLI, R. C. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n.3, p. 525-536, 2009.

ROTELLI, F. A instituição inventada. *In*: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANTOS, T. C.; OLIVEIRA, F. L. G. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 73–82, jan. 2012.

SAURET, M-J. Psicanálise, psicoterapias, ainda... **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008.

SILVA FILHO, J. F. A saúde mental, a ciência e o bom cuidado. *In*: FIGUEREDO, A.C.; CAVALCANTE, M.T. (Org.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental**, Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001. p. 51-57.

SILVEIRA, N. Posfácio: imagens do inconsciente. Produção de Leon Hirszman. **Youtube**; 19 abr. 1986. 80min28s. Entrevista concedida a Leon Hirszman. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=EDg0zjMe4nA>.

SILVEIRA, N. **Do Mundo da Caralâmnia à Emoção de Lidar**. Produção de Luiz Gonzaga Pereira Leal, 1992.

SISTEMA Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

TENÓRIO, F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 23, n. 4, p. 941–963, out. 2016.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, p. 13-27, 2007.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25–59, jan. 2002.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Ed. Rios Ambiciosos, 2001a.

TENÓRIO, F. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO; A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001b. p. 85-99.

TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica a clínica do sujeito. In: QUINET, A. (Org). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro, 2001c. p. 121-131.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (org). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 55-72.

VERZTMAN, J. S.; SERPA, O.; CAVALCANTI, M. T. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B. J. R.; AMARANTE, P. (Org.), **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 17-30.

VERZTMAN, J. S. Será Possível Transformar a Prática do Ensino Prático. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. F. (Org.). **Ética e saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1994. p. 115-122.

VERZTMAN, J.; SERPA, O.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **Psicoterapia institucional: uma revisão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

VIEIRA, M. A. Com quantos elementos se faz uma invenção, In: **Revista Latusa**, n. 25 - Impossível tirar o corpo fora: Exílios e confinamentos, Rio de Janeiro, EBP-Rio, 2021.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois: sobre o diagnóstico na psicanálise. In: FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Psicanálise - Pesquisa e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001. p. 171-181.