

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Maryene de Paula Barbosa

MEXEU COM UMA MEXEU COM TODAS:
uma experiência clínica e institucional a partir do pequeno grupo de Lacan

Juiz de Fora
2019

Maryene de Paula Barbosa

**MEXEU COM UMA MEXEU COM TODAS:
uma experiência clínica e institucional a partir do pequeno grupo de Lacan**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Ronzani

Co-orientador: Prof. Dr. Jairo Roberto de Almeida Gama

Juiz de Fora

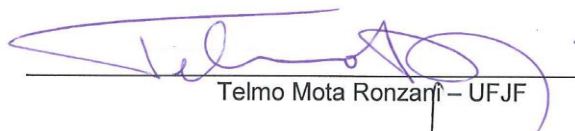
2019

MARYENE DE PAULA BARBOSA

“Mexeu com Uma Mexeu com Todas: uma experiência clínica e institucional a partir do pequeno grupo de Lacan”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 16/09/2019



Telmo Mota Ronzani – UFJF



Jairo Roberto de Almeida Gama – UFJF



Andreia da Silva Stener – Centro Universitário Estácio de Sá/JF



Aline Nogueira Silva Coppus – UFJF

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Barbosa, Maryene de Paula.

Mexeu com uma mexeu com todas : uma experiência institucional a partir do pequeno grupo de Lacan / Maryene de Paula Barbosa. -- 2019.

115 f.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Coorientador: Jairo Roberto de Almeida Gama

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. CAPS. 4. Psicanálise. 5. Clínica ampliada. I. Ronzani, Telmo Mota , orient. II. Gama, Jairo Roberto de Almeida , coorient. III. Título.

Às pessoas que com a morte em vida
pagaram o custo do nascimento de uma
clínica, e que da vida à morte instituíram
desejo para sustentação da ética
analítica.

AGRADECIMENTOS

À Freud, pai da psicanálise, por contribuir, com a descoberta do inconsciente, para instalação de uma fenda no saber cartesiano, acolhendo “descabimentos” como sinais para acesso à existência subjetiva.

Às pessoas em sofrimento psíquico, por participarem, mesmo sem saber, da escolha de meu percurso no campo da saúde mental.

Aos professores, supervisores e outras pessoas que participaram de minha formação profissional ao longo da vida.

Ao Professor, Dr. Telmo Ronzani, por me acolher, mesmo na diferença dos embasamentos teóricos e nos impasses colocados, não me deixando desistir dessa nova conquista;

Ao Prof., Dr. Jairo Gama, também por sua acolhedora aceitação de realizar a orientação deste trabalho, disponibilizando-me materiais teóricos e trocas de saberes fundamentais para a escrita de minha experiência.

Aos familiares e amigos, pelo amor, paciência, incentivo e apoio.

Aos colegas e parceiros de trabalho, em especial do CAPS Leste, pela confiança e pelo apreço que acompanharão meus passos onde quer que meus pés sejam convocados a pisar e meu desejo aceder ao pouso.

Se meus pés não me levarem para casa,
você me pega no colo e me leva? Por
enquanto vou ficar aqui,
depois eu decido.

Margô

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo apresentar uma experiência clínica e institucional a partir do pequeno grupo de Lacan, que utiliza o cartel como dispositivo clínico. Objetiva, ainda, apresentar as consequências desta intervenção para o cotidiano de práticas de um serviço de saúde mental. O objeto deste estudo é o grupo “Mexeu com uma mexeu com todas”, constituído por algumas mulheres em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Leste - um dispositivo assistencial vinculado ao Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora/MG - onde se desenvolveu a intervenção. O aporte teórico constitui-se dos campos temáticos da reforma psiquiátrica - tendo sido exploradas as categorias desinstitucionalização, clínica e reabilitação psicossocial -, e da psicanálise, com discussões sobre a ética do sujeito, a prática entre vários e o lugar do analista cidadão, por estarem relacionadas às práticas da clínica da reforma psiquiátrica, também conhecida como clínica da atenção psicossocial em Saúde Mental.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Saúde mental. CAPS. Instituição. Psicanálise. Ética. Grupo. Clínica. Clínica ampliada.

ABSTRACT

This dissertation aims to present a clinical and institutional experience from the small group of Lacan, which uses the cartel as clinical device. It also aims to present the consequences of this intervention in the daily practices of a mental health service. The object of this study is the group called “Mess with one, mess with everyone”, formed by some of the women undergoing treatment at the Psychosocial Care Center - CAPS Leste - an assistive device linked to the Department of Mental Health of the Municipal Health Department from the city of Juiz de Fora / MG - where the intervention was developed. The theoretical contribution is shaped on the thematic fields of the psychiatric reform - exploring the categories deinstitutionalization, clinical and psychosocial rehabilitation - and psychoanalysis, with discussions about the ethics of the subject, the practice among several and the place of the citizen analyst, for example, as they are related to the practices of the psychiatric reform clinic, also known as the psychosocial care clinic in mental health.

Keywords: Psychiatric reform. Mental health. CAPS. Institution. Psychoanalysis. Ethic. Group. Clinic. Extended clinic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 A CLÍNICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: HERANÇAS E INFLUÊNCIAS.....	13
2.1 EXPERIÊNCIA DE SANTOS E SÃO PAULO: PRÁTICAS INOVADORAS E INSPIRADORAS PARA A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL.....	29
2.1.1 A intervenção na Casa de Saúde Anchieta.....	30
2.1.2 A implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira.....	31
3 A PSICANALISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	36
3.1 A CLÍNICA AMPLIADA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	37
3.2 NOVAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	59
3.3 O ANALISTA CIDADÃO.....	63
3.4 A PRÁTICA ENTRE VÁRIOS.....	65
3.5 A APOSTA ÉTICA FEITA PELO ANALISTA.....	71
4 MEXEU COM UMA MEXEU COM TODAS: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E INSTITUCIONAL A PARTIR DO PEQUENO GRUPO DE LACAN.....	77
4.1 O SUICÍDIO DE UM USUÁRIO.....	83
4.2 MEXEU COM UMA MEXEU COM TODAS.....	84
4.3 A MORTE DE MARIA: EU VOU PROVAR QUE NÃO ESTOU BEM.....	85
4.4 A INTERVENÇÃO PELO PEQUENO GRUPO DE LACAN.....	87
4.5 DO ESTATUTO À ÉTICA: A REORIENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PELA CLÍNICA.....	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	107

1 INTRODUÇÃO

As questões que motivaram a escrita deste trabalho partiram da prática no campo da Saúde Mental, com destaque para uma experiência realizada com um grupo de mulheres que se tratavam em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, com alcances clínicos e institucionais, cuja análise pôde se dar neste estudo. Deste modo, o trabalho discute a prática em CAPS, um breve percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, a clínica institucional e as contribuições da Psicanálise, tendo a clínica como o norte das discussões.

“Mexeu com uma mexeu com todas”! *Slogan* de uma campanha criada por atrizes globais contra o assédio sexual no ano de 2017. Frase repetida por um grupo de mulheres que frequentavam o CAPS e que por afinidades se uniram com laço de amizade. Descolada de seu objetivo original, tal frase era utilizada por estas pessoas para se protegerem e se mostrarem fortes frente a quaisquer manifestações que entendessem como violência a si. Um ‘olhar torto’, uma receita não emitida como se queria, um resistência à diminuição dos dias em atenção diária, uma acusação de que a medicação não foi entregue corretamente. Tudo era motivo para o grupo se juntar e sob a expressão ‘Mexeu com uma mexeu com todas’ partir para a agressão física e verbal contra membros da equipe e usuários do serviço. Ao final da cena, outra expressão surgia: “vai me punir?”.

Tal situação mobilizava a equipe de profissionais no apaziguamento das situações de violência e proteção, restando a angústia de não saber como manejar e por isto muitas vezes as expressões: “Isso é caso de polícia!” “São histéricas. Não têm que estar aqui.”

A punição era outro tema que tomava a equipe. Havia um estatuto do CAPS em que constava a punição como uma saída. Tomava também os usuários, tanto que, em algumas assembleias, havia o clamor deles pela suspensão de outros usuários por brigarem dentro do CAPS.

Como forma de lidar, sem saber a priori o que fazer, a palavra era colocada e convocada a cada situação. Reuniões de equipe, acolhimentos dos usuários, questionamento das punições nas assembleias, discussão de casos.

Da coordenação, não menos que angústia frente a uma demanda de providências por parte da equipe e também de sua indagação quanto ao sintoma

tanto do grupo de mulheres, de cada uma daquelas mulheres e também da própria instituição.

Tendo a Psicanálise como escolha de seu direcionamento profissional, outro caminho para buscar respostas não era possível. Revisitando o livro “Psicanálise na favela”, publicado em 2008, que retrata a clínica dos grupos a partir do projeto Digai-Maré, um *insight* surgiu. Respostas exatas não se tinha (e não era para se ter mesmo), e por isso era possível se deslizar do imperativo fálico de resolver objetivamente a situação, mesmo com a gravidade instalada. Para se escutar qual era o sintoma apresentado, era preciso escutá-lo nas suas singularidades. Avisada de uma transferência já existente por parte dessas mulheres, a coordenadora as convida para formarem um grupo de trabalho consigo à frente, sendo nomeado “Mexeu com uma mexeu com todas”. A proposta era, então, poder mexer com todas para mexer com cada uma. Uma torção necessária para se ter acesso ao que de sujeito se expressava no grito do grupo. Uma aposta alicerçada na ideia de que, mesmo tendo muita coisa em comum, cada uma adoeceu a seu modo, vivenciou os efeitos da doença de modo diverso e se apresentou em sintomas de modo muito singular. Na medida em que a palavra circulava, as histórias de cada uma surgiam e deixava clara a percepção de como eram diferentes entre si. Dessa aposta e desse elucidar de singularidades, um certo reposicionamento se fez, não sendo mais necessário o grupo se juntar no sintoma da agressividade para ser escutado nos seus direitos e nas suas demandas.

Essa intervenção terapêutica com o recurso da palavra nem sempre foi possível, embora a inauguração de uma clínica da loucura tenha se dado apostando no contato direto do médico com o seu paciente e com o estabelecimento de um diálogo e de um olhar individualizado, pelo menos, no primeiro momento da constituição do Tratamento Moral proposto por Pinel.

Embora a história do início do tratamento da loucura tenha sido marcada pelo asilamento do louco, e o que posteriormente foi questionado inaugurando uma outra clínica, fato é que desse modo surge um tratamento que será retratado neste trabalho por meio de todo o processo da reforma psiquiátrica.

No primeiro capítulo, partindo de uma revisão bibliográfica acerca dos campos temáticos da Reforma Psiquiátrica, em especial nas categorias de desinstitucionalização, clínica e reabilitação, dedicamos a realizar um breve resgate da história da formação do campo psiquiátrico, com as considerações foucaultianas

sobre a concepção da loucura como doença mental e como essa concepção possui uma interface com o modo de organização social do trabalho e da economia. A mudança de uma sociedade pré-capitalista, artesanal e manufatureira para uma sociedade capitalista e industrial foi cenário da instituição da doença mental no contexto de sua não adaptação à nova ordem. Para esse aporte foi utilizado, para além da obra de Foucault, publicações de outros autores, como Resende (1990), Tenório (2001) e Desviat (1999).

Há na literatura, ainda, outros autores (Gladys Swain e Marcel Gauchet apud GAMA, 2012) que defendem o intento de Pinel como inauguração de uma clínica revolucionária. Argumentam que, antes do inaugural tratamento moral, os loucos estavam soltos pelo mundo como seres desprovidos de razão e sem condições de exercer cidadania. Pinel, ao propor o tratamento moral, aponta que não há falta total de razão, mas uma razão em contradição consigo mesma e aposta que a razão pode ser restabelecida, trazendo à discussão a ideia de cura. Com um outro olhar para o louco, numa mistura contraditória de cuidado, escuta, diagnóstico, tratamento, mas também controle, vigilância e punição, nasce a ideia de uma clínica, dedicando-lhe cuidado, escuta, diagnóstico e tratamento. Uma clínica que se contradisse quando da massificação dos asilos, prejudicando a viabilidade do diálogo no encontro individual do alienista com seu paciente, mas que francamente superou a inviabilidade do tratamento quando da explicação da loucura enquanto possessão demoníaca, contato com divindades ou alterações de humores do corpo que alteravam a mente.

Dessa contradição, outras propostas de tratamento surgiram, o que no contexto do Brasil será apresentado no capítulo “A clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando será discutida sua história, influências e as linhas de força que construíram suas bases teóricas e práticas. Nesse capítulo, serão apresentadas as duas experiências inaugurais e marcantes para a mudança da ideia de tratamento do asilamento à clínica da atenção psicossocial: a implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva, na cidade de São Paulo (SP), no ano de 1986, sendo o primeiro do Brasil; e a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, e, Santos (SP) no ano de 1989.

Vale dizer sobre a forte influência da experiência italiana de Baságli, para a experiência de Santos, com a bandeira da cidadania e do fechamento dos hospitais;

e da Psicoterapia Institucional, fundamento teórico da Psiquiatria de Setor Francesa que consolidou a presença da Psicanálise na Psiquiatria, para a experiência do CAPS Itapeva.

No segundo capítulo, o estudo será dedicado às contribuições da clínica psicanalítica para a atenção psicossocial, tema de grande relevância não só pela grande influência nos caminhos terapêuticos de ruptura com as práticas anteriores (que fundaram a Psiquiatria e a própria clínica tradicional da loucura), como por ser o norte teórico da experiência com o grupo 'Mexeu com uma mexeu com todas', cujos relatos clínicos e discussões teóricas se darão no terceiro capítulo do trabalho.

A revisão bibliográfica específica para estes dois últimos capítulos se alicerça nas contribuições da psicanálise nesse campo da saúde mental, com a exigência da escuta do sujeito e implicação deste no seu sintoma e com o seu tratamento, pautado por uma postura ética de construção de um saber inconsciente. Com discussões sobre a consideração de sujeito de desejo, consideração esta que direciona a postura ética e que apresenta questões inconscientes que são atravessadas por suas narrativas singulares, a pesquisa desta dissertação recorre às publicações de Freud e Lacan, bem como de autores contemporâneos como Viganó (2006), Figueiredo (1997, 2001 e 2005), Rinaldi (2005 e 2006), Laurent (1999 e 2001), dentre outros que se dedicam à interface entre psicanálise e saúde mental, para refletir sobre os conceitos de clínica ampliada, analista cidadão, prática entre vários, dentre muitos, intrinsecamente relacionados às práticas da clínica da reforma psiquiátrica, também conhecida como clínica da atenção psicossocial em Saúde Mental.

2 A CLÍNICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: HERANÇAS E INFLUÊNCIAS

Este capítulo visa discutir a reforma psiquiátrica brasileira, sua história, influências e as linhas de força que construíram suas bases teóricas e práticas. A psiquiatria, que nasce entre o século XVIII e o XIX, no contexto do projeto revolucionário francês, atravessa os séculos XIX e XX, passando por abordagens e perspectivas diversas e muitas vezes antagônicas na abordagem às pessoas em sofrimento mental grave. Desde o momento em que a loucura, como disse Foucault, ganha o estatuto de doença mental e a instituição asilar se estabelece como seu lugar de tratamento, o modelo doença-periculosidade-internação se configura como verdade inquestionável e se espalha pelo mundo. Em 1852, se instituiu no Brasil o primeiro manicômio (Hospício de Pedro II), na cidade do Rio de Janeiro, espalhando-se nas principais cidades os grandes manicômios públicos, superlotados e mal cuidados. Com a inflexão durante o regime militar em direção à privatização do setor, um aumento considerável do parque manicomial se deu, sem que tenha havido a oferta de serviços ambulatoriais minimamente razoáveis em comparação com a oferta hospitalar. E mesmo os poucos ambulatorios existentes eram, muitas vezes, apenas porta de entrada para um sistema que se orientava quase que integralmente para a internação, gerando o fenômeno da “porta giratória”. Sistema, portanto, inefetivo, excludente, caro (era o segundo gasto disponível para a saúde no Brasil) e perpetuador de violações básicas dos direitos humanos.

Mais de cem anos depois, as experiências reformistas do tratamento psiquiátrico que ocorreram na Europa do pós-guerra, principalmente na França, Inglaterra e Itália, finalmente chegam ao país, em pleno período de contestação ao autoritarismo político, com profissionais do campo da saúde mental, reivindicando uma transformação do modelo assistencial e a defesa de um sistema público de saúde eficiente e humanizado.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu em meio ao contexto da Reforma Sanitária dos anos 70, que reivindicava “mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos

serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2005, p.6). Além disso, a influência do contexto internacional de contestação do tratamento manicomial, especialmente a experiência italiana da Psiquiatria Democrática, visando à superação das violências institucionais, marcou a história reformista no Brasil. O período do pós-guerra europeu foi produtor de profundas transformações assistenciais naquele continente. Inúmeras inovações, projetos e experiências emergiram do choque causado pela descoberta da extrema violência que cidadãos, entre eles, as pessoas com sofrimento mental, sofreram durante aquele período. Os campos de concentração, lugar de exclusão e morte, encontraram inesperadas semelhanças com os manicômios europeus, abandonados e superlotados. Nesse contexto, um novo modelo de tratamento, plural, aberto e democrático começou a ser pensado, passando a ganhar forma.

É importante ressaltar que, para a Reforma Psiquiátrica acontecer, foi preciso uma primeira reforma no modo de significar a experiência da loucura, dando origem, assim, à própria Psiquiatria. Para isto, é preciso revisitar essa história, observando as organizações culturais, sociais e econômicas dos países. Essa história foi amplamente retratada por Michel Foucault e outros autores que serão referenciados neste texto.

Conforme Foucault (1978, p.78), na Antiguidade e Idade Média, a loucura “circulava, fazia parte do cenário e linguagem comuns.” É preciso refletir sobre este cenário considerando a forma como as sociedades pré-capitalistas se organizavam para o trabalho e apoiavam suas economias, a saber, no trabalho agrícola de subsistência e no artesanato para o consumo imediato ou trocas nos restritos mercados da época. Nesse modo de organização, era possível “acomodar largas variações individuais e (...) respeitar o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador”. Assim “aptidão e inaptidão para o trabalho não eram critérios importantes na determinação do normal e do anormal” (RESENDE, 1990, p.22).

Após a revolução industrial (século XVIII), sob um sistema capitalista, a economia, antes de base agrária, artesanal e comercial, passou a ter uma base urbana e industrial, gerando significativas mudanças nos modos de vida e no padrão de relações sociais anterior. O sistema de produção artesanal e manual se tornou serial, mecânico e padronizado. Toda a economia e toda a sociedade se reorganizaram em função do desenvolvimento da indústria.

Com essa transformação no modo de organização do trabalho, a loucura foi então elevada à categoria de um problema social. Tanto o homem rural quanto o urbano entendiam que a subordinação ao novo processo de trabalho regido pela industrialização, sendo vigiado e racionalizado para cumprir a produção serial e padronizada, representava uma perda da liberdade individual.

Assim, nessa fase de transição, foi notável o crescente número de mendigos, desempregados e pessoas sem moradia nas ruas das cidades (RESENDE, 1990, p.23). Conforme Michel Foucault, a “história do desatino (...) começa no momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se no grupo” (FOUCAULT, 1978, p. 78).

Como resposta a este cenário de desorganização social e de crise econômica, medidas de repressão e de ocultamento da miséria foram tomadas, surgindo, assim, os Hospitais Gerais, sem qualquer função curativa, mas cumprindo a função de exclusão social:

Destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral. É neste contexto que a loucura, durante tanto tempo manifesta e loquaz, será varrida da cena social. Confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais os doentes mentais iriam partilhar com os demais deserdados de toda sorte formas de punição e tortura (RESENDE, 1990, p.24).

É importante ressaltar que, para Foucault, a emergência da psiquiatria se dá como corolário de uma transformação histórica mais profunda na relação entre razão e desrazão. É na idade moderna que se inicia o que ele denomina como o silenciamento da loucura:

A constituição da loucura como doença mental, no final do século XVIII, estabelece a constatação de um diálogo rompido, dá a separação como já adquirida, e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um tanto balbuciantes, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão. A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio” (FOUCAULT apud Barros da Motta, 2006, p. 152).

Antes do Renascimento, a relação entre loucura e racionalidade seria muito mais fluida, hesitante e intercambiante. Sua apreensão se dava no contexto médico, mas também religioso e com isso a “desrazão” ganhava um sentido mais rico na

cosmovisão medieval, em que a relação do homem com Deus era pregnante no cotidiano daquela época.

Portanto, o que havia antes da modernidade era o que Foucault chamou de “grande internação”, na qual os loucos foram deslocados para instituições não médicas - os hospitais gerais - e submetidos a sanções do campo jurídico. Loucos e demais desviantes, como os vagabundos, mendigos, ébrios e bandidos passam a ter um estatuto social semelhante nesse período. Foi apenas a partir do surgimento do alienismo pineliano no final do século XVIII que a loucura como doença mental passou a ter, definitivamente, seu lugar.

Ao final do século XVIII, outra mudança na organização social se faz, influenciada pelas ideias do Iluminismo, pelos princípios da Revolução Francesa, pela declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos e pelas denúncias contra as internações. Começa, então, o ensejo de reforma social e institucional, um novo lidar com o louco-desviante que dá origem à própria Psiquiatria. Nesse momento, já não mais era possível o recolhimento arbitrário de diversos grupos de pessoas que subvertiam a ordem, e a cidadania exigia que se regularizasse a situação dos enclausurados nos chamados hospitais gerais. O louco, entretanto, por ser desprovido de razão, não era capaz de cumprir e respeitar o contrato social, devendo, portanto, ser recluso da sociedade, recebendo, porém, cuidados “dignos” de um cidadão, que por ser desprovido de razão, não era digno de cidadania em plenitude (TENÓRIO, 2001, p.22-23).

Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicetre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: Ah! cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção. Ao que Pinel teria respondido: Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousa esperar muito de meios completamente diferentes. O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma. (TENÓRIO, 1999, p.26-27)

Pinel, na França, foi um dos protagonistas desse primeiro ímpeto reformador, tendo sido incumbido, pelos reformadores da Revolução Francesa, da tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, separando o louco das

outras pessoas que desviavam a ordem. O gesto pineliano de redefinir as funções do manicômio (de asilo à instituição de tratamento), sustentou a origem moral da alienação e propôs que a essência dela era o desarranjo de funções mentais. O Tratamento Moral, que Amarante (1995) definiu como “utilização conveniente da disciplina” (p.26), se constituiu com o objetivo de restituir o equilíbrio rompido pela doença. Nas palavras de Pessoti (1996), “de devolver o alienado à ordem da racionalidade e dos afetos, de modo a fazê-lo reentrar na vida social ordenada e racional”. Deste modo, Pinel adotou a busca da cura pela exclusiva atenção aos processos mentais, abandonando a ideia de que os transtornos psíquicos teriam suas causas nas lesões cerebrais, ideia que justificava o uso de sangrias, purgações e medicamentos (RESENDE, 1990). Sobre a instituição asilar, esta se impôs como ambiente ideal de reordenação e reeducação.

A existência da doença mental pede um tratamento moral, advindo daí o fato de a intervenção terapêutica da psiquiatria ser menos uma medicação do que uma educação. A organização arquitetônica deve ser marcada intrinsecamente por uma característica médica: no hospício o que cura é o próprio hospício; o bom emprego do tempo é condição indispensável do processo de transformação do alienado em um ser útil e dócil: ele deve introjetar a lei moral do trabalho; a direção centralizada, conjugando saber e autoridade, encarna a norma de comportamento e estabelece as etapas do percurso terapêutico: o médico deve ocupar o topo da estrutura de poder característica do hospício (VIEIRA, 1981, p.53).

O nascimento da Psiquiatria, portanto, se dá quando a medicina incorpora a sociedade enquanto novo objeto, apropriando-se da loucura e fazendo uso de seu poder para controle social das pessoas. A loucura ascende, com a constituição da Psiquiatria, à categoria de doença mental, havendo a patologização e categorização dos comportamentos, o que foi possível pela “descoberta das monomanias”¹ (VIEIRA, 1981, p. 50).

Através das monomanias, como foram nomeadas as desordens mentais sem a presença de delírio, os psiquiatras conseguiram realizar a difícil tarefa de desvendar a subjetividade para codificar os comportamentos problemáticos em outros códigos e, portanto, não gerenciáveis pelos outros aparelhos. Dessa maneira, cumprindo a tarefa social de codificação de comportamentos desviantes e de solucionar o problema que se apresentava à sociedade de então, surge o diagnóstico, inaugurando o destino institucional. Inicialmente, asilo ou prisão, dependendo do acusado ser ou

¹ Conceito que define a loucura sem a ocorrência de delírio.

não monomaniaco; e, posteriormente, o desenvolvimento de um leque institucional, cuja diversificação se fará em função da diversificação das populações a serem atendidas (VIEIRA, 1981, p. 51).

Psiquiatria e manicômio surgem em relação dialógica, pois é com o hospital que a ciência da doença mental se instrumentaliza para intervir na vida social. No idealismo racionalista de uma organização social, a liberdade individual ocupa um lugar de base, e o atentado a ela representa uma injustiça. A legitimação do poder médico e da instituição asilar como local de tratamento e reabilitação faz a interpretação da retirada dessas pessoas do convívio da sociedade como um ato de proteção do homem enlouquecido, agora sob o status de doente mental.

Com o hospital, a Psiquiatria se constituiu, respondendo à demanda social de controle das desordens mentais que ferem a normatização do espaço público. Essa resposta, porém, mais se deu como um aparato legal de normatização, de controle da sociedade, do que pelo viés científico da medicina, o que acabou gerando críticas. Essas críticas surgiram dos próprios médicos, que passaram a sugerir reformas institucionais devido à verificação do fracasso terapêutico e à necessidade de maior autonomia médico-administrativa nas instituições.

A importância dessas críticas é desvelar a própria natureza da psiquiatria, que possui um duplo significado. Por um lado, é explicitada a exigência de medicalizar um espaço criado para a medicalização do louco. Todos os abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX colocaram essencialmente a questão do poder do médico e o efeito que este poder produzia sobre o doente, mais do que seu saber e a verdade que dizia sobre a doença (VIEIRA, 1981, p. 53).

No artigo “A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas”, Gama (2012) faz uma discussão acerca da constituição do saber psiquiátrico a partir das reflexões de Foucault e de Gauchet & Swain, apontando a existência de uma certa tensão entre duas explicações sobre a mudança no trato com a loucura. O pensamento foucaultiano avalia negativamente a iniciativa psiquiátrica, pois ao se dedicar à loucura, em resposta à lógica econômico-social do capitalismo, promoveu seu assujeitamento, transformando-a em desrazão e doença mental a ser tratada, perdendo sua liberdade e sendo encarcerada nos asilos. Gauchet & Swain, de modo diferente, defendem a psiquiatria como projeto revolucionário, considerando a constituição de uma nova racionalidade da loucura ao acenar para a possibilidade de cura, por meio de inventivas e novas maneiras de

lidar com o sofrimento. Segundo eles, antes de Pinel, a incurabilidade era tida como certeza absoluta. Desse modo, o asilo deixa de ser apenas local de tratamento, para ser local de cura dos alienados. Isto, entretanto, sem deixar de identificar a falência da instituição asilar.

As iniciativas reformadoras do asilo prosseguiram, assim, ao longo do século XIX. Porém, já na segunda metade desse século, a cena social foi marcada por deterioração das condições de vida das cidades, afluxo maciço de imigrantes estrangeiros para os EUA, já que na Europa o cenário era marcado por pobreza, conflitos e guerras; e pela necessidade de remover da comunidade os elementos perturbadores da ordem, causando um novo inchaço nos hospitais gerais e retrocedendo às possibilidades do tratamento moral (RESENDE, 1990, p.28).

Na segunda metade do século XIX, a economia mundial passou novamente por um processo de mudança em razão do que foi nomeado pela história como a segunda fase da revolução industrial, que se estendeu até a Segunda Guerra Mundial (1939–1945). Nesse período, as indústrias passaram a substituir a mão de obra humana pela mecanizada, visto a ascensão de novas tecnologias. As consequências disso foram desemprego e redução salarial, deixando a economia marcada pela pobreza da população mundial, e marcando a primeira crise do sistema capitalista, a chamada Grande Depressão, e posteriormente, a segunda crise do sistema capitalista, chamada a crise de 1929. Os efeitos dessa recessão econômica se deram em escala mundial, com características e intensidades próprias a cada país.

Surge neste contexto da Grande Depressão, o conceito e a prática organizativa do Estado de bem-estar social, quando o Estado passa a ser o agente da promoção social e da organização da economia, regulamentando toda a vida e saúde social, política e econômica do país, em parceria com sindicatos e empresas privadas, proporcionando, assim, o desenvolvimento econômico do país por meio de políticas sociais e com base na economia mista. Nesse novo modo organizativo da economia, o conceito de cidadania ganha força e, assim, influencia fortemente o novo arranjo para o tratamento dado à loucura.

A virada do século XX e o fim da Segunda Guerra Mundial, através do “crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento de movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias (...) a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à

conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido” (DESVIAT, 1999, p.23).

Quando o manicômio deixa de ser uma resposta satisfatória para as condições econômicas do país, passando também a ser alvo de diversas denúncias, algumas alternativas foram sendo construídas. As experiências de Psicoterapia Institucional e de Comunidade Terapêutica foram tentativas de humanização do hospital com estabelecimento de outras terapêuticas ainda internas ao hospital. Tal tentativa não culminara em mudanças significativas da lógica manicomial, seguindo, portanto, para o movimento de seu fechamento, tendo a Psiquiatria Territorial Italiana como experiência de destaque que muito influenciou os outros países. Passaremos brevemente por estas experiências.

A Psicoterapia Institucional, fundamento teórico da política francesa de setor, foi a experiência que consolidou a presença da Psicanálise na Psiquiatria francesa diante da forte influência desta na tentativa de tratar a instituição, reconstruindo um discurso que redesenha o cotidiano do hospital. De acordo com a visão dos profissionais que se dedicaram a esta experiência, a instituição deveria ser tratada como um todo, pois tanto os pacientes quanto os profissionais estavam doentes. Como se percebe, tratou-se de uma tentativa de salvar o manicômio (DESVIAT, 1999, p.25-26).

A Política de setor francesa buscava a estruturação de um serviço público de ajuda e tratamento, com acesso universal. Conforme Desviat,

Correspondia ao abandono do conceito de assistência, para chegar a uma estratégia de projetos terapêuticos individuais, considerando, ao mesmo tempo, a dimensão pública e coletiva dessa medida de saúde: a política de setor. Não foi apenas uma nova tentativa de fazer outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública (DESVIAT, 1999, p. 27).

Com essa proposta, o hospital deixaria de ser o único lugar para tratamento dos doentes mentais, para ser um elemento a mais num sistema complexo de cuidados e assistência. Porém, há que ressaltar que, se por um lado há um avanço da quebra do paradigma hospitalocêntrico, por outro, a tentativa de salvar o manicômio, modificando-o, humanizando-o, falhou, pois continuou tendo as mesmas características de antes.

Em outubro de 1988, visitou-se os velhos pavilhões de Sainte-Anne, considerado por muitos um baluarte da psiquiatria francesa, e encontrou-se em suas salas manicomiais o mesmo cheiro, os mesmos enfermos recentemente misturados, os mesmos pacientes crônicos e o mesmo desarraigamento do presente sanitário e social de qualquer outro hospital psiquiátrico, do primeiro ou do terceiro mundo, de 20 anos ou três atrás (DESVIAT, 1999, p.34).

Outra tentativa de transformar o manicômio se deu pela psiquiatria do serviço nacional de saúde da Grã-Bretanha e que ficou conhecido como Comunidade Terapêutica. Nesta experiência, a responsabilidade pelo tratamento passa a ser de todos os membros: médicos e pacientes. Iniciou-se com a experiência, em 1943, quando “Bion e Rickman organizaram os pacientes do hospital de Northfield (Reino Unido) – soldados com distúrbios mentais – em grupos de discussão, fazendo-os participarem da direção do centro do tratamento” (DESVIAT, 1999, p.34).

As comunidades terapêuticas foram a primeira aproximação entre Psicanálise e reforma institucional em psiquiatria, na qual cabia à Psicanálise um lugar de saber dominante em relação tanto aos pacientes quanto aos mecanismos da instituição e de seus profissionais(...)Pode-se dizer, com Ana Cristina Figueiredo, que o lugar da Psicanálise no momento atual de reforma é diferente: embora a psicanálise não deixa de ser visto como um objeto preciso, há a recusa da figura do psicanalista como “detentor d'O Saber”. Os valores da cidadania, da desmedicalização e da ação social prevalecem sobre os excessos interpretativos (TENÓRIO, 2001, p. 27).

Marcos nas reformas dos manicômios, tanto a experiência francesa de Psicoterapia Institucional quanto a inglesa de Comunidade Terapêutica comungavam alguns princípios, tais como “liberdade de circulação, espaços estruturados, contratos de entrada e saída fáceis de rever e acolhida permanente, dispondo de grades simbólicas e de mediações” (Oury apud DESVIAT, 1999, p.35). Mesmo tendo algumas características distintas, elas efetuaram, “juntas, a subversão de uma ideologia cristalizada na contemplação especulativa da doença, entendida como uma entidade abstrata, claramente separada do paciente da instituição psiquiátrica” (BASAGLIA apud DESVIAT, 1999, p.36).

A experiência italiana da Psiquiatria Democrática começou nos anos 60, com processos de denúncias e mudança da situação manicomial e teve seu primeiro momento marcado pela proposta de reforma do hospital, com medidas administrativas e de humanização, tendo as experiências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional como inspiração para o processo. Essa

transformação se deu com a assunção de Franco Baságlio, médico psiquiatra, como diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, objetivando “tornar o hospital de Gorizia um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos.” (AMARANTE, 2007, p.55) Num segundo momento, porém, vendo as limitações dessa possibilidade, Baságlio propõe seu fechamento devolvendo o doente mental à sociedade. (DESVIAT, 1999, p. 42-44)

Baságlio percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia. Franco Baságlio passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 56).

Outra experiência de Baságlio, marcante para a experiência italiana, e que constituiu o movimento da Psiquiatria Democrática, pretendendo a extensão da reforma para todo o Estado italiano, se deu no hospital de Trieste, no início de 1970 quando, além do fechamento do hospital foram criados outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, a saber:

- a) Centros de Saúde Mental – CSM, com funcionamento regionalizado, abertos 24 horas por dia conforme a experiência francesa, mas sem considerar o hospital como lugar possível para o tratamento da crise, havendo a ‘tomada de responsabilidade’ enquanto integralidade do cuidado na comunidade. A Psiquiatria hospitalar, quando necessária, era complementar ao serviço de atendimento comunitário, subvertendo a ordem anterior;
- b) Cooperativas de trabalho, respondendo ao problema da reinserção social de ex-internos cronicados e criando um novo pacto social;
- c) Construção de residências para que os ex-internos passassem a habitar a cidade.

Com essa nova forma de tratamento em Saúde Mental, a reforma italiana não defendeu a suspensão do tratamento, mas sim a constituição de novas possibilidades, de novas formas de entender e tratar a loucura. “A negação da instituição”, escreveu Franco Rotelli,

... não era a negação da doença mental nem da psiquiatria, nem tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que se relacionada com a recusa do mandato outorgado pela sociedade aos psiquiatras para que eles isolassem, exorcizassem e anulassem os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI apud TENÓRIO, 1999, p.44).

Essa ruptura com o hospital psiquiátrico foi amparada por mobilização social (estudantes e sindicato dos trabalhadores), com o lema “um ‘não’ redondo ao manicômio” (DESVIAT, 1999, p.44), aliando-se à reivindicação de um Sistema Nacional de Saúde universal e equitativo, tendo também o amparo legislativo com a lei número 180 de 1990, que condenou o manicômio, levando-o à extinção na Itália (DESVIAT, 1999, p.43). Consolidada a reforma em termos administrativas era preciso se voltar aos “estados de crise pessoal, de sofrimento psíquico, por mais que se fornecesse uma explicação social do problema” (DESVIAT, 1999, p.44).

Outro marco da história da Reforma Psiquiátrica foi a Declaração de Caracas. O início da década de 90 na América Latina foi marcado por declínio econômico e subdesenvolvimento, elevação da pobreza extrema e aumento das necessidades sociais frente a cortes nos gastos públicos. Em consequência disso, aumentou o número de pessoas com problemas mentais sem assistência adequada (DESVIAT, 1999, p.135-138). Identificado o manicômio, ainda em número elevado, e como um recurso fracassado, face à cronificação das pessoas em tratamento e às denúncias de maus tratos, com práticas que violavam os direitos humanos, inaugurou-se a Reforma Psiquiátrica nos países ibero-americanos através da Declaração de Caracas, chamando atenção para a “necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garanta o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais” (DESVIAT, 1999, p.135-136). Toda a região se mobilizou para a iniciativa de reestruturação da assistência psiquiátrica. No Brasil, políticos, usuários e profissionais realizaram um encontro em Brasília, no ano de 1992, que foi propulsor de um amplo movimento nacional a fim de obter consenso, entre os agentes envolvidos, de princípios, objetivos e estratégias da Reforma Psiquiátrica (DESVIAT, 1999, p.136).

Paralelo a isto, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – atuava na estratégia de ampliar a cobertura de atenção em saúde nos países da América, promovendo a transformação dos sistemas de saúde dos países da região, com

prioridade para ações universais de prevenção e assistência (DESVIAT, 1999, p.141).

Conforme visto, os movimentos de reforma psiquiátrica se deram de maneiras distintas, a depender das características socioeconômicas de cada país e do papel outorgado ao manicômio. No Brasil, a determinação da loucura enquanto problema social nos primeiros anos do século XIX, tendo como resposta a criação de instituições que, pelo isolamento da sociedade, visava controle e tratamento, se deu por circunstâncias diferentes das anteriormente apresentadas e vividas pelos países europeus e norte-americanos, uma vez que “a circulação de doentes pelas cidades, em contexto de desordem e ameaça à paz social” sendo obstáculo ao crescimento econômico se fazia em meio a uma sociedade rural pré-capitalista, e tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença. “Ainda não havia a industrialização, a urbanização maciça e suas consequências” (RESENDE, 1990, p.29).

A economia brasileira nessa época ainda era baseada no trabalho escravo, em atividade servil, havendo pouquíssimas restrições dignas ao homem livre. Assim, esses homens livres, e também imigrantes portugueses, recusando fazer o mesmo que os negros, se tornavam desviantes da ordem em circulação pelas cidades (RESENDE, 1990).

Como consequência da grande recessão econômica que assolava o mundo, conforme já visto anteriormente, o Brasil passou por problemas na exportação do café que acabou por acelerar o processo de industrialização do país, o que se intensificou após a II Guerra Mundial.

Do período colonial anteriormente caracterizado à proclamação da república, a Psiquiatria, ainda que tomando conhecimento de forma lenta quanto ao que acontecia na Europa e EUA, passou por mudanças, de empírica à científica, mas sem deixar de visar à manutenção da função social (RESENDE, 1990, p.53-55), visto que a exclusão era a “tendência central da assistência psiquiátrica” (RESENDE, 1990, p.36).

Na virada do século XX, o norte da reforma foi a crítica à insuficiência do hospital psiquiátrico, produzindo, por exemplo, as colônias agrícolas, espaços distintos do hospital, com objetivo de resolver a superlotação deste, além de oferecer tratamento por meio de atividades laborais agrícolas. A exclusão ainda permanecia como tendência.

Se até então a psiquiatria se voltava para o doente mental indigente, as condições político-econômicas que passava a vigorar fizeram com que a alterasse para uma prática assistencial atenta às massas de trabalhadores e seus dependentes, com funções de “preservar, manter e adestrar a força de trabalho” (RESENDE, 1990, p.59), caracterizando uma função produtiva para o campo do trabalho. O movimento militar de 1964 foi um marco divisório para essa mudança da psiquiatria, e sua ideologia privatista, aliada às condições precárias dos hospitais públicos e questões econômicas, favoreceu a contratação de leitos em hospitais privados (RESENDE, 1990, p.61).

De 1965 a 1970, houve um grande encaminhamento de pacientes para a rede privada, e esta foi uma das razões de denúncias e manifesto. A Psiquiatria, aliada à tendência privatista, criou o que se convencionou chamar de indústria da loucura, tornando o sistema dispendioso e cronificador. Como reação, surgiram as denúncias do favorecimento aos hospitais privados conveniados ao sistema de saúde e cobranças por mais eficiência desse sistema.

Em 1968, a economia brasileira passou por um grande crescimento, e junto a isto, surgiu o ideal de manter o doente na comunidade, não o afastando de seu vínculo de trabalho. Quando o fazia, era realizado controle do tempo de permanência no hospital. Se antes o ambulatório, criado como intermediário ao hospital psiquiátrico, era simples encaminhador para internação, agora passa a limitar a internação (IBID).

Na conjuntura econômica que remodela o destino do louco, visando sua permanência produtiva na comunidade, a reforma psiquiátrica ganha força quando deixa de visar ao aperfeiçoamento do asilo para fazer críticas aos pressupostos da própria Psiquiatria, “na condenação de seus efeitos de normatização e controle (...) tendo como marco o reclame da cidadania do louco.” (TENÓRIO, 2001, p.20).

A história registra várias tentativas de uma resposta social à loucura. Entretanto, somente após a segunda metade década de 70, o “agenciamento do problema social da loucura” (IBID, 2003) passa a ser na defesa de permanência do louco na sociedade, podendo exercer seus direitos e sua cidadania, sem a tendência à exclusão, mas sem deixar de reconhecer a internação como um recurso possível e em dignas condições de permanência. “É a tentativa de dar ao louco outra resposta social, ou seja, dar ao louco um outro lugar social” (IBID, 2003).

Vale dizer que a segunda metade da década de 70 foi marcada pelo combate ao estado autoritário, com críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Crítica aos excessos e desvios da assistência psiquiátrica, com denúncias de fraude nos financiamentos e maus tratos aos pacientes.

Com a insatisfação dos profissionais que atuavam nos hospitais psiquiátricos públicos, em especial nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Salvador, em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, reivindicando questões trabalhistas e a humanização da assistência, bem como liderando acontecimentos que fizeram avançar a luta antimanicomial, que elegeu o dia 18 de maio como meio de dar escopo ao movimento por todo o território nacional. Um desses acontecimentos foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ultrapassou o objetivo sanitarista de transformar apenas o “sistema de saúde” e de reformular o cuidado da loucura dentro das instituições, tendo por lema “Por uma sociedade sem manicômios: mudanças na cultura, no cotidiano e nas mentalidades” (TENÓRIO, 2001, p.32).

Essa mobilização nacional se deu em meio a um momento de transição política, com o Brasil saindo de 20 anos de ditadura militar para a redemocratização do país, tendo sido estabelecidas as bases para a reforma sanitária através da Conferência Nacional de Saúde de 1986, bem como promulgada a Constituição Federal de 1988, formalizando a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Em meio às dificuldades vivenciadas por muitos municípios quando da efetivação das diretrizes gerais, seja da reforma sanitária, seja da reforma psiquiátrica, foi possível observar a existência de práticas inovadoras que colaboraram para o fortalecimento do SUS e para a reconfiguração da política de saúde e de saúde mental no Brasil. O artigo de Luzio & L'Abbate (2006) faz uma apresentação do cenário político que ensejou o avanço da reforma psiquiátrica nos municípios brasileiros, de modo que o utilizaremos aqui para exposição de esclarecedoras informações.

De acordo com os autores, alguns municípios se destacaram no compromisso com a assistência em saúde mental, exigindo a participação dos governos federal e estadual na construção de instrumentos técnico-operacionais para a implantação e implementação de seus serviços.

Outro destaque desses autores para o fortalecimento da reforma psiquiátrica e da efetivação do SUS foi a assunção de cargos de gestão municipal da área da saúde por profissionais comprometidos com o movimento da reforma sanitária, quando da eleição de prefeitos do Partido dos Trabalhadores, em 1989, em São Paulo/Capital, Santos e Campinas, favorecendo a construção de novos dispositivos, com destaque para o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), em Santos (SP), e para o CAPS, em São Paulo, que influenciaram sobremaneira a política nacional em saúde mental.

Também as diversas formulações e reformulações legislativas acompanharam o processo de constituição da Política Nacional de Saúde mental no Brasil. Em 1998, o então deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou o projeto de lei número 3657 e que viria a ser a Lei da Reforma Psiquiátrica. Este projeto, entretanto, só foi aprovado, com modificações, em 2001, através da lei número 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Antes desta lei, porém, houve a importante publicação de duas portarias. Uma delas foi a portaria MS nº 189, de 1991, que dispunha sobre o financiamento dos CAPS e NAPS em nível nacional, com maior rigor ao controle das internações psiquiátricas. Outra, a portaria MS nº 224 de 1992 que estabeleceu as diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, reafirmou os princípios do SUS, instituindo e regulamentando a estrutura de novos serviços em saúde mental como CAPS/NAPS, sendo estes definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas, a partir de uma população adscrita segundo a localização, devendo ofertar cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os CAPS/NAPS podiam constituir-se, ainda, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendiam, também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (Brasil, 1992).

Embora de considerável importância, a portaria número 224 apresentou limitações por desconsiderar as diferenças teórico-conceituais e técnico-assistenciais entre CAPS e NAPS, igualando-as em uma modalidade única de serviço. Situação que se alterou com a Portaria do MS nº 336/2002, que optou

apenas pela nomeação de CAPS, serviço este estabelecido em três modalidades definidas a partir da abrangência populacional, de modo que possam realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Se antes da lei número 10216 já havia alguns instrumentos legais que regulamentavam as práticas de CAPS e NAPS, sua promulgação favoreceu a criação de outros arcabouços legais para sustentar os princípios reformistas, como a Portaria número 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial RAPS², reconfigurada no ano de 2017 pela Portaria número 3588 com a inclusão de novos serviços³.

² 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:
 - 1. Equipes de Atenção Básica;
 - 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas:
 - 2.1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF
 - b) Centros de Convivência e Cultura;
- II – Atenção Psicossocial, 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 em Hospital Geral;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Acolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Leitos de psiquiatria em hospital geral
 - b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial
 - a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

³ Art. 1º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

- "Art. 5º
- II -
- b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;
-

Atualmente, após grande avanço das transformações no campo da assistência à Saúde Mental, dispomos de um grande arcabouço normativo cuja exposição foge ao objetivo do presente trabalho. Por esta razão, foi limitado à exposição da Lei nº 10.216 e de algumas portarias, por serem marcas do processo de transformação, legitimando e impulsionando a criação de novas formas de tratar e lidar com o sofrimento humano.

Em suma, e tendo como base as considerações de Tenório (2002), pode-se dizer que a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, conforme visto, se deu pelo seguinte processo: crítica ao modelo privatista e asilar, logo segregador; ampliação dos atores sociais envolvidos no processo; iniciativa de reformulação legislativa e surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em Saúde Mental. Portanto, o processo de transformação da assistência em saúde mental no Brasil nos últimos 50 anos produziu um forte abalo na estrutura medicalizante e hospitalar. A estratégia de cuidados deixa de ser excludente e normatizadora para se tornar produtora de ações múltiplas e interdisciplinares de cuidado singular. O debate sobre uma ética do cuidado começa a se impor como ponto fundamental para o campo da saúde mental.

Vale lembrar que os princípios e iniciativas reformistas no Brasil se deram muito tardiamente em comparação ao contexto mundial. Assim, a experiência brasileira recebeu fortes influências de experiências externas. Entretanto, sua rede de serviços públicos em saúde mental é caracterizada como uma das mais abrangentes do mundo. Constituída por um campo heterogêneo de saberes e atores, e tendo a elevação da cidadania como norte central, a diversidade das experiências pôde conciliar a clínica (com influências da psiquiatria e da psicanálise) e a política, em seus campos cultural, social e jurídico, o que não era tão possível nas experiências de outros países.

2.1 EXPERIÊNCIA DE SANTOS E SÃO PAULO: PRÁTICAS INOVADORAS E INSPIRADORAS PARA A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL

V -

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;

b) Hospital Psiquiátrico Especializado;

c) Hospital dia;

Conforme visto anteriormente, em resposta à crescente demanda da sociedade por novos caminhos terapêuticos frente à nova conjuntura política e democrática do país, algumas experiências reformistas brasileiras ganharam destaque, a saber: a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), com a constituição de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS; e a implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo.

Essas experiências têm, entre si, alguns aspectos distintos, embora ambas de grande relevância antimanicomialista. Enquanto em Santos o objetivo era a constituição de um programa de políticas públicas, em São Paulo o foco se deu na constituição de unidade específica da rede pública, com caminho de reflexão para a clínica, ainda que a clínica ampliada, questionando pressupostos da tradição, mas ainda com forte perspectiva do interior da psiquiatria.

2.1.1 A intervenção na Casa de Saúde Anchieta

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta⁴, em Santos (SP), aconteceu na década de 1980, mais precisamente em 1989. Tratava-se de uma clínica privada conveniada ao INAMPS, tendo ocorrido denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus tratos. O Estado, em coerência com o novo conceito de tratamento da Saúde Mental, interveio com desapropriação do hospital, bem como com ações para extinguir a prática manicomial e o próprio manicômio, culminando na implantação de um programa de saúde mental de políticas públicas, com uma rede de cuidados em cujo eixo estavam os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS (TENÓRIO, 2002).

Com a intervenção, inicialmente os esforços eram voltados para a ambiência hospitalar, visando à garantia de mínimas condições de convivência. Para tanto,

...foram suspensas toda e qualquer situação ou ato de violência, proibindo-se as agressões verbais, físicas, as celas fortes, e os aparelhos de

⁴ Fernanda Nicácio, Roberto Tykanori Kinoshita e Antônio Lancetti foram nomes importantes no protagonismo dessa iniciativa.

eletrochoque foram desativados; abertos todos os espaços físicos internos do hospital, possibilitando a circulação das pessoas e o acesso das visitas aos internos; recuperadas as condições de higiene e alimentação dos internos, bem como suas condições de saúde; reconstruídas as identidades dos pacientes, por meio do uso contínuo de seus nomes próprios e da definição de locais (quarto e cama) para eles dormirem; resgatadas as histórias de vida dos internos, bem como realizadas a revisão de diagnósticos e medicação (Luzio & L'Abbate, 2006).

Inspirada nos princípios éticos da psiquiatria democrática italiana, essa intervenção instaurou uma nova ordem institucional, não sem o confronto de forças entre o poder público e os donos do hospital. A ousadia de virar o manicômio no avesso, negando a própria instituição e rompendo com a lógica da exclusão, orientou a implantação de uma política de saúde mental em Santos (Luzio & L'Abbate, 2006).

Vale dizer que a intervenção se dava tanto no espaço interno da instituição quanto no espaço social da cidade. Internamente, a direção do trabalho era a necessidade dos usuários, fazendo uso dos recursos coletivos e em espaços de convivência para as discussões acerca dos conflitos, desejos e reivindicações. Externamente, a ousadia era de facilitar o intercâmbio entre os pacientes internados e a comunidade, promovendo visitas desta ao hospital, ou levando os pacientes para as ruas por meio de passeios, visitas a exposições, idas a cinema, teatro e festas (Nicácio, 1994).

A ideia de territorialização e formação de vínculos também foi introduzida nesse direcionamento. Os pacientes foram reacomodados em alas e enfermarias de acordo com as suas regiões de origem, instituindo a prática de equipes de referência com a função de conhecer o contexto sócio-econômico-cultural daquelas pessoas, buscando, assim, recursos para ajudá-los a construir seus projetos de vida nos territórios (Kinoshita, 1997).

Um novo modelo de atenção em saúde mental se configurava, sendo criados, de 1989 a 1996, cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes e Serviço de Urgência nos Prontos Socorros Municipais (Luzio & L'Abbate, 2006). Os NAPS's, como já dito acima, ocuparam o núcleo central dessa experiência. Em regime aberto e com atendimento integral, era responsável por toda a demanda de sua região de abrangência, independentemente da gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, com ações de

hospitalidade integral, diurna ou noturna; atendimentos às situações de crises; atendimento ambulatorial; atendimentos domiciliares; atendimentos grupais; intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial (TENÓRIO, 2002).

2.1.2 A implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira

A implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira⁵, também conhecido como CAPS Itapeva, na cidade de São Paulo (SP), aconteceu no ano de 1987, sendo o primeiro do Brasil. Conforme TENÓRIO, o CAPS Itapeva, representando uma mudança de paradigma no campo da Saúde Mental no Brasil, visou à produção de um “novo modo de ação e uma nova concepção da doença mental, seu tratamento e sua cura” (p.37-38). Criado para ser substitutivo às internações nos hospitais psiquiátricos⁶, o CAPS objetivava o acompanhamento clínico das pessoas e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sem, entretanto, dispensar a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria.

Para promover uma ação terapêutica desse escopo e natureza, é preciso uma instituição que ofereça condições terapêuticas que inexistem nos ambulatorios e hospitais psiquiátricos: acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversificadas, nenhuma restrição apriorística quanto ao que é pertinente à ação institucional e ao tempo de duração do acompanhamento e heterogeneidade de pessoas, práticas e saberes (TENÓRIO, 2001, p. 38).

O CAPS Itapeva, sendo um modelo realmente inovador para a política de saúde mental, e posteriormente reproduzido em outros municípios, não possuía nenhuma experiência que pudesse referenciar suas ações, servindo de modelo. Por

⁵ No estado de São Paulo, entre os anos de 1982-1986, tendo como norte o projeto de saúde mental implantado em 1973, por Luiz Cerqueira, a rede de assistência extra-hospitalar foi ampliada com criação de ações em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e implantação de novos ambulatorios. Aos ambulatorios cabia, também, a responsabilidade pelo tratamento de pessoas com grave sofrimento psíquico, o que, ao longo das discussões e reflexões críticas quanto à prática cotidiana dessas ações, foi repensado face à sua fragilidade para este manejo clínico. Desse modo, o programa instituído caminhou em direção à construção do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, inaugurado em 1987.

⁶ Diferentemente do trabalho dos ambulatorios quando da tentativa de reformar o manicômio.

esta razão, seu primeiro ano de funcionamento se deu com muitas dificuldades e “não-totalmente seguro para defender uma concepção própria de tratamento para pacientes com problemas mentais graves” (p.28). Por isso adotou inicialmente o discurso de uma estrutura intermediária, furando a proposta substitutiva, “sendo uma unidade de saúde em um sistema hierarquizado de cuidados, indo da internação hospitalar ao tratamento ambulatorial e ao suporte da comunidade” (GOLDBERG, 1998, p.29). Daí sua estruturação enquanto um ‘lugar de passagem’, onde os usuários deveriam ser tratados até que suas condições clínicas se estabilizassem, para então, dar continuidade nos ambulatorios.

Após um ano de funcionamento, foi verificado que a proposta era demasiadamente genérica e pouco se diferenciava dos modelos que vigorava no sistema da rede extra-hospitalar, a saber, os ambulatorios. Por esta razão, “foi necessário um resgate da proposta formulada no documento original de criação do CAPS” (GOLDBERG, 1998, p.29). Era preciso criar um modelo de atenção voltado para a singularidade de uma clientela grave e com características próprias.

Vale dizer da frustração dos profissionais da equipe nesse primeiro ano. Profissionais que tinham experiência no tratamento da psicose, porém em contexto hospitalar e ambulatorial, e que estavam dispostos a realizar na prática a crítica que formulavam aos serviços tradicionais e conseguir efetivar um projeto CAPS. Atuar como estrutura intermediária, era, portanto atuar em sentido oposto à proposta de um CAPS.

Outra constatação dos profissionais, e que diminuiu a angústia e a sensação de que apenas ‘apagava incêndio’, era de que um paciente grave requer cuidados mesmo quando não está em crise, e que a crise, assim como o embotamento, são apenas formas diferentes de manifestação da gravidade. Logo, o modelo hierarquizado segundo a gravidade do caso não atendia o paciente integralmente.

No ano de 1988, reordenações internas com implicações profundas para a prática terapêutica deste CAPS se fizeram. O amadurecimento dos profissionais para o trabalho neste serviço público favoreceu a identidade do serviço como um modelo baseado em uma complexidade de procedimentos terapêuticos para o cuidado dos casos graves de adoecimento mental, com base em tarefas técnicas, administrativas e conceituais. Golberg (1998) enfatizou o papel crucial da quebra de paradigmas por parte dos profissionais envolvidos no projeto CAPS.

As mudanças só aconteciam porque as pessoas envolvidas no projeto iam aos poucos revelando atitudes novas perante o trabalho na saúde pública, historicamente marcado no Brasil, por sua tendência a enrijecer disposições criativas e a demover ânimo de transformação. A série de decisões só poderia alcançar efetividade se empurrasse a consciência do trabalho em equipe, e fundamentalmente se demonstrasse capaz de reverter premissas solidamente estabelecidas sobre o indivíduo que procura tratamento (GOLDBERG, 1998, p.37).

Conforme dito, o período inicial de funcionamento do CAPS Itapeva se deu numa posição intermediária entre ambulatório e hospital, e não de modo substitutivo a este, conforme idealizado e normatizado para o serviço. Na verdade, muitos outros CAPS que surgiram posteriormente no país seguiram até muito recentemente este modelo intermediário de articulação com o hospital psiquiátrico. Pode-se dizer, inclusive, que em cidades que ainda dispõem de hospital psiquiátrico o trabalho continua marcado pela complementariedade hospitalar. Depara-se, portanto, com a difícil tarefa de ser um serviço constituído para trabalhar contra a anulação do sujeito, contra o apagamento da subjetividade da pessoa com transtorno mental, e ao mesmo tempo não estar devidamente potencializado para escutar as questões de existência que podem estar no cerne do sofrimento.

Em seu projeto original, a prática clínica do CAPS privilegiava a tomada da fala do usuário "não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura impõe" (Goldberg, 1996, p.21). Rompendo com o modelo centrado na doença mental e na busca da remissão dos sintomas apresentados por meio de práticas morais, pretendia abordar a pessoa em sofrimento em sua condição de existência, a partir de um "campo terapêutico dilatado, que se constitui na relação médico-paciente para propiciar a emergência do próprio processo de defrontação e conhecimento da doença" (Goldberg, 1996, p.58-9).

Conforme Goldberg (1996), a proposta clínica do CAPS (que será melhor trabalhada no próximo capítulo) estava centrada na vida cotidiana da instituição e do usuário, favorecendo uma rede de sociabilidade através da qual se instalava a instância terapêutica, utilizando diversos dispositivos coletivos que se destinavam à circulação da fala e da escuta, da experiência, expressão, do fazer concreto e da troca, do desvelamento dos sentidos, da elaboração e tomada de decisão. Objetivando uma abordagem integral da pessoa em sofrimento, as intervenções deveriam recorrer a várias práticas terapêuticas (medicação, psicoterapia, grupos,

reuniões de usuários, atividades expressivas), com aporte de diferentes áreas do conhecimento e, principalmente, com toda uma bagagem de experiências práticas que desnudavam os efeitos terapêuticos dessa nova abordagem.

O direcionamento da clínica, entretanto, não se deu sem a devida tensão ocasionada pelo fato de que as questões de existência podem ser tanto aquelas que representam um contexto sociocultural e econômico quanto de existência subjetiva. Com isto, houve de um lado a defesa de que a função do CAPS deveria ser de exclusiva reabilitação psicossocial, enquanto que de outro havia a defesa de que o “carro chefe” da terapêutica deveria ser a clínica. Duas posições assim se acenavam:

(...) uma a de que se trata de formular uma clínica que organiza seus procedimentos segundo o objetivo de promover a cidadania do louco; outra, a de que no seio do paradigma clínico não há possibilidade de cidadania para ele, de modo que não se trata de reorganizar a clínica, mas de superá-la em prol da dimensão cultural e política da relação da sociedade com a loucura (TENÓRIO, 2001, p. 21).

Seja sob qual direcionamento for, fato é que os CAPS foram marcos para a constituição de serviços substitutivos ao manicômio, e não intermediários a este. David Capistrano, secretário municipal de higiene e saúde de São Paulo à época da abertura do CAPS Itapeva, pronunciou-se sobre a abertura desse serviço com a justificativa de que “somente criando uma rede de serviços substitutivos e construindo uma nova atitude da sociedade em relação aos dentes mentais é que seria possível superar o manicômio” (TENÓRIO, 2001, p.37).

3 A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Todo abismo é navegável a
barquinhos de papel.
Guimarães Rosa

O capítulo anterior discorreu sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e o quanto a trajetória teve um marco político de resposta à denúncia do modelo asilar em seu caráter de exclusão. As tentativas de reformas das práticas manicomiais, inauguradas pelo tratamento moral de Pinel, ensejou um primeiro remodelamento da clínica, um olhar para a importância da relação médico-paciente e a tentativa de tornar essa relação menos autoritária, vide as experiências das comunidades terapêuticas, discussão em assembleias e outras tentativas de gestão do espaço institucional mais abertas e negociadas. Mas, a clínica que de fato se constitui em caráter de reforma tal como defendida pelos trabalhadores, militantes e afins à Reforma Psiquiátrica Brasileira ocupou pouco espaço nestas discussões. A crítica estava voltada mais para a clínica psiquiátrica tradicional, fundamentada na ciência biomédica e nas práticas segregadoras que legitimaram a instituição asilar. A desinstitucionalização, nesse cenário inicial, visava à desconstrução da instituição asilar e da clínica psiquiátrica asilar (RINALDI, 2006). Somente após alguns anos do início do movimento de contestação, quando começaram a ser criados serviços

alternativos ou substitutivos ao hospital psiquiátrico, que a construção de uma outra clínica de fato entrou no cerne das discussões, constituindo a Clínica da Reforma Psiquiátrica enquanto uma lógica de contraposição à lógica psiquiátrica manicomial. Nesse cenário a psicanálise contribuiu sobremaneira.

Nas palavras de Amarante (2007) a desinstitucionalização, já em fase que avançara a crítica à clínica psiquiátrica tradicional, alcançara a necessidade de construção de uma nova clínica para o cuidado das pessoas em sofrimento mental grave, com outro arcabouço institucional (estrutural, clínico e ideológico) para viabilizar o tratamento. Da abertura ao encontro e diálogo entre conhecimentos diversos, num entrecruzamento complexo, plural e intersetorial, a Reforma Psiquiátrica caminhou para a constituição do campo da Saúde Mental articulada ao que se convencionou chamar de Clínica Ampliada.

Uma vez que o presente trabalho descreverá uma experiência clínica desenvolvida em um CAPS, cabe um breve retorno à explicação acerca desse serviço. Criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e de promoção da vida (Brasil, 2004). Acolhimento, tratamento, permanência em atenção diária, promoção da inserção social por meio de ações intersetoriais e do acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis, apoio matricial à atenção primária, bem com o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Retornando à constituição de uma rede de cuidados, esta foi um avanço almejado pela desinstitucionalização⁷ representando a concretização do fim de uma única forma de responder ao problema da loucura, como era respondido pelos manicômios. Constituiu o reconhecimento de que é preciso múltiplas e complexas formas para responder às demandas e necessidades das pessoas, que já trazem, em si, a marca da singularidade. A desinstitucionalização, assim, caminhou do lugar

⁷ Vale dizer que, embora não seja interesse desse estudo aprofundar no tema, falar de desinstitucionalização envolveria se dedicar aos campos teórico-conceitual, teórico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, que Paulo Amarante trabalha em seu livro “Saúde Mental e atenção psicossocial” (2007).

de crítica à instituição asilar, revelando a promoção de cronificação da lógica de exclusão asilar e avançando para a promoção da autonomia, cidadania e produção de subjetividades, nortes da Clínica da Reforma.

Nota-se que o percurso da Reforma Psiquiátrica e a constituição do Campo da Saúde Mental com um novo modelo assistencial não deixou de ser convocado pelos diferentes conhecimentos à construção de uma clínica, muito embora, como fora apresentado, o movimento da Reforma Psiquiátrica não tenha se dedicado inicialmente à construção de uma nova clínica. Resta, portanto, discutir como esta se deu no contexto da desinstitucionalização.

3.1 A CLÍNICA AMPLIADA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A convocação da clínica pela desinstitucionalização se fez com respeito às suas potencialidades e tradição, mas ampliando as estratégias de cuidado dos consultórios para os serviços criados pelo movimento, e destes para os espaços públicos, a cidade em sua totalidade. Assim como articulando matrizes teóricas de tradições diversas, da fenomenologia à psicanálise, das teorias sociológicas do adoecimento mental às estratégias de cuidado no território, e da atividade altamente especializada dos seus trabalhadores até a busca de abertura ao cuidado coletivo e não especializado deicineiros, houve, então a busca pela incorporação de outros elementos favorecedores ao tratamento no espaço sociocultural. Trata-se de um complexo processo que abarca as dimensões políticas, sociais, econômicas, epistemológicas e teórico-assistenciais.

Uma vez que uma das críticas da Reforma Psiquiátrica era o estabelecimento de um modelo fechado de tratamento, tanto por barreiras físicas quanto conceituais, fez-se necessário paradoxalmente remodelar o modo de tratar que se configurou muito mais como um processo do que como um modelo, visto que o entrelaçamento das variadas dimensões já citadas pressupõe movimentação e transformação (AMARANTE, 2007).

A origem grega da palavra clínica está em *Kliné*, definindo-a como procedimentos de observação direta e minuciosa, em que para observar o doente ou paciente o profissional deve se inclinar sobre o seu leito, expressão esta que já aponta o movimento de ir em direção à pessoa a ser tratada.

A qualificação da clínica como um modo ampliado de se fazer saúde, aumentando a autonomia das pessoas que recorrem aos serviços de saúde, da família e da comunidade deu origem à expressão “clínica ampliada”, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização⁸. Traz como diferencial a integração da equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com o caso, acolhendo a queixa do usuário, favorecendo a criação de vínculo, e compartilhando com este, e com seu entorno, a responsabilidade pelo seu cuidado e tratamento. Nesse modo de abordagem considera-se a vulnerabilidade e os possíveis riscos das pessoas e o diagnóstico alia o saber dos especialistas clínicos e a história de quem está sendo cuidado.

Através da escuta, o trabalhador da saúde vai buscar junto ao usuário, os motivos pelos quais ele adoeceu e como se sente com os sintomas, para compreender a doença e se responsabilizar na produção de sua saúde. É importante estar atento para os afetos entre os trabalhadores e usuários buscando a autonomia da pessoa diante do seu tratamento, ao mesmo tempo em que seu caso é tratado de forma única e singular (BRASIL, 2003).

Essa é a direção do cuidado reformista, que com suas particularidades convergentes e divergentes de ação, propõe um trabalho que extrapola a tradicionalidade da clínica, sem deixar de considerá-la, e permite a inventividade de ações não sem o amparo de princípios éticos. Tomando emprestado a expressão de Barros (2003), uma prática “sem standard, mas não sem princípio”.

Se esse campo é então marcado por convergências e paradoxos, riqueza que dificulta os dissabores da instituição totalizante, que sabe tudo sobre a pessoa a ser tratada a ponto de destituí-la de um saber e desautorizá-la do exercício da autonomia, da cidadania e do lugar de sujeito, também a expressão “clínica ampliada” é alvo de reflexões:

Embora consagrada, a expressão não deixa de receber objeções. Aqueles que acreditam que a clínica traz consigo a negatividade da experiência da loucura entendem que essas práticas não devem ser consideradas uma ‘ampliação’ da clínica, mas sim situadas fora dela, sem lhes prestarem tributo e sem estarem aprisionadas por suas categorias. Já os que valorizam a clínica como atividade que se faz junto com o paciente, orientada pela singularidade de cada caso e pela implicação ética do agente

⁸ A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

do cuidado, entendem que não há necessidade de descrevê-la como 'ampliada', pois ela não é senão a própria clínica, a 'boa' clínica, a clínica por excelência (TENÓRIO, 2001, p.72).

O novo modo de tratar pela clínica ampliada da reforma rompe com o paradigma manicomial cuja prática reduz a pessoa que procura os serviços de saúde à sua doença, como se houvesse um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais. Em uma prática ampliada, coloca as pessoas em sofrimento mental no centro das intervenções promotoras de saúde, relacionando-as com os diferentes contextos que compõem sua experiência subjetiva: biológico, social, histórico.

Figueiredo (2005) reflete sobre um novo olhar e uma nova forma de lidar com os sintomas propostos pela clínica ampliada da reforma, que não se faz silenciando e destituindo de uma dimensão existencial ou social. Tomando como referência a escuta de orientação psicanalítica para o trabalho de acolhimento na saúde mental, parte do princípio de que os sintomas são amarrações singulares, que guardam sentido em sua trajetória e vão evidenciando formas de posicionamento subjetivo. Desse modo, recolhendo significantes que constituem a história do sujeito e seu modo de estar no mundo, torna-se possível tecer um saber essencial para compor um projeto terapêutico.

Para traçar um panorama da construção da clínica da reforma no Brasil, tomaremos para análise nessa dissertação alguns trabalhos teóricos que participaram da abertura de caminhos ou foram momentos de reflexão produtivos para o campo reformista. Tomando a psicanálise como embasamento ético e teórico para a inventividade do ato clínico, esses trabalhos refletem o protagonismo desses autores nas práticas e constituições de serviços que iniciaram a configuração de uma outra lógica de cuidado: CAPS, NAPS e CERSAM's. Escolhemos autores brasileiros que desempenharam um exercício ao mesmo tempo clínico, teórico e militante do processo reformista brasileiro, compondo um quadro geral que nos serve de referência para a discussão sobre as clínicas postas em marcha pela reforma e como elas se articularam. Menos do que abordagens radicalmente diversas, estes trabalhos apontam mais para a gama de possibilidades no manejo clínico-institucional que se organizou em torno da reforma psiquiátrica brasileira em suas articulações territoriais e institucionais próprias. Dentro dessa perspectiva,

discutiremos a Clínica Peripatética, de Antônio Lancetti, a Clínica em Movimento, de Ana Marta Lobosque e a Clínica da Psicose, de Jairo Goldberg.

Em "Clínica Peripatética" (2014), o autor, Antônio Lancetti, apresenta experiências das quais participou com singular contribuição, constituindo uma clínica em saúde mental que rompe com o *setting* dos consultórios e das instituições, dispondo-se ao encontro das pessoas que precisam de tratamento nos locais onde vivem, trabalham e trocam afetos. Os seis capítulos do livro têm como base de sustentação a Reforma Psiquiátrica e sua evolução no tratamento de psicóticos e dependentes químicos⁹. O autor apresenta as contribuições da clínica peripatética na ampliação das possibilidades terapêuticas através da escuta do paciente e/ou de seus familiares, em lugares próprios a eles, preservando suas singularidades. Fazendo uso terapêutico de conversações e pensamentos que surgem durante o ir e vir de um passeio, atuou de modo a causar um atravessamento na clínica psiquiátrica tradicional, desconstruindo o manicômio pelo furo nos espaços e conceitos que convergem em reclusão e segregação. O próprio termo peripatético possui em sua etimologia a significação de "passear, ir e vir conversando".

Essa clínica praticada em movimento foi provocada pela necessidade de respostas condizentes às complexidades com as quais se apresentavam a pessoas que não se adaptam a protocolos clínicos tradicionais. Lancetti recorreu à etimologia da palavra clínica bem como do verbo clinicar¹⁰, que já foi apresentada nesta dissertação, para dizer que o trabalho na desconstrução manicomial é de uma clínica antimanicomial que trata de "pôr as pessoas de pé" (LANCETTI, 2014, p. 22), o que requer, em específico ao clínico peripatético, o desejo de cuidar e produzir mudança, o poder de afetar e ser afetado e a disponibilidade de trabalhar em ambiente não protegido.

A Reforma Psiquiátrica traz para a clínica uma exacerbação de complexidade. A consulta psiquiátrica, a entrevista psicológica e a visita domiciliar, os grupos terapêuticos e as oficinas de arte e de produção são recursos pobres para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas (LANCETTI, 2014, p. 51).

⁹ Expressão fidedigna à escrita do livro citado.

¹⁰ Etimologicamente *kliniké* significa cuidados médicos de um doente acamado e o verbo *klino*, inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente.

Das experiências relatadas no livro, com equipe de saúde mental volante atuando junto à equipe do Programa de Saúde da Família, da internação de crianças e adolescentes em condição de rua que posteriormente virou internação invertida¹¹ face ao fracasso da intervenção, do trabalho de redução de danos e de acompanhamento terapêutico, uma se faz em destaque para o objetivo desta dissertação: o de desconstrução manicomial através da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com início em 1989, culminando no fechamento do hospital em 1994. Vale ressaltar que Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômio, sendo referência para a reforma psiquiátrica brasileira.

Lancetti percebeu nessa experiência as mudanças dos pacientes quando ultrapassavam a porta do hospício entre entradas e saídas para as andanças pela cidade. Alguns se davam a este movimento, outros permaneciam no limite entre o dentro e o fora do prédio, deixando clara a promoção de identidades cronificadas pela lógica manicomial. Claro também ficava o nascimento de uma clínica reabilitativa face à desmontagem do hospital. Não bastava trocar o local de tratamento das pessoas com transtorno mental, mas transformar a forma de conceber a problemática da loucura, cuidar, pensar, e lidar com ela. Assim, a cidade se constituía como novo *setting* para a produção de subjetividade e cidadania. A estratégia do passeio era uma forma de movimentar a relação terapêutica, com injeção de afeto e enxerto de transferência para ter acesso ao que de mais íntimo habitava naquelas pessoas. Isto porque o centro da ação terapêutica fora colocado no campo existencial, e não na doença. Para isto era preciso negociar com os médicos dos hospitais, bem como com os outros profissionais, as estratégias clínicas através do projeto terapêutico daquela pessoa, de modo a provocá-los à criação de desejo de viver fora dos hospitais e de se relacionar com outras pessoas em outros locais e, para tanto, partir à exploração de seus territórios.

Lancetti justificou a divulgação de sua “*práxis e poiésis*”¹² *clínica*” (2014, p. 121) nomeada como peripatética enquanto contribuição para que outros

¹¹ Os profissionais se internavam com os adolescentes mais problemáticos em sítios, casas de praia ou acampamentos, com o objetivo de desterritorializar o contexto pedagógico e tentar algo diferente. Dentre outros relatos, o de um adolescente que dormia sem medo na Praça da Sé e que, com a desterritorialização que descortinou seu coração, manifestou medo de dormir no acampamento, dormindo com uma lanterna debaixo do travesseiro.

¹² Significa a ação ou a capacidade de produzir ou fazer alguma coisa, especialmente de forma criativa.

trabalhadores de serviços de saúde dessa lógica ampliada pudessem se lançar à construção de metodologias capazes de produzir saúde mental. Destituindo-se de qualquer pretensão acadêmica, não deixou de marcar-se com o diferencial traduzido no ato clínico de lançar-se no território não apenas para acompanhar o processo de reapropriação do espaço social por pessoas de alguma forma segregadas e excluídas, mas por identificar nesse território e nos efeitos de surpresa que, movimentando-se por ele acontecem, que se tratava de uma estratégia terapêutica de importante alcance à ressignificações e produções de subjetivação.

Podendo ser identificada como clínica do impossível, essa experiência carrega a possibilidade de ofertar cuidado a quem, por natureza, não faz demanda, não busca ajuda, não acomodando no profissional um sujeito-suposto-saber, conforme se dá no endereçamento ao analista em uma clínica de consultório, por exemplo. Em suas palavras, “são pessoas que não consultam o psicanalista nem o padre, pajé, pai-de-santo nem o pastor. (...) Parecem não amar ou são amadas de maneiras sinistras” (LANCETTI, 2014, p.102).

Tomando-a com a referência de uma clínica do vínculo, apresenta-se identificando a relação de força que fundamenta o efeito do ato clínico, e que se divide entre o “poder de pertencimento a uma organização sanitária ou derivado do prestígio da psicanálise e da psiquiatria e a força afetiva” (LANCETTI, 2014, p. 102). Essas duas fontes de poder, ainda que paradoxais, são imprescindíveis para que o terapeuta peripatético possa operar. A força afetiva, produzida pelo encontro, precisa estar tanto do lado da pessoa a ser tratada, como do lado do terapeuta. Dispostos a trabalhar em ambiente não protegido, os profissionais precisam estar “imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança” (LANCETTI, 2014, p. 103).

A esse ofício que se opera em movimento, Lancetti nomeou como *função-bá*, referindo-se à profissão de babá. Uma disposição a cuidar e nunca desistir, mesmo frente a dificuldades de diversas ordens, como uma nova crise ou suportando transferências maciças no caso de tratamento de psicóticos.

Sob a insígnia de clínica do território, também expressão dessa clínica peripatética, as ações de saúde mental abarcam a complexidade inerente às dimensões geográficas e existenciais em combinação com os diversos componentes da subjetividade (cultura local, mídia, religiões...), tendo Lancetti refletido como “complexidade invertida”. Na lógica da hierarquização de outros sistemas de saúde,

procedimentos realizados nos centros cirúrgicos ou em hospitais de grande porte são considerados de alta complexidade. Na lógica da saúde mental, porém, o que acontece internamente ao muro hospitalar produz efeito de cronificação, empobrece a produção inconsciente, tornando a vida das pessoas cada vez mais simples. Do lado de fora, suportar uma crise com contato físico não é fácil. Praticar a “democracia psíquica” (LANCETTI, 2014, p. 109) também não. Por esta expressão se caracteriza a suscetibilidade de todos os membros de uma equipe a relações vinculares e transferenciais, bem como a necessidade de negociação dos próprios conceitos e suposições dos profissionais para se abrir às significações e sentidos, às vicissitudes da vida concebidas pelas pessoas em tratamento. Complexo, por fim, porque, após o efeito de surpresa expresso pelo encontro do território geográfico com o existencial, é preciso elaborar um plano terapêutico, ao mesmo tempo singular e coletivo.

Para que esse trabalho que faz uso do território colha efeitos de processo terapêutico, o analista peripatético precisa, para além da *função-bá*, ocupar um lugar de “amigo terapêutico” (LANCETTI, 2014, p.114), expressão que se aproxima da ideia de “*enxerto de transferência*” (LANCETTI, 2014, p. 115), advinda da Psicoterapia Institucional.

Dedicado à ideia do coletivo em sua complexa função de fazer funcionar todas as estruturas institucionais em uma dimensão psicoterápica, e sendo convocado a falar sobre a transferência e a psicose, Jean Oury, psiquiatra e psicanalista lacaniano, iniciador do trabalho de Psicoterapia Institucional na clínica de La Borde, na França, se apoiou nas ideias de Gisela Pankow, psiquiatra e psicanalista francesa, muito influenciada por Freud, Lacan e pela fenomenologia, em suas construções acerca da ideia de que não se pode ter acesso às estruturas psicóticas a não ser pelo espaço, sendo o corpo o primeiro dele e representante de todos os outros. Em seu trabalho *O homem e sua psicose*, de 1989, Pankow defendeu a vivência de fragmentação corporal pelos psicóticos, remetida à impossibilidade de restabelecer uma ligação entre as partes e a totalidade do corpo. Essa elaboração teórica edificou o trabalho institucional de Oury (2009).

O psicótico não é bem delimitado, ele tem dificuldades com os limites de seu corpo, de seu espaço. Trata-se, então, de delimitar bem um espaço, mas no campo transferencial, por “*enxertos de transferência*”; a fim de que num dado momento algo de um discurso possa manifestar-se (OURY, 2009, p. 116).

A partir dessa ideia de privação da unidade corporal, e sendo os espaços institucionais os locais de encontros e acontecimentos onde a transferência se apresenta, Pankow utiliza o termo “enxerto de transferência”. Para melhor esclarecer, citaremos um trecho de Oury em que alude ao trabalho de Pankow:

[...] em todo trabalho analítico, na transferência (o que ela chama de enxertos de transferência), tenta-se reedificar, reconstruir com pequenos pedaços, em uma relação de transferência parcial, o que ela nomeia “a imagem do corpo” (...) que não é simplesmente a imagem do que se vê no espelho. Parece-me (...) que com as estruturas institucionais, pode-se muito bem acompanhar a reconstrução do corpo (OURY, 2009, p.113-114).

E mais:

Na esfera institucional, uma das tarefas essenciais é, portanto, trabalhar em relação ao espaço. (...) quando se diz “o espaço”, trata-se de uma topologia particular. Trata-se de tentar desimpedir “espaços do dizer” (por oposição ao dito). O espaço do dizer é o que permite que haja possibilidade do “dizer”. Pois, nos psicóticos, o que está alterado, as “lesões”, são lesões da “fabricação do dizer”. (...) Há dificuldades frequentemente insuperáveis para que se possa “dizer” alguma coisa. Dizer, isto não quer dizer falar; frequentemente o dizer está no silêncio. Não é o dito. E, nesse sentido, para que haja emergência, uma limitação, uma delimitação é necessária. Um discurso da ordem do dizer é o que Lacan chamava de “discursos sem falas”. É necessário recuperar o nível de existência do psicótico, o qual não consegue justamente delimitar-se (OURY, 2009, p.115).

Retomando Lancetti, a ideia de “amigo terapeuta”, este paradoxalmente se incumbem de ser alguém igual, a quem o sujeito se afeiçoa e em quem pode confiar, e alguém estrategista, avaliando permanentemente os passos do percurso. No atravessamento do limiar dentro-fora da instituição de internação, por exemplo, é por essa relação que vêm à tona lembranças antigas, sonhos e projetos. Na lógica do enxerto da transferência a quem não somente não tem demanda de tratamento, mas também não tem o que repetir na relação transferencial, quem participa do ir e vir não só é depositário dos aspectos ainda não formados da subjetividade do paciente, mas também o responsável por uma direção de tratamento a partir do que lhe é entregue.

Ao que no percurso se apresenta como aspectos para constituição da direção do tratamento, outra estratégia se faz, sendo utilizado a expressão “clínica cartográfica”. Algumas perguntas são formuladas de modo a por si só esclarecer essa questão clínica: “o que acontece entre um percurso e outro, como diz Deleuze

no entremeado de percursos? Trata-se de um ir e vir ou de um devir¹³ (...)diferencial na produção de subjetividade” (OURY, 2009, p.119)?

Inspirada na proposta de Gilles Deleuze e Félix Guattari, trabalha-se com estratégias que vão se produzindo ao longo do percurso que se deseja traçar, rompendo com modelos interpretativos de demandas psíquicas pré-estabelecidas. O ato clínico é entendido como a produção de um desvio ao impasse colocado, logo, produção de novos sentidos de vida. O que se pretende com a clínica é cartografar os fluxos da vida, acompanhar o desenrolar das relações que se estabelecem na cena da vida e aumentar a potência da capacidade de agir pelos encontros que é capaz de provocar (CORRÊA, 2015).

De um mapa a outro, não se trata de buscar sua origem, mas de uma avaliação dos deslocamentos. Cada mapa é uma distribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras, que necessariamente vai de baixo para cima, não é só uma inversão de sentido, mas uma diferença de natureza: o inconsciente já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires; já não é um inconsciente de comemoração, porém de mobilização, cujos objetos, mais do que permanecerem afundados na terra, levantam vôo (LANCETTI, 2014, p.118).

Essa clínica cartográfica, por ser completamente pautada na produção constante de ressignificações e de subjetividades, é, por si, uma clínica reabilitativa, nos termos da direção psicossocial. Sobre a proposta clínica de uso da cartografia, uma contribuição de Rolink (1989) se faz importante:

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (ROLINK, 1989, p.15).

Aspectos de multiplicidade e agenciamento também são acessados nessa proposta, uma vez que abre uma rede de conexões que, escapando dos modelos identitários, desfaz qualquer sistema de saber centrado na ideia de um “eu”, de uma interioridade. Essa proposta busca conduzir para a ampliação da experimentação

¹³ De acordo com o Dicionário Enciclopédico Ilustrado Larousse (2007) a palavra devir, do latim *devenire*, chegar; significa: **1.** Vir a ser; tornar-se, transformar-se. **2.** *Fil.* Movimento permanente e progressivo pelo qual as coisas se transformam.

com pessoas e coisas, o que potencializa os modos de pensar e agir. Na experiência de Lancetti, o ato clínico de levar as crianças moradoras de rua para um encontro com os internos do hospital psiquiátrico, se fez com essa perspectiva.

A experiência da clínica peripatética, portanto, surgiu a partir da necessidade e do desejo de profissionais trabalharem no espaço de fora da instituição, identificando os cenários fixos que a cidade oferece como produtores de novas subjetividades para as pessoas institucionalizadas no hospital psiquiátrico. No ir e vir dos passeios, esse espaço que se acessa em movimento pode ser um agenciador para se acessar o inconsciente do paciente, dando as pistas para o plano terapêutico e para a produção de subjetividade.

Outra importante contribuição teórica construída a partir do relato de experiências que sustentaram uma “outra clínica” para o cuidado de pessoas em grave sofrimento psíquico, agora em contexto de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico denominado Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM, em Belo Horizonte/MG, se dá pelo livro “A clínica em movimento”, de Ana Marta Lobosque (2003). Militante do movimento da luta antimanicomial e trabalhadora desse serviço de atendimento ao sofrimento mental grave, a autora se endereça à Psicanálise¹⁴ identificando-a como um “instrumento eficaz e arma decisiva” (LOBOSQUE, 2003, p. 49) numa estratégia de “retirar a clínica da Saúde Mental de sua tradicional função de controle social feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas” (LOBOSQUE, 2003, p. 11).

Garimpando em Freud e Lacan os componentes revolucionários da psicanálise, que contribuem para politizar o espaço da clínica, reconhece, também, aqueles que se fazem cúmplices do modelo de controle e codificação moral. A crítica se localiza quando do uso da função clínica como o eixo central da estratégia de cuidado, atuando em parceria com uma engrenagem de poder que responsabiliza unicamente a pessoa pelo seu sofrimento. É o que se dá quando em serviços substitutivos, os profissionais, aos moldes da clínica tradicional, oferecem o recurso da escuta, para o paciente elaborar questões ou construir uma metáfora delirante.

¹⁴ Ana Marta Lobosque destaca a presença da psicanálise em todo o percurso mineiro da luta antimanicomial

Logram no impasse de uma impossibilidade de resposta por estas pessoas em sofrimento mental grave (psicóticos), por justamente revelarem dificuldades ou impossibilidades de acesso a recursos de elaboração ou metaforização quando algo “transborda, desagrega ou invade” (LOBOSQUE, 2003, p. 90).

Se o movimento reformista buscou justamente repensar e construir uma outra forma de lidar com a loucura, a dedicação e o convite de Lobosque foi de se ousar em uma clínica em movimento, sustentando-a em ato analítico e político. Trata-se de “uma clínica que não caminha para si mesma, mas combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens” (LOBOSQUE, 2003, p. 21).

Nesse contexto, Lobosque justifica que seu endereçamento à Psicanálise não se faz no sentido de saber como e se é possível sua condução no âmbito de uma instituição, nem mesmo saber se suas bases e fundamentos colaborariam às diversas atividades. O que lançou a autora nessa aposta foi uma contribuição de Lacan com conceitos novos relativos ao desejo, que sinalizavam a possibilidade de “uma prática analítica em ruptura com aquela que silenciava o desejo em prol da adaptação¹⁵ (LOBOSQUE, 2003, p. 47).

Quem virá dizer, então, que a psicanálise não tem o que fazer aqui? Ou, pelo avesso, que a psicanálise, aqui, funciona como base e fundamento? De um lado, lamentável niilismo; de outro, arrogante pretensão. Pouco importa tudo isso à lógica do inconsciente! Manifesta-se em seu movimento a mais ardente produção desejante —aquela que, retornando sempre, com implacável alegria, me ensina a não andar com o pé no chão (LOBOSQUE, 2003, p. 92).

Um serviço cuja missão é cuidar de pessoas em crise de modo contraposto ao modelo psiquiátrico hospitalar e tradicional reconhece a necessidade de oferta de ajuda, porém com um certo modo de acompanhamento que faz uso da presença, de atos e palavras, sem para isso exercer o domínio. Uma ajuda que se serve, quando necessário, de disciplinas e saberes psi, da farmacologia à psicanálise, mas sempre

¹⁵ Localiza aqui a crítica de Ana Marta Lobosque acerca do uso de uma clínica analítica que colabora para o controle social, retomando, em seu texto, discussões freudianas acerca da sexualidade, bem como diferentes articulações conceituais entre lei e desejo, que podem apontar diferentes formas de se fazer operar a clínica analítica: uma lei que pela garantia de ordem silencia o desejo e legitima (mesmo sem a intenção desumanizadora) práticas de assujeitamento; ou uma lei que justamente por poder instituir uma falta, uma barra, faz surgir o desejo, logo o sujeito.

subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social (LOBOSQUE, 2003, p. 20-21).

O atendimento a algumas pessoas do serviço (os casos são no texto apresentados), bem como o reconhecimento do impasse com esse tipo de ajuda da clínica tradicional (vale lembrar que essa clínica sai do eixo estratégico central), aliado às indagações acerca do desejo, favoreceu a constituição de uma clínica que se faz em ato.

Lobosque, a partir da frase que utiliza para pensar a exclusão da loucura: “a nau errante daqueles que não encontram ancoragem na cultura para o seu modo particular de existir”, extrai algumas indagações que se fazem ponto de partida para a clínica em movimento: Como criar essa ancoragem para a loucura, sem aprisioná-la ainda e mais uma vez? Como oferecer-lhe um lastro, sem amarrá-la? Como aceita-la como hóspede, sem travar sua viagem? (LOBOSQUE, 2003, p. 182).

Buscando aporte nas contribuições teóricas psicanalíticas, reconhece que a sustentação de uma clínica do sujeito para abordar o sofrimento psíquico grave só se faz possível em dispositivos substitutivos se não houver subordinação de sua lógica aos procedimentos de consulta e sessão, “o que também não é apenas dizer que possa ser feito também no banco do jardim” (LOBOSQUE, 2003, p. 157).

Quer dizer também que, e principalmente, que é um atendimento sujeito a interferências, escansões e demandas inabordáveis não só no espaço físico, como também no espaço lógico do consultório. Incluem-se aí acompanhar Raquel à padaria, ligar para a mãe de Pedro, negociar com a escola de Luiza, separar uma briga ou deslindar uma intriga – toda uma secretaria do alienado, para lembrar um termo do Lacan, que não pode fazer-se burocraticamente, mas se encontra no cerne mesmo do que entendo por clínica do sujeito. Incluindo-se, sobretudo, todo um cultivo do convívio, na criação incessante de suas possibilidades; não exilar e não prender; não mandar para fora, nem enfiar para dentro; manter-se em ligação direta com os espaços de trânsito, circulação e decisão da cidade (LOBOSQUE, 2003, p. 157-158).

Acrescenta:

Aqui nos são uteis expedientes os mais diversos. É importante o uso correto e preciso dos psicofármacos [...]. É preciso que o sujeito saiba como encontrar seu terapeuta –quem é ele, quando virá, quem responde pessoalmente por ele durante sua ausência – sem todo aquele alvoroço em torno da clínica – sem os pruridos da neutralidade, seja ela científica ou psicanalítica. É necessário um estar-com, sem pieguice ou afetação, nas conversas que rolam, nas oficinas que produzem, nos lazes que divertem, nas assembleias que deliberam, nas passeatas que manifestam: sem esta

arquitetura solidária, os serviços substitutivos jamais se sustentariam enquanto tais (LOBOSQUE, 2003, p. 158).

Na citação acima, Lobosque faz alusão à expressão “secretaria do alienado”, termo de Lacan para se referir ao trabalho com psicóticos, razão pela qual faremos uma breve apresentação.

Freud se debruçou em articulações teóricas ao tema da psicose a partir de uma autobiografia de um caso de paranoia¹⁶, publicando suas contribuições no artigo “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia - o caso Schreber”, de 1911. Lacan, por sua vez, contribuiu de modo importante para o tratamento quando, dentro outros artigos, publicou “De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose” (1956-57/1998), convidando os analistas a não se recuar a ela. Não retroceder ao tratamento da psicóticos, entretanto, demanda um modo particular de manejo da transferência, face à impossibilidade de os psicóticos se submeterem aos fenômenos da transferência que se fazem pela via do amor, pelo abandono das relações objetais. É necessário ressaltar que outros analistas anteriormente a Lacan, como Winnicott e Ferenczi, já se dedicavam ao tratamento de psicóticos.

Em seu terceiro seminário (1955-1956/2002), Lacan propõe a expressão “secretário do alienado” para designar a posição ética fundamental no manejo transferencial com a psicose, devendo o analista dar crédito à fala destas pessoas, ao material depositado por elas, tomando o que dizem ao pé da letra, burlando, assim, a atribuição de um sentido que, por não estar ali, apenas podia aparecer para o louco como uma forma de violência.

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada. Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado que os grandes observadores que fizeram as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? (LACAN 1955-56, p. 236).

Como secretário, sustentando, de um lado, um lugar de parceria, e, de outro, um polo de endereçamento, o analista aloja, para o sujeito psicótico um lugar de

¹⁶ *Memórias de um Doente dos Nervos*, de Daniel Paul Schreber, publicado em 1903.

implicação no modo de posição perante a linguagem e perante o mundo. A acolhida de seu testemunho é o que positiva a posição do sujeito que irá secretariar.

Conforme descrito no livro de Lobosque (2003), os CERSAM's são espaços em que a circulação de pessoas se faz de modo intenso, acelerado e incessante. A responsabilidade de fazer frente à crise, zelando pelo cuidado em liberdade, convoca os profissionais a se lançarem nessa circulação, não com o intuito de vigiar, mas para acompanhar. A loucura, no transbordamento de uma crise, não se encaixa em certos eixos (LOBOSQUE, 2003, p. 91). Pode, inclusive, nem mesmo fazer demandas. Daí a dimensão da incondicionalidade do cuidado defendida por Ana Marta. Se ele precisa ser realizado transpondo a porta da rua, com busca ativa de usuário em crise e em condição de rua ou aqueles que sumiram do serviço, ou por atividades de exploração e apropriação do território, como se dá com os passeios, é nessa transposição que o profissional tem que se lançar. A transposição da porta dos espaços de consultório também é necessária, fazendo-se presente nas assembleias, nas oficinas e em outros espaços em que as pessoas em tratamento se movimentam e onde se fazem presentes. Conforme Lobosque, “alguma coisa diferente acontece, sempre que se insinua o esboço de um certo e inusitado coletivo” (LOBOSQUE, 2003, p. 91). No coletivo, o processo de algumas trocas torna-se possível, sem corresponder a uma medida comum e universal. Nos exemplos da autora, um usuário troca com outro usuário um cigarro por um rádio, neologismos são falados ou corpos desenhados sem pernas, mas com dez braços e um bico de passarinho. A presença do profissional e de outros usuários, no ato de autorizar, questionar, interpelar e garantir este movimento permite que modos singulares de legitimação de sua existência aconteça. Nas palavras de Lobosque:

Tais substituições inventadas, tornadas reais, ganham cidadania: não se executam apenas numa ilha artificialmente isolada, mas vão às ruas, penetram a cultura, enlaçam os discursos, recriam valores e desafiam poderes – tornam-se políticas, na mais bela e plena acepção da palavra (LOBOSQUE, 2003, p. 92).

Por fim, pode-se afirmar que a autora traz contribuições que apontam que a legitimação do caráter substitutivo dos serviços de Saúde Mental só se faz rompendo com a posição da razão diante da loucura, buscando para essas pessoas lugares legítimos de cidadania, o que se faz por uma clínica politizada, que escapa aos saberes constituídos e aos poderes dominantes.

No aporte de Nietzsche, Deleuze e Foucault sobre os modos de subjetivação que justificam a politização dessa clínica, a ideia de que não há oposição entre individual e social e de que a subjetivação é um processo eminentemente político dá o aval para a existência de modos de subjetivação num outro mundo possível. A subjetivação, assim, “só acontece quando esses indivíduos ou coletividades escapam tanto aos saberes constituídos quanto aos poderes dominantes, para constituir uma “espontaneidade rebelde” (LOBOSQUE, 2003, p. 183).

Apenas assim pode dar cabimento aos pedaços sem lugar: de trechos e cacarecos, fazer coisas; de estranhos ruídos, fazer concerto; do excesso, fazer arte; do resto, fazer parte – belo privilégio subjetivo, pleno exercício de cidadania (LOBOSQUE, 2003, p. 158).

O ato clínico de secretariar estas pessoas no cotidiano dos serviços de saúde mental, direcionados aos psicóticos graves, ideia central desta proposta clínica, responde ao ofício de 'catalisador' do testemunho, favorecendo a produção de subjetividades e exercício da cidadania pelo seu jeito singular de estar no mundo.

Jairo Goldberg também contribuiu para a marca do diferencial clínico que muito influenciou a Clínica da Reforma Psiquiátrica, que, posteriormente, será apresentada. Vale lembrar, como apresentado em capítulo anterior, que nos primórdios do desdobramento político da Reforma Psiquiátrica, a clínica não estava contemplada como foco de ação. A contribuição de Goldberg pode ser acessada pelo seu trabalho desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, apresentado através do livro “A clínica da Psicose” (1996)¹⁷.

Nesse livro, o autor apresenta um pouco de seu percurso em meio ao cenário de implantação de equipamentos públicos de assistência em saúde mental no Estado de São Paulo, equipamentos estes que deveriam ser alternativos ao modelo centrado na atenção hospitalar psiquiátrica. Para tanto, apresenta sua participação em duas experiências: no Ambulatório de Saúde Mental de Mandaqui, que se deu de 1981 a 1984; e no Hospital Psiquiátrico de Água Funda¹⁸, em 1987. As duas

¹⁷ Este livro se deu a partir da dissertação de mestrado defendida pelo autor no mês de agosto do ano de 1992, no departamento de medicina preventiva da USP.

¹⁸ Dois destaques se fazem importantes nesta intervenção do colegiado no hospital psiquiátrico da Água Funda, em 1987: a tentativa de recuperação do caráter terapêutico da instituição e o apoio do departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae para a análise institucional.

experiências possuem funcionamento institucional baseado no modelo médico-burocrático, que, segundo o autor, "funda suas ações terapêuticas apenas em manifestações sintomáticas (...) tomadas como frutos de disfunções de exclusiva ordem biológica" (Goldberg, 1996, p.52) tendo comumente como resultado a cronificação, percebida como engessamento da possibilidade de modificação da relação da pessoa em tratamento com relação a si própria, à sua história e às pessoas que a cercam.

No contexto da constituição de novas propostas terapêuticas para o campo da Saúde Mental, com uma rede composta de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, como centros de saúde e ambulatórios, bem como ações de caráter administrativo e funcional (melhorias nos equipamentos, contratação e aperfeiçoamento de pessoal) depara-se com o impasse nestes serviços para o cuidado de pacientes mais graves, como os psicóticos. Nos ambulatórios, os recursos terapêuticos de consultas e grupos demonstravam-se inoperantes para uma condição de gravidade que requeria abordagem mais intensiva.

Ao final das contas, percebíamos que nossos resultados eram escassos porque as condições essenciais a tais mudanças não haviam sido dadas e mesmo os tratamentos diferenciados, que supúnhamos estar praticando, não engajariam um novo projeto terapêutico na instituição (GOLDBERG, 1996, p. 59).

Por esta razão, um grupo de profissionais do que era a divisão de ambulatórios operacionaliza o projeto do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em 12 de março de 1987. O desenvolvimento deste projeto se faz em diálogo com outros projetos institucionais, tendo destaque o intercâmbio realizado pelos profissionais na clínica psiquiátrica francesa de La Borde, na França, e nos sistemas de saúde mental públicos de Setúbal, em Portugal, e de Trieste, na Itália.

Sobre a Clínica de La Borde, Jairo Goldberg destaca a rede de relações de sociabilidade que movimenta o estabelecimento pela importância dada à vida cotidiana, ao ambiente, emergindo, dela, a instância terapêutica. Sendo fortemente influenciada pelas ideias da Psicoterapia Institucional e, logicamente, pela Psicanálise e pela teoria psicanalítica das psicoses, adota a prática de envolver todos os indivíduos no movimento permanente de produção da instituição, numa rede de relações terapêuticas/transferenciais (GOLDBERG, 1996, p. 66). No sistema público de saúde mental de Setúbal o que lhe chamou atenção foi a reflexão de

natureza sociológica das relações entre a instituição e a comunidade a qual a pessoa pertence, respeitando os padrões culturais do público atendido e, para tanto, regionalizando a assistência pelos centros de atenção primária. Quanto ao sistema de Trieste, o autor destaca a ausência do hospital psiquiátrico na função de retaguarda da assistência, sendo substituído por uma rede de serviços comunitários. Essa rede tem a função de tratar e manter o paciente em vida social, e de tornar possível o acesso à vida social pelos pacientes antes internados por longo período.

As três experiências intercambiadas propõem "uma abordagem integral da condição da loucura" em substituição ao puro manejo sintomático, amparadas "tanto em teorias tradicionais e contemporâneas da psiquiatria, como no diálogo com outras áreas do conhecimento" (GOLDBERG, 1996, p. 90-91). Para além disso, testemunham a possibilidade de lidar com a loucura fora dos estabelecimentos psiquiátricos fechados, respeitam a condição de irredutibilidade da loucura à adequação aos padrões de subjetividade tidos como normais; reconhecem que o acompanhamento se faz a longo prazo e "numa relação institucional não mais puramente assistencial, mas que se desdobra no processo, estimulando o paciente a conquistar passo a passo um novo patamar de existência" (GOLDBERG, 1996, p. 99).

Da necessidade de respostas acerca de um saber-fazer algo com os casos graves, em especial os psicóticos, nesse espaço que se constituía entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório, surge a "grande clínica" (GOLDBERG, 1996, p. 100) do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Um campo ampliado de interação¹⁹ que considera o paciente numa "malha de relações psicossociais", e que se atenta à sua fala para tentar perceber a natureza da dificuldade específica que se apresenta - bem como seus "desejos, suas condições existenciais, suas relações com as pessoas, com a família, com o mundo" (GOLDBERG, 1996, p. 54); e escolher a

¹⁹ Percebe-se a forte influência da psicoterapia institucional proposta pelo psiquiatra francês Jean Oury: "A meta da psicoterapia institucional é criar um Coletivo orientado de tal forma que tudo seja ativado (terapias biológicas, analíticas, desobstrução dos sistemas alienantes sócio-econômicos etc), para que o Psicótico alcance um campo onde ele possa se balizar, redefinir seu corpo numa dialética entre parte e totalidade, participar do corpo institucional pela mediação de objetos transicionais, estes podendo ser o artifício do coletivo sob o nome de técnicas de mediação, as quais chamaríamos de objetos institucionais. Estes objetos são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, como a participação nos sistemas concretos de gestão ou organização" (Oury apud Goldberg, p.68).

intervenção mais adequada para auxiliá-lo no processo emancipatório de produção de melhores respostas. As necessidades dos "sujeitos psicóticos" são a cada momento "negociadas" com o terapeuta²⁰ ou "mediadas" por ele. Recusando o modelo sintomatológico, a clínica da psicose se propõe como um processo que desloca o tratamento da figura da doença para a pessoa doente.

De acordo com Goldberg, “só a clínica, com sua vocação eminentemente operativa (mas ao mesmo tempo ética) poderá estabelecer limites e prescrever empreitadas terapêuticas diferenciadas” (GOLDBERG, 1996, p. 59) para o manejo de pessoas na condição de psicóticos.

A equipe que se constituía para o projeto CAPS tinha apenas a experiência com a clínica individual da psicose, mas se dispôs ao trabalho coletivo, reconhecendo o alcance terapêutico “através do campo transferencial que envolve o terapeuta, os pacientes e as relações intra-grupais” no desenvolvimento de atividades abertas no ateliê. O ateliê era um espaço comum e com vários materiais, por onde os usuários se deslocavam, e onde se realizavam diferentes atividades, como oficinas de pintura, escultura, peças de teatro e jogos; de modo tanto a acolher quanto favorecer a emergência da fala.

A esta oferta de possibilidades, o retorno foi de sensíveis melhoras pelos usuários: organização do pensamento, estabilização de crises, ruptura com o isolamento e valorização de cuidados pessoais. Por esta razão, novas demandas, agora de caráter emancipatório, como de condições para o trabalho, eram apresentadas. Do reconhecimento da dificuldade de muitos em responder à vida regrada por horários rígidos e deveres que o trabalho exigia, surgiu a ideia de projetos com venda de produtos feitos nas oficinas, incremento das oficinas com efeitos pedagógicos (como exemplo a marcenaria) ou mesmo de prestação de serviços (serviços de gráfica, fotocópia, refeições).

Dessa dinâmica “psicose-instituição”, com um projeto que operava a partir do que era colhido da relação com as pessoas em sofrimento, organizou-se um saber clínico atento à linguagem específica da pessoa psicótica, seja na manifestação pelas agitações, inquietações, incongruências ou pelo seu mutismo. Não importava a sintomatologia classificatória e norteadora de prescrições terapêuticas, mas as

²⁰ O terapeuta é qualquer profissional da equipe que esteja em condições transferenciais favorecedoras à intervenção.

manifestações das questões relativas à sua existência e as possibilidades de gerenciamento de suas vidas.

Sem o objetivo de esgotar as riquezas dos trabalhos teóricos de Antônio Lancetti, Ana Marta Lobosque e Jairo Goldberg, foram aqui discutidos aspectos essenciais de suas propostas clínicas constituídas a partir de suas práticas em diferentes serviços públicos de saúde mental. Mais do que utilizar seus saberes técnicos constituídos pela formação acadêmica e pelos anos de experiência com a clínica individual, esses militantes e trabalhadores de saúde mental com endereçamento à psicanálise, puseram-se a despir de seus prévios conhecimentos para, a partir do que se apresentava nessa nova empreitada coletiva, colher pistas e efeitos de uma clínica que se fez em ato, em experimentação. Com isso, diferentes foram as possibilidades de manejo clínico-institucional, apresentadas em suas obras, que não escamoteavam, porém, o compartilhamento de princípios comuns: trabalhos orientados pela psicanálise, com reconhecimento da necessidade de uma clínica que pela política do desejo, do inconsciente, tinham como objetivo a política em seu caráter de convívio social e de exercício da autonomia e cidadania.

Rompendo com a posição da razão, os três autores recolocam a concepção da loucura como uma forma diferente de existir, razão pela qual não conseguem responder aos padrões da normalidade. Por conseguinte, também não se beneficiam do tratamento tradicional, configurando a clínica da consulta, sessão e dos grupos como recursos inoperantes aos seus cuidados. Termo assinado por Lobosque, a movimentação da clínica também remete aos trabalhos de Goldberg e Lancetti, que, para além da desconstrução do setting clínico, registram o deslocar de uma pré-conceituação apoiada no saber científico e tecnicista para encontrar o saber no próprio sujeito em tratamento.

No que se refere ao trânsito entre as dimensões políticas e clínicas, Lobosque reflete uma posição mais crítica quanto à clínica ser posta como eixo central, sem, entretanto, reconhecer sua importância para uma reabilitação psicossocial de fato. Já Lancetti parece se ocupar do recursos que constituiria o trabalho de reabilitação psicossocial com o intuito anterior de serem constitutivos de subjetividades. Goldberg, por sua vez, tem foco maior sobre a dimensão clínica, sem, entretanto, se desvincular da dimensão política.

Embora apenas Lancetti tenha registrado que seu interesse com a publicação era de divulgação de uma experiência que pudesse motivar outros profissionais à

elaboração de metodologias capazes de produzir saúde mental, entendemos que tanto Lobosque quanto Goldberg, mais que constituir um arcabouço teórico-clínico, também se interessaram em demonstrar que a constituição da clínica reformista se faz instituindo uma fenda no saber especialista e científico, lançando-se ao atento desafio de colher pistas junto aos próprios sujeitos para a formação de possibilidades de tratamento. Abriram, assim, convites às incomensuráveis e inventivas possibilidades metodológicas que podem ser construídas nos cotidianos dos serviços de saúde mental.

Outros estudiosos e autores interessados em saúde mental, também na condição de atores neste campo, em acesso às contribuições teóricas e práticas relativas aos manejos clínico-institucionais, se dedicaram a teorizações e publicações que avançaram, assim, na constituição dos princípios e direcionamentos de uma Clínica da Reforma Psiquiátrica, tal como defendida nesta dissertação. De um vasto acervo teórico, elencaremos para algumas discussões o livro “A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica”, de Fernando Tenório (2001), bem como produções de Figueiredo, Viganó, Rinaldi, Abreu, entre outros.

O título da obra de Tenório (2001), “A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica”, deixa clara a contribuição da psicanálise enquanto referencial ético e teórico para a clínica da reforma, conjugando teoria e prática no atendimento às pessoas. Tomando como condição preliminar que a psicose é uma questão de existência, esta clínica, ultrapassando a experiência da doença, se abre às possibilidades de produção face aos problemas da loucura. Surge, assim, uma nova conjugação clínica possível ao tratamento da psicose. O manejo de tratamento nesta modalidade clínica e institucional reflete conceitos de reabilitação, autonomia e contratualidade, articulando-os às possibilidades de cada sujeito. Para tanto, faz uso do acolhimento e da inventividade das intervenções nas instituições. É com este fazer clínico que se configura a atenção psicossocial como o campo destas novas práticas e novos paradigmas da saúde mental, evocando as questões relativas à escuta, diversidade, vínculo, território e clínica ampliada.

Tenório destaca duas posições acerca das transformações reformistas, muito embora não tenham sido tomadas como adesão doutrinária, e sim como influências conceituais. Uma posição coloca ênfase na dimensão política e social, com superação da clínica, e outra defende que só a clínica é capaz de acolher positivamente a loucura em sua especificidade. Essa diferença de posição constituiu

a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial como diferentes vertentes do campo teórico-prático.

Sobre a desinstitucionalização, de viés marcadamente basagliano, e com ênfase na dimensão política e social, constitui-se um processo terapêutico que visa ampliação dos espaços de liberdade e de laço social, instituindo projetos que viabilizem a construção de novos modos de vida. Para essa vertente, a instituição a se negar não é o hospital psiquiátrico, e sim a noção de doença mental. Logo, a quebra do paradigma clínico deve se dar com a permanente invenção de “instituições que atuem no território social como motores de sociabilidade, intermediários de trocas sociais bloqueadas” (TENÓRIO, 2001, p. 53). O trabalho da clínica peripatética de Antônio Lancetti nos mostrou esse alcance.

Guardando relação com a Psicoterapia Institucional francesa, a segunda vertente descrita por Tenório como clínica institucional, fez marcas teóricas nos CAPS da reforma brasileira. Fazendo da “instituição um lugar de laço social para quem, por definição, tem dificuldade de fazer laço” (TENÓRIO, 2001, p. 54), essa modalidade defende a clínica como necessária para lidar com as especificidades da loucura. O diferencial enquanto serviço reformista e substitutivo ao hospital, é o reconhecimento de que a clínica psi, com seus recursos terapêuticos tradicionais de oferta de escuta para elaboração/metaforização das questões, grupos terapêuticos e prescrições medicamentosas, não consegue dar conta dos problemas dessa natureza. A experiência de Jairo Goldberg nos exemplificou essa influência.

A reabilitação psicossocial traz o paradoxo de ser uma terceira vertente, sendo, entretanto, identificada por Tenório como presente tanto no cuidado pela desinstitucionalização, quanto no de clínica institucional. Argumenta que o objetivo desta modalidade de cuidado é educar para a vida social, o que não se faz, conforme a proposta reformista, sem ter em primeiro plano a questão da existência. Logo, reabilitar no campo psicossocial, é ajudar a pessoa em tratamento, a recuperar sua competência social²¹. Isso se faz tanto pela via da clínica quanto pela exploração do espaço social.

²¹ De acordo com a organização Mundial de Saúde, a intervenção para a reabilitação psicossocial visa permitir 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.

A fim de reforçar a ideia de desinstitucionalização defendida por Tenório, consideramos importante trazer uma breve contribuição de Rotelli (2001) sobre o tema. Para este autor, para falar de desinstitucionalização é preciso falar da existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, quebrando o paradigma que toma a doença mental como objeto. Esse novo objeto é o que deve reorientar instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a essa nova forma de percepção do louco. Não se trata de negar a doença, mas o sujeito que sofre passa a ser o foco da atenção. Colher o sofrimento e as demandas de cada pessoa e avaliar sua potencialidade para lidar com essa condição é o que orienta essa clínica da reforma.

O “sem standard, mas não sem princípios” (Barros, 2003), expressão aqui retomada para dizer de uma práxis que se constrói a partir do que as pessoas demandam (fazendo a marca da inovação), sem por isso possuir princípios éticos de atuação, possui, também, uma direção de tratamento, que é o resgate e promoção da autonomia e cidadania dessas pessoas com valorização da subjetividade/singularidade. A inovação, por si, coloca a imprevisibilidade em cena, visto que os efeitos da intervenção somente num momento posterior poderá ser visto já que se principia pelas indicações da pessoa a ser tratada para orientar o tratamento.

Possuindo princípios, essa prática convoca a confluência de diversos conhecimentos, característica que marcou o movimento reformista. Nesse contexto de múltiplos conhecimentos, e sabendo de sua influência no próprio movimento da Reforma Psiquiátrica, como se faz a articulação entre Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica ou mesmo com a Saúde Mental?

Sabe-se que diversas práticas e saberes se dedicam ao campo da saúde mental, construindo novos olhares e novas formas de concepção da loucura e das possibilidades de tratamento e que a Psicanálise também se lançou a ele. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde mental foi definida como “estado de bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas próprias habilidades, consegue lidar com os estresses normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2005, p. XVIII). Este conceito, entretanto, não é compartilhado pela Psicanálise, visto que esta não promete nem oferece bem-estar, felicidade ou cura. Assim sendo, quais articulações

possíveis entre Psicanálise e Saúde Mental, considerando os contemporâneos avanços às contribuições já apresentadas neste trabalho?

3.2 NOVAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Considerando os objetivos reformistas de cidadania, autonomia e reabilitação psicossocial, e também a atuação de profissionais em referencial psicanalítico nos serviços e estratégias institucionais voltados para atenção psicossocial, uma outra questão pode nortear a resposta à questão colocada no parágrafo anterior: há um lugar para o sujeito em meio às práticas clínicas desenvolvidas no campo da saúde mental? Para tanto, serão referenciados neste capítulo autores contemporâneos que do lugar de psicanalistas fizeram marca no campo da saúde mental, com teorizações que engendraram um embasamento para as práticas nos cotidianos dos serviços.

Conforme já apontado, o processo de reforma psiquiátrica possui duas dimensões: política e clínica. Justamente nessa dimensão clínica, não sem colaborar com a política, que as contribuições da Psicanálise puderam ocupar a cena da Saúde Mental.

Desde o início do movimento da Reforma Psiquiátrica até os dias de hoje, a Psicanálise tem desbravado campos de atuação diversos do tradicional consultório particular. Inegável o reconhecimento do número crescente de analistas nas instituições de Saúde Mental²².

Nos primórdios do movimento da Reforma Psiquiátrica, sua influência se deu na tentativa de melhoria das condições de tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos, como visto anteriormente através das experiências francesa e inglesa de comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional, com a aposta de que os analistas que atuavam nestas instituições pudessem sustentar uma clínica de sujeito em oposição à universalidade da clínica psiquiátrica biológica.

²² Prova disso são as diversas publicações de autores que se dedicaram a estudar as contribuições da Psicanálise para este campo, como Alberti & Figueiredo (2006); Alberti et al.(2010); Figueiredo (1997, 2004, 2005); Rinaldi (2003, 2006); Viganó (1999, 2004, 2006).

Com os desdobramentos políticos da reforma e a implantação de serviços territoriais, substitutivos ou não, aos hospitais psiquiátricos, para composição de um outro cenário de cuidado às pessoas em grave sofrimento mental, um novo campo de atuação dos psicanalistas se fez, onde a clínica permanecia a clínica do sujeito, porém com outros enfoques que dialogavam com a dimensão política do trabalho de reabilitação psicossocial e exercício de cidadania.

Abreu (2008) e Rinaldi (2006) alertaram em seus estudos o risco de os trabalhos de reabilitação psicossocial culminarem em práticas de tutela e exclusão quando do desaviso acerca do desejo da pessoa. Neste ponto se localiza o diferencial da presença da Psicanálise como um saber a colaborar com o trabalho da Saúde Mental.

Os analistas não recuaram da demanda social de outra resposta ao problema da loucura, trazendo como norte a busca de dignas condições de tratamento e direcionadas para o exercício da cidadania e da autonomia. Entretanto, tal compromisso não se deu sem a devida torção do discurso, contribuição esta para permitir a clínica do um, a clínica do sujeito, inserido numa política universal com estratégias atentas à sua singularidade. Tal compromisso, logo, não se deu sem o aviso da ética da Psicanálise, condição que marca a diferença do fazer analista nas instituições de Saúde Mental.

Frente ao chamamento a um outro reposicionamento profissional na plural e heterogênea área da Saúde Mental, os psicanalistas, sem se desviar da ética que fundamenta a psicanálise, assumem com inventividade um novo contexto para o seu fazer profissional, recontextualizando a Psicanálise tanto no campo teórico, a partir de uma revisão conceitual, quanto no campo clínico, relocando a prática, conforme Figueiredo (1997). Neste mesmo trabalho, a autora questiona o caráter dicotômico entre consultório particular e ambulatórios públicos, ao afirmar que “o ambulatório não é um simulacro do consultório, é o próprio consultório tornado público” (FIGUEIREDO, 1997, p. 11).

Uma contribuição importante da Psicanálise para a Saúde Mental e os ideais reformistas é a sustentação de um trabalho que opera visando à transformação da condição das pessoas que se tratam nos serviços substitutivos em sujeitos de desejo, responsabilizando-as pelo seu sofrimento e pela construção de saídas a ele. Com o novo olhar da loucura não mais como uma doença, mas como condição de

existência, o sentido do tratamento passa a ser o de (re)significação da existência da pessoa em sofrimento.

No texto 'O mal-estar na civilização', Freud responsabiliza o próprio sujeito pelo seu bem estar e felicidade, ao afirmar que "não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo" (Freud, 1930/1990, p. 91).

Segundo Jacques Alain Miller (2011), o campo da saúde mental acolhe diversas práticas e profissionais que dirigem o tratamento de modo a alcançar uma harmonia entre o mental e o físico. O psicanalista acrescenta a essa prática a dimensão do pensamento inconsciente, que não pertence ao físico nem ao mental, mas que os afeta de modo a causar desordens. À clínica da subjetividade cara à reforma psiquiátrica, a Psicanálise marca sua especificidade na escuta da singularidade, que vai além da subjetividade, conduzindo o tratamento de cada sujeito com sua absoluta diferença, descartando respostas generalistas de ações voltadas para todos.

Essa sustentação não deixa de ser feita sem a devida torção no direcionamento do trabalho, conforme já apontado acima, visto que a especificidade da crença no inconsciente e de seus efeitos nos comportamentos das pessoas a deixa em divergência teórica e prática.

De acordo com a filosofia kantiana, a pessoa autônoma é capaz de responder pelos seus atos em todas as esferas, agindo de acordo com seu desejo, sem, entretanto, ferir o bem comum. Desse modo, trabalhar autonomia nos serviços de Saúde Mental seria direcionar a todos capacidades de repostas às possibilidades terapêuticas que são apresentadas. Para a Psicanálise, entretanto, os sujeitos são regidos pelas leis do inconsciente e o desejo é sempre transgressor em relação ao bem comum, da mesma forma que o sintoma, como um subversivo que aponta para a verdade inconsciente do sujeito, muitas vezes em oposição às exigências da civilização. Conforme Dunker (2004), o sofrimento psíquico anuncia uma forma de subjetivação do mal-estar singularizado.

Desse modo, para a Psicanálise, não existe sujeito autônomo. Entretanto, isso não a desautoriza a colaborar com estratégias que favoreçam a implicação dos sujeitos naquilo que o faz sofrer e dessa forma não exclui as questões relativas à cidadania, na medida em que sempre serão chamados a responder pelos seus atos.

Me parece que a psicanálise não se contrapõe à ideia de cidadania, muito pelo contrário, alguém que está tentando se situar do ponto de vista clínico como responsável por seus sintomas não pode ser um parasita social, pelo fato de ter o rótulo de ser psicótico. Ele tem que responder radicalmente por ser sujeito, e a psicanálise traz no seu próprio bojo esta dupla implicação [...] que o sujeito tem que arcar com seus próprios atos. [...] Nesse sentido, a Psicanálise inclui a lógica da cidadania (MILLER, 1999, p. 95).

Se a Psicanálise abarca a lógica da cidadania, não a faz de modo universal. Rinaldi (2005) afirma que a psicanálise é um discurso que açambarca o laço social, para dizer do modo como toma com exclusividade para si um certo modo de lidar com o laço social, favorecendo a re(ocupação) de um lugar dessas pessoas na cidade, porém sob uma ética de trabalho que não exclui a loucura de cada um²³ e que se direciona pela clínica do sujeito.

Conceitos de reabilitação psicossocial e cidadania são tratados de modo muito próximo por Saraceno (2001, pp. 112-113), quando afirma que “a reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”.

Nesse sentido, Rinaldi e Bursztyn (2008) tratam a reabilitação psicossocial enquanto possibilidade de resgatar o sujeito, inserindo-o no espaço social das trocas e da contratualidade, considerando o que as pessoas em sofrimento psíquico desejam e que de fato são capazes, como na advertência da dificuldade de fazer laço pelos sujeitos psicóticos.

Constatadas as contribuições da Psicanálise na Saúde Mental, localizar seu lugar nas instituições não é tarefa fácil, seja por seus princípios éticos ou por não estar referida nas diretrizes públicas como um saber a se contar (como da Psiquiatria, Serviços Social e outros). Por esta razão, e tendo um desejo que rege os analistas na atuação institucional, cabe a estes a diária invenção de um lugar, assegurado, porém, no que Laurent (1999) nomeou com a expressão ‘analista cidadão’ para se referir ao necessário posicionamento destes nas conversações e práticas das políticas públicas de Saúde Mental.

3.3 O ANALISTA CIDADÃO

²³ O V ENAPOL da Associação da Fundação do Campo Freudiano, 2011, trouxe o tema: “a saúde para todos, não sem a loucura de cada um”.

Laurent (1999) traz como título de sua obra a expressão ‘analista cidadão’ para dizer da importância e dos efeitos de reposicionamento dos analistas face às mudanças culturais. Essa noção contribuiu, como vimos, para localizar a função no analista na Saúde Mental, ocupando-se dos debates nas políticas públicas, para além dos sofrimentos da sociedade.

Esse reposicionamento iniciou-se quando, em face das denúncias dos equívocos e transgressões ao direito e à subjetividade em nome de uma clínica da loucura realizadas no interior dos manicômios, os analistas participam do momento de reestruturação do modo de tratar, ainda que mantendo a estrutura do manicômio.

Esse reposicionamento se iniciou nos anos setenta, mas foi nos anos noventa que a convocação a ele adquiriu peso maior em razão das mudanças na cultura e no modo de vida europeus e da própria humanidade.

Face às mazelas e clamores sociais impulsionados pelas transformações da humanidade, os analistas que Laurent identificou como ‘intelectuais críticos’, que criticam, mas não participam da cena e dos debates das possíveis respostas, favorecem a marginalização social da Psicanálise.

Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Um analista cidadão no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora (LAURENT, 1999, p. 08).

O chamado se fez, então, para ocupar um outro lugar na cena social, contribuindo para a articulação entre normas e singularidades na civilização. Ocupar espaços da universalidade das políticas públicas para defender a clínica do um. Segundo Laurent, “os analistas têm que se despertar um pouco!” (LAURENT, 1999, p. 11), participar do debate democrático, pois, com a característica da Psicanálise, “ninguém o fará por eles” (LAURENT, 1999, p. 11).

Devem as instituições de saúde mental trabalhar na direção de subverter a lógica político-social vigente. Devem convocar cada sujeito a se implicar em sua história e no curso da história de seus semelhantes. O psicanalista tem antes de qualquer coisa a função de agente de transformação social, e faz isto pela sua escuta, pela sua aposta no sujeito da linguagem, pela sua crença na singularidade, na diferença de cada invenção e na sua concepção de verdade não toda (ABREU, 2008, p.80).

Participar do debate, para o autor, envolve incidir de forma inventiva sobre as práticas e sobre as opiniões, transmitindo o que, da particularidade da clínica psicanalítica, gera efeitos e é de interesse para a humanidade, sendo, portanto, um útil instrumento.

Assim, os analistas não hão de se manter como analistas críticos. Haverão de pedir, de pedir algo à saúde mental. Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. Nesse sentido, os analistas, junto com outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e, por meio de publicações, por meio de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. Não uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas precisamente formas compatíveis com o fato de que, se já não há ideais, só resta o debate democrático (LAURENT, 1999, p.11).

Se não cabe o recuo, mas sim a disponibilidade do analista em ocupar os espaços públicos, o que se percebe é um grande e crescente número de psicanalistas a utilizar a cena do debate democrático, seja em função de gestão ou de assistência nos serviços públicos.

O analista na instituição, portanto, deve deslizar do lugar de especialista ao de analista cidadão, não se afastando da ética própria à Psicanálise, mas construindo formas que não ferem e que são orientadas por esta ética para responder às demandas sociais e às diversas formas de exclusão e segregação específicas de sua época.

Ao analista cabe a reflexão acerca da direção do trabalho nos serviços de saúde mental, que desde a Reforma Psiquiátrica trazem o mote da reabilitação e cidadania. A defesa desses ideais não pode ser sobreposta ao desejo de cada pessoa em tratamento. Sem o norte dessa política, a política do desejo, o discurso da cidadania culminará, invertidamente, em práticas de tutela e exclusão.

3.4 A PRÁTICA ENTRE VÁRIOS

Eric Laurent (2011), em uma conferência realizada na cidade de Belo Horizonte, no ano de 1999, assinalou o fenômeno de enfraquecimento do trabalho clínico no contexto das instituições conduzidas pelos princípios da Reforma

Psiquiátrica, face às suas regras de sustentação, apontando as contribuições do discurso psicanalítico para uma contraposição a esta cena.

De acordo com esse autor, uma das entradas da Psicanálise na cena institucional se deu através das experiências francesa e inglesa de comunidades de psicoterapia institucional, num momento em que as instituições requeriam novas regras já que as que eram habituais não mais funcionavam. Na tentativa de salvar o manicômio, um conjunto de ações foi desenvolvido em seu interior, reinventando o tratamento e as relações. Ainda de acordo com este autor, a presença da Psicanálise nestas cenas não se deu sem carregar consigo a hipótese da transferência²⁴, a hipótese da presença do Outro, termo de Lacan para representar a alteridade simbólica que ordena e sustenta o laço social²⁵.

O apelo à novas regras surge quando esse Outro simbólico não se sustenta por si próprio. Assim, com vistas a barrar os abusos de direitos e de anulação da subjetividade, instalou-se um período de clamor pelo regramento, que será sucedido por um momento de rompimento com as instituições, que iniciou nos anos de 1970 e que caminhou para o redirecionamento do tratamento da loucura pelo campo da Saúde Mental, campo este ainda fecundo em normas, e que desperta nos psicanalistas um desejo de uma atuação possível, não sem estarem avisados da necessidade de torção da regra, de furo à regra, para se ter acesso ao sujeito.

²⁴ Segundo o *Vocabulário de Psicanálise*, de Laplanche e Pontalis (1967/1996, p. 492), o termo transferência designa "...o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre alguns objetos no enquadre da relação analítica tendo como modelo um tipo de relacionamento preestabelecido. Trata-se de uma repetição de protótipo infantil vivida com um sentimento marcado de atualidade. (...) Classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática do tratamento psicanalítico, pois são sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este." A transferência é, portanto, um fenômeno que acontece na relação entre o paciente e seu terapeuta (já expandindo o termo para os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental), quando o paciente irá apresentar seu desejo de modo atualizado, em meio a repetições dos modelos infantis (as figuras parentais e seus substitutos) e assim vivenciar na atualidade sentimentos, desejos e impressões dos primeiros vínculos afetivos. O manuseio da transferência é o que interessa ao tratamento.

²⁵ A estruturação psíquica com teorização lacaniana, faz-se pelo entrelaçamento dos registros simbólico, imaginário e real. O registro do simbólico é o lugar fundamental da linguagem. É a relação do sujeito e o grande Outro. No sujeito envolve aspectos conscientes e inconscientes. Isto significa que a maneira que o inconsciente se manifesta se dá através da linguagem. Segundo o *Dicionário de Psicanálise* de Elisabeth Roudinesco (1944/1998), o termo foi extraído da antropologia e empregado como substantivo masculino por Jacques Lacan, a partir de 1936, para designar um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, em signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia, permitindo-lhe referir-se a ele, consciente e inconscientemente, ao exercer sua faculdade de simbolização. Utilizado em 1953 no quadro de uma tópica*, o conceito de simbólico é inseparável dos de imaginário e real, formando os três uma estrutura. Assim, designa (...) a ordem (ou função simbólica) a que o sujeito está ligado" (p.147).

A psicanálise não se deixa definir a partir de uma regra clara de funcionamento, nem tampouco de um lugar exterior ou interior à instituição. Há, antes de tudo, uma prática feita por muitos, de uma imanência, de uma presença jamais definível em um ponto e por todo lado presente do Outro da psicanálise. [...] O tipo de instituições, ajustado pelos psicanalistas lacanianos nos anos 90, resulta desse tipo de instituição, em países bastante diferentes e com línguas bem diferentes. Digamos que são comunidades psicanalíticas adaptadas ao espírito da época. É esse tipo de instituição que se define por uma modalidade de conversação imanente entre muitos, em que a psicanálise não se encontra exterior, transcendente. São, provavelmente, o futuro de nossas instituições. Não são lugares de vida, como se dizia nos anos 70; são formas de vida, formas de vida com o Outro (LAURENT, 2011, p. 168).

Se a presença dos psicanalistas nas instituições se faz pela hipótese da presença do Outro, da linguagem, sendo esta condição do inconsciente, coube a eles um movimento contrário de não submissão consciente de responder aos problemas que se apresentam nas instituições com criação de regramento tanto mais rígido quanto maior for o problema. Ao invés disso, o engendramento foi de sustentar a restauração de um laço do sujeito com o Outro, convocando-o à fala. Não lhe apresentando a regra como forma de cercear o problema, mas sim, demonstrando-lhe o sintoma para descobrir o que fazer com ele.

Ao invés de permanecermos nessa oposição, nosso esforço visa a restaurar um laço do sujeito com o Outro, um Outro que nenhuma regra vem justificar. Procura-se, junto ao sujeito, demonstrar a presença não de uma regra, mas de um sintoma, de um sintoma como presença do significante do Outro que ele traz em si. Como se faz isso? Falando-se um a um (LAURENT, 2011, p. 149).

Outra reflexão importante a ser feita é sobre as funções de acolher e tratar que pertencem às instituições e que ampliam as possibilidades de acolhimento e clínica da Psicanálise. Alfredo Zenoni (2000) se dedica a este tema, apontando que, no acolhimento institucional, são dirigidos diversos fenômenos clínicos e de necessidades sociais que não são comuns a consultórios particulares, e que só são possíveis de serem tratados pela “terceira via”, que é a instituição. O caráter insuportável de tais fenômenos para o sujeito demanda recursos terapêuticos que extrapolam a tradicionalidade dos consultórios. Abreu (2008) acrescenta sobre a viabilização do tratamento na instituição:

Um lugar onde a clínica se faz operar e onde o sujeito se faz acolher, que permite uma passagem de uma clínica a dois, a uma clínica dita coletiva:

uma clínica feita por muitos, uma prática entre vários [...]. É uma clínica do ato e da transferência. Do ato, pois é este que define o analista e dá direção a sua intervenção. Todo ato é um ato solitário e se encontra preso na dinâmica transferencial. Numa clínica dita a dois, ou na relação entre técnico e paciente na instituição, sabemos que ser um ato solitário “não quer dizer que não haja consequências para além do colóquio singular entre os atores” (GUÉGUÉM, 2003, p.24). É destes efeitos no campo do Outro que somos convidados a nos haver em nossa prática. Se uma prática a dois produz limites aos impasses do real, temos na instituição o inaugurar de uma nova prática que aponta para uma saída na intervenção clínica. O caso clínico tomado por todos na instituição constitui a essência desta nova proposta (ABREU, 2008, p.76).

A essa forma de a Psicanálise ser posta em prática nas instituições, também reconhecida como psicanálise aplicada à terapêutica na instituição, Jacques-Alain Miller nomeou de “prática entre vários”, tradução de *‘pratique à plusieurs’*²⁶ (ABREU, 2008).

Em consonância aos princípios éticos da psicanálise, Na Proposição de 9 de outubro de 1967, Lacan (12003) disse que, apesar de a Psicanálise ser uma só, ela tanto pode ser aplicada como Psicanálise em extensão, presentificando-a no mundo, quanto Psicanálise em intensão, referindo-se à didática de preparação de operadores para ela.

A prática da Psicanálise feita na instituição é, portanto, a Psicanálise em extensão, também nomeada como ‘aplicação da psicanálise em extensão’, ‘prática entre vários’, ‘prática entre muitos’, ‘clínica aberta’, dentre outros termos que expressam as terapêuticas desenvolvidas junto às pessoas em sofrimento.

A composição de equipe multiprofissional, característica do modelo de tratamento em Saúde Mental atual, permite o exercício da prática entre vários (na medida em que psicanalistas com diferentes formações universitárias a compõem), mas esta não pode ser reduzida ao trabalho em equipe, visto ser um dispositivo clínico com o objetivo de fazer “operar a Psicanálise e permitir existir o sujeito do inconsciente” (LACAN, 1998, p.76).

Como, então, sustentar essa particularidade da Psicanálise de aposta no sujeito do inconsciente face à presença de diferentes fazeres e conhecimentos dos

²⁶ Este título foi proposto por ocasião da abertura da IIIª Jornada da Rede Internacional de Instituições Infantis (RI3) realizada em 1 e 2 de fevereiro de 1997 na Antenne 110 em Bruxelas – Bélgica ao falar do trabalho clínico, inédito, desenvolvido com crianças autistas e psicóticas, em Bruxelas, iniciada em 1974, tendo diversas pessoas na equipe de trabalho, atuando seguindo os ensinamentos de Lacan.

serviços de Saúde Mental? A história conta que as concepções acerca do tratamento da loucura só puderam mudar quando um embrião de não-saber foi implantado, causando um furo no saber da psiquiatria asilar. Quando o saber, antes não cogitado de ser falho, pôde ser atravessado pelas críticas de cronificação e ineficácia das práticas manicomiais. Logo, a direção de trabalho nos serviços substitutivos de Saúde Mental deve-se principiar na experiência de que o saber sobre o outro produz destituição desse outro e os profissionais devem, sem se posicionar como aquele que não sabe para que a pessoa que demanda o tratamento, possa apresentar o seu saber e construir sua própria saída para o seu problema. Essa é, talvez, a saída possível para a confluência de práticas divergentes em um mesmo serviço, e também a aposta ética feita pelos analistas.

É na possibilidade mesma da falta no grande Outro intervir que cada um pode repensar sua prática na direção de uma clínica feita a partir de vários. É isto que representa esta invenção, a questão do saber, ou melhor, de seu furo, que ocupa lugar central nesta dinâmica. A psicanálise se funda no não saber, o saber da psicanálise deve ser construído, o que Freud chamou “construções em análise”. O saber do sujeito da psicanálise advém de sua construção própria e singular [...]. Uma clínica entre vários é uma aposta no sujeito, na capacidade de produção de discurso, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção (ABREU, 2008, p. 76).

Baio (1999) colabora para a compreensão acerca de intervenções em equipe pelo norte da “prática feita por muitos”, dizendo-a como uma aposta de saída para o impasse no tratamento de psicóticos, causado pelo saber transferencial.

Recolhendo da experiência que se fez cenário para esta formulação, observou-se que as crianças psicóticas da instituição não esperavam as sessões programadas para realizarem o trabalho de elaboração, e que o faziam em qualquer local da instituição (não só num consultório); e que tais crianças se dirigiam principalmente àqueles que parecem não saber. Descobriu-se, assim, que o trabalho de elaboração de saber acontece mesmo fora de toda intervenção e de toda sessão, e que para que essa elaboração prossiga faz-se necessário um Outro, um parceiro que não sabe.

Se o discurso do analista não é aplicável ao sujeito psicótico, é porque o psicótico, diferentemente no neurótico, não faz questão com seu sintoma, dirigindo a um Sujeito-Suposto-Saber o sentido de seu sintoma. Logo, é preciso inventar formas de intervir a partir da sustentação de um único saber: o saber que não se sabe. Para tanto, as reuniões de equipe como forma de convocar a equipe para os impasses,

extraindo a lógica dos problemas e estranhezas colhidas das pessoas em tratamento, para, então, construir a estratégia a partir da qual responder, “para que o sujeito realize seu ato, produzindo-se como sujeito. Isso acontece na perspectiva de nos manter a todos, rigorosamente, na mesma orientação estratégica, mas deixando cada um com sua liberdade tática” (BAIO, 1999, p. 57).

De acordo com Alexandre Stevens (2007), quatro eixos são essenciais para se pensar a prática entre vários: a desespecialização, a formação, a invenção e a transmissão.

Começando pelo eixo da desespecialização, o autor o divide em dois planos: institucional e técnico. Institucional na medida em que adverte para os efeitos de alienação quando o trabalho se organiza com identificação a um sintoma nomeado pelo discurso científico. Tal prática identifica o sujeito ao significante de seu sofrimento, favorecendo a repetição de seu sintoma pelos ganhos secundários a ele e não favorecendo a construção de saídas para o sofrimento. Na transgressão a essa clínica monossintomática, a clínica de direção psicanalítica investe na possibilidade de estratégias que favoreçam um corte nessa cadeia significante, permitindo que o sujeito possa encontrar outro significante que melhor represente sua história, tratando aquilo que o atormenta. ABREU (2008) aponta que, para além dos efeitos de exclusão do sujeito e de suas possibilidades de invenção, tal clínica, colada a um tipo de sintoma, possui também consequências sociais.

Continuando no eixo da desespecialização, o projeto técnico refere-se ao aviso de um furo no saber, postulado na especialidade técnica de cada membro da equipe, uma vez que o funcionamento das relações não se dá por este saber, e sim pelo saber construído a partir de cada sujeito. Deste saber, a partir de cada um da instituição, que se faz pela dinâmica transferencial, não importando a especialidade ou o diploma, e sim, laços de amor que viabilizam o tratamento, é que se recolhem os efeitos terapêuticos (STEVENS, 2007).

Para que seja possível a disponibilidade do profissional à clínica, é preciso que a instituição tenha uma orientação para sua prática: a política e ética da psicanálise. Direção comum a todos os profissionais que, nem por isso, precisam ser analistas, mas de alguma forma ter uma transferência à Psicanálise que o coloque como sujeito suposto saber, condição que permite ao sujeito produzir o seu próprio saber. Este é o segundo eixo apontado por Stevens: da formação, apontando o estudo teórico como essencial ao trabalho entre muitos.

A invenção se localiza no terceiro eixo apontado pelo autor. Invenção do sujeito sobre si mesmo e invenção da equipe nas suas práticas. Abreu (2008) correlaciona a inventividade de ambos os lugares à expressão freudiana de ‘construções em análise’. Se o saber do profissional deve se orientar pela suposição, uma intervenção inventiva deve se dar por estratégias que atentem para as invenções das pessoas em tratamento e do seu lado.

Por fim, sobre o eixo de transmissão, a rotina dos serviços tem a reunião de equipe como forte estratégia. Por ela se faz a discussão e construção dos casos clínicos²⁷, enlaçando política, estratégia e tática. Através da circulação da palavra entre todos os profissionais do serviço, com expressão de suas angústias, impasses e construções sobre os casos, a clínica da singularidade se faz sustentar. Conforme Abreu, “estes mecanismos permitem a construção coletiva de respostas clínicas, partindo de uma política geral, passando pela estratégia do caso e terminando nas táticas do dia a dia” (p.79).

Baio (2003) contribui com a colocação de que nessa estratégia coletiva de construção do trabalho, que tem o seu tempo de ver, de compreender a lógica para, então, concluir, o ‘um’ do profissional também tem que ser preservado, “para que cada um esteja ao passo de uma mesma política e de uma mesma estratégia, mas também para deixar cada um em seu passo, encarnar esta estratégia segundo seu estilo, suas manobras, sua habilidade sintomática” (p.191)

Não esgotando o tema da ‘prática entre vários’, é possível, a partir dos estudos apresentados, reconhecer sua importância tanto na definição de uma forma de se localizar a Psicanálise e os psicanalistas nas instituições de Saúde Mental, quanto de sustentar uma clínica que transgrida o universal do tratamento comum a todos, marcado pelo movimento reformista com o significante de falência. Esse dispositivo clínico, paradoxalmente, oferta à política pública de Saúde Mental uma fenda na lógica da universalidade, através do norteamo de uma política que se orienta pelo singular: a política da Psicanálise, bem como sua direção ética.

²⁷ A construção do caso clínico é um dispositivo que visa fazer advir o particular do sujeito dentro do universal da instituição e da política de saúde mental, muito discutido por Viganò (1999), Lobosque (2003), Figueiredo (2004), entre outros autores. Articulando teoria e prática, traz a riqueza de ser comum a todos os profissionais da saúde mental.

3.5 A APOSTA ÉTICA FEITA PELO ANALISTA

Agiste conforme o desejo que te habita?
Jean Jacques Lacan

Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, texto dos Escritos, Lacan (1998, p. 592) aponta a existência de uma política que permite ao psicanalista localizar-se diante de seu desejo, de uma ética, de uma aposta no sujeito e na sua capacidade de inventar saídas para seu sofrimento e para os impasses que se fazem obstáculos para a vida. Essa é a aposta ética feita pelo analista no campo da Saúde Mental. Advertido de que o “psicanalista dirige o tratamento” e “de modo algum o paciente”, o analista, nestes serviços, não pode se distanciar de sua tarefa de suscitar no paciente sua implicação subjetiva naquilo que se apresenta como sintoma e demanda de ajuda a ser respondida.

O que a Psicanálise propõe, ao tomar o sujeito a partir do inconsciente, é uma prática que toma o sintoma enquanto uma manifestação desse inconsciente, e convoca o analista, conforme formulado por Lacan no Seminário 7, a sustentar um desejo singular de levar o paciente a querer saber algo sobre seu próprio desejo. Com este desejo singular, o analista se compromete a favorecer a demanda de cura transformando-a em questionamento acerca de seu desejo, configurando a ética da psicanálise, e lançando o sujeito ao desafio de responder à questão de Lacan: “agiste conforme o desejo que te habita?” (1991, p. 376).

Bispo & Couto (2011) iniciam seu artigo, lembrando o título “Não há clínica sem ética”, dado por Miller (1996, p. 107) a uma conferência sobre a prática da Psicanálise, e fazem articulação dessa expressão com a ética no campo da filosofia, que aponta que “toda arte e toda indagação, assim como toda ação e todo propósito, visam a algum bem” (ARISTÓTELES, 2001, p. 17). Segundo os autores, se a afirmação de Miller fosse traduzida em termos aristotélicos, a expressão seria: “não há clínica que não vise a algum bem” (BISPO & COUTO, 2011, p. 121); o que não deixa de apontar problemas a serem refletidos com as contribuições da clínica de Freud.

Em ‘O mal-estar na civilização’, texto de 1930, Freud apontou a relação controversa entre o homem e a moral. Segundo ele, a manutenção do laço social e a manutenção de qualquer ordem social a que uma civilização se submete faz-se com

a renúncia de exigências pulsionais em detrimento do bem-estar coletivo. Conforme escreve, “é impossível desprezar o ponto até o qual a civilização é construída sobre uma renúncia aos instintos, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação [...] de instintos poderosos” (FREUD, 1930, p. 103-104). Essa renúncia, embora favoreça o laço social, não deixa de afetar singularmente as pessoas e, conforme Andrade Junior (2007), a Psicanálise não irá se furtar a encontrar nas exigências morais às quais um indivíduo é submetido a fonte de um padecimento neurótico.

Colocando em questão a relação do sujeito com o que poderia formular como sendo o seu bem, Freud (1930) demonstra os efeitos de fracasso ou de mal-estar face às tentativas da civilização de construção de caminhos facilitados para o sujeito rumo à sua felicidade. Nessa ausência de garantias, a sustentação de uma ética do desejo se torna capital. De acordo com Kehl,

a virada freudiana abalou profundamente algumas convicções a respeito das relações do homem com o Bem, exigindo que se repensassem os fundamentos éticos do laço social a partir da descoberta das determinações inconscientes da ação humana (KEHL, 2002, p. 8).

Como vimos, a humanização do cuidado às pessoas com sofrimento mental trouxe a defesa de uma vida em liberdade, com tratamento direcionado às possibilidades de exercício de autonomia e cidadania, em nome da reabilitação psicossocial. Tomar essa direção como imperativo a todos, entretanto, pode representar a submissão das pessoas ao campo da ordem pública, com suas políticas de normatização. Fernando Tenório (2001) alerta para o risco do ideal de cidadania dos loucos tornar-se “um ideal tirânico para o sujeito” (p.153), com expectativas de desempenho social imposto ao sujeito. Para tanto, faz-se necessário pressupostos éticos e políticos, para entender “o homem diante do drama da liberdade e alienação ao inconsciente, esse estranho que age nele e do qual ele não pode se descomprometer” (KEHL, 2002, p. 33).

Em nome da clínica de atenção psicossocial, muitas ações cidadãs são realizadas nos serviços de saúde mental com a expectativa de beneficiar as pessoas em tratamento e que possuem dificuldades de fazer laços sociais. Tais ações, entretanto, se não consideram as possibilidades e o desejo de cada pessoa, invadem suas particularidades e podem precipitar, inclusive, passagens ao ato. O

trabalho do analista na instituição deve ser o de advertir que o exercício da cidadania é um trabalho singular a cada sujeito.

A tarefa do psicanalista aí consiste [...] em oferecer ao sujeito uma possibilidade de tematizar, ressignificar e elaborar sua 'miséria', até onde for possível, para tomar uma outra posição frente a toda essa desgraça cotidiana [...] (FIGUEIREDO, 2001, p.111).

Bispo & Couto (2011) finalizam seu artigo, afirmando que “a impossibilidade do Bem Supremo, universal e necessário, não implica que algum bem não possa ser sustentado de modo contingente” (BISPO & COUTO, 2011, p. 127). Lembram, inclusive, da preocupação de Lacan com a normalização ao abordar questões relativas ao desejo, ao gozo e às intervenções analíticas, a fim de evitar a perda do particular de cada experiência “no universal da solução que o saber ambiciona” (IBID).

Na direção de práticas que suportem o particular de cada experiência, contrária à pretensão universalizante e totalizante, Lima & Paravidini (2011) desenvolvem um artigo, com contribuições teóricas de Freud e Lacan, em que refletem a possibilidade de transmissão da ética da psicanálise a práticas que se situam fora dos moldes da clínica tradicional. Os autores apostam nesta possibilidade, apoiados na ideia de que “transmitir essa ética significa atuar a partir da condição de sujeitos castrados, ou seja, criar condições para que a transmissão da Lei – que interdita a tomada do sujeito como objeto de um saber suposto todo – se mantenha operante” (LIMA & PARAVIDINI, 2011, p. 424-425). A transmissão possível a que se referem é, portanto, de “um saber sobre a falta, ou melhor, um *savoir-faire* com a falta” (LIMA & PARAVIDINI, 2011, p. 437), quando sustentam a presença da ética em dispositivos clínicos diversos aos tradicionais da clínica analítica, e, para tanto, relembram a clínica peripatética.

Lima & Paravidini (2011) se referem à ética da Psicanálise como uma ética que questiona os pressupostos tradicionais, perpassando a ética do desejo às intervenções que se dão no campo das políticas públicas, dentre elas, a da saúde mental, colocando o sujeito diante da própria falta e auxiliando sua inventividade na busca de saídas possíveis aos seus conflitos. Acreditam, assim, numa articulação possível entre Psicanálise e Saúde Mental na condição sem excepcionalidade de as intervenções estarem pautadas no campo da ética psicanalítica. Intervenções

clínicas que se ancoram nesta ética do desejo questionam a “tecnização do cuidado” (LIMA & PARAVIDINI, 2011, p. 429), como nomearam as ações em prol de um bem comum e coletivo e que desconsidera o que é particular a cada um.

De acordo com Imbert (2001), as intervenções analíticas nas instituições rompem com a prática tradicional de restituir ao sujeito um comportamento moral ou a aquisição de bons hábitos, proporcionando a criação de espaços que favoreçam o afloramento das questões do sujeito do desejo do inconsciente. Enquanto a moral visa moldar as pessoas a regras pré-estabelecidas, a ética que rege o campo psicanalítico “mantém-se o mais próximo possível do que é o mais íntimo, o mais singular de outrem, constituindo a própria condição desse íntimo e desse singular” (p.18).

A partir do que foi exposto, é possível demonstrar que a aposta ética do analista no campo da Saúde Mental é, portanto, de sustentação de um discurso que diverge da norma, da regra e da moral, e se aproxima das possibilidades de invenção de cada sujeito, “com princípios, mas sem standard”. O campo da clínica em extensão, considerando toda e qualquer prática que tenha a Psicanálise como referencial teórico, deve-se guiar pelo que Freud (1912/1990a, 1913/1990) nomeou como recomendações e não regras. Essa diferenciação dos termos se faz válida uma vez que seria impossível qualquer tentativa de formulação de uma técnica única e verdadeira, que chamou de “mecanização da técnica” (1913/1990, p.164), para analisar com singularidade as manifestações psíquicas humanas.

Uma experiência de uso do discurso analítico, que se deu de modo inventivo, não sem a baliza da ética da psicanálise e das recomendações das teorias freudianas e lacanianas, é o projeto Digaí-Maré. Este projeto surgiu ano de 2005 quando membros da Escola Brasileira de Psicanálise se propuseram a experimentar os usos do discurso analítico na favela da Maré, a convite da ONG Redes de Desenvolvimento da Maré, face às demandas de atendimento psicanalítico para os moradores da comunidade. A resposta foi com um dispositivo clínico pouco usado no campo da Psicanálise até então: o atendimento em grupo.

Essa aposta se dava num contexto em que o Campo Freudiano passava por um importante movimento de propostas relacionadas à psicanálise aplicada, mas não sem haver questionamentos para sustentação da ética da Psicanálise.

No caso do dispositivo de grupo, a questão era se havia impasse para a emergência da singularidade, o que buscou ser respondida com contribuições de

Freud e Lacan acerca das identificações grupais, a saber: o que faz obstáculo à singularidade não é o grupo e sim as identificações, que, por si, já estão presentes na constituição de um único sujeito; as identificações não necessariamente precisam ser combatidas no trabalho analítico; a ênfase deve se dar mais ao discurso analítico que ao dispositivo; a circulação da fala no grupo pode não se dar com esforço identificatório.

A aposta inovadora do projeto Digaí-Maré foi supor o cartel como um dispositivo clínico, capaz de se fazer um espaço coletivo permeável às produções singulares, situando um lugar daquele que, atravessado pela psicanálise, busca no pequeno grupo fazer valer a função do mais-um. Operados de acordo com a lógica do cartel, dispositivo de formação do analista, os pequenos grupos de atendimento são formados por quatro pessoas, e o clínico busca ser o mais-um do grupo, aquele que tem a tarefa de fazer circular a palavra, tarefa essa sem uma prévia definição.

Os clínicos do Digaí-Maré oferecem escuta para o mal-estar que advém da interseção entre o coletivo e o sujeito e que se manifesta pelo mal entendido, pelo sofrimento inexplicável que não se esgota na justificativa da precariedade do território, ou ainda, na violência obscena que se verifica diariamente no local.

Conforme visto anteriormente, mesmo com recomendações técnicas, a prática psicanalítica nunca se limitou à mecanização da teoria, sendo, inclusive permeável às circunstâncias temporais. Tal ética sem standard embasou Laurent a definir de “analista cidadão” aquele que, sensível ao seu tempo, dispôs-se a reinventar sua práxis.

4 MEXEU COM UMA MEXEU COM TODAS: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E INSTITUCIONAL A PARTIR DO PEQUENO GRUPO DE LACAN

A partir das discussões acerca da contribuição da ética da psicanálise como uma possibilidade para a sustentação dos princípios da reforma psiquiátrica nos serviços de saúde mental, partiremos à apresentação com recortes de uma experiência com intervenção em grupo, cujo nome intitula este trabalho: o grupo de mulheres: “Mexeu com uma, mexeu com todas”, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Leste, na cidade de Juiz de Fora/MG.

Esse CAPS, de tipologia II, é um dos componentes da rede de atenção psicossocial - RAPS do município, sendo esta formada ainda por mais 1 CAPS tipo II, 1 CAPS tipo III, 1 CAPS infanto-juvenil, 1 CAPS álcool e outras drogas tipo III, 1 ambulatório de atenção em saúde mental – CASM, 28 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, um Centro de Convivência, 40 leitos de retaguarda em hospital geral (sendo 7 leitos psiquiátricos no Hospital de Pronto Socorro, 9 leitos psiquiátricos no Hospital João Penido e 24 leitos de Saúde Mental no Hospital Ana Nery) e 63 unidades básicas de saúde - UBS (que não completam em 100% a cobertura populacional)²⁸.

²⁸ As tipologias de CAPS estão especificadas na Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Optamos por uma breve apresentação da composição de sua RAPS, a fim de contextualizar o CAPS a que estamos nos referindo, mas destacamos a importância de um retorno à história²⁹, visto que este município possuiu um grande parque manicomial, composto por 7 hospitais psiquiátricos, a saber: Clínica Serro Azul, Clínica Cedofeita, Clínica Psiquiátrica Pinho Masini Ltda, Hospital São Marcos S.A., Casa de Saúde Aragão Villar, Casa de Saúde Esperança e Clínica São Domingos. Tendo iniciado denúncias em 1999, que mobilizaram as devidas providências técnicas e legais de verificação, esses hospitais foram gradativamente sendo fechados, quando, em 2015, deu-se o fechamento da Casa de Saúde Esperança, último hospital psiquiátrico a ser fechado.

Sabe-se que a desinstitucionalização não se refere apenas ao fim do hospital psiquiátrico, estendendo-se à necessidade de ruptura com a lógica manicomial de uso do poder do conhecimento para controle e normatização das vicissitudes do sofrimento mental inerentes à doença mental. Essa lógica manicomial está intrinsecamente relacionada a um modo de organização cultural de uma sociedade. Por esta razão, indagar as questões que levaram à permissividade da instalação desse parque manicomial no município pode sinalizar a relação desta sociedade com as questões da loucura. Por ora, tomaremos essa questão da lógica manicomial, com sua característica principal de controle, apenas como uma sinalização para pensarmos posteriormente a relação com as negociações possíveis e impossíveis dentro do CAPS Leste, a construção de um estatuto próprio e as medidas ao desrespeito às regras instituídas.

Retomaremos, então, o contexto atual da RAPS.

Face à delimitação da população de abrangência, bem como a organização de modo territorializado, com exceção dos CAPS ad e CAPS ij, que fazem referência para toda a população do município (a saber, 564.310 pessoas, conforme estimado pelo IBGE em 2018), os outros 3 CAPS e o CASM possuem uma divisão territorial de modo que o CAPS Leste faz referência para as regiões leste, nordeste e centro, abrangendo uma população de 130.426 pessoas. Importante destacar que esta é uma área de considerável vulnerabilidade social.

²⁹ Para melhor compreensão do modo como se dá a organização da política de saúde mental em Juiz de Fora, sugerimos a leitura da dissertação de mestrado de Thais Silva Acácio (2019) que escreve sobre o processo de Reforma Psiquiátrica em nesta cidade.

Com funcionamento de 08 às 18 horas, de segunda a sexta, tem como público alvo, conforme normativa, neuróticos e psicóticos graves, porém na prática mantém sob cuidados casos estáveis frente à inexistência de serviços de atenção básica para continuidade do tratamento, o que fere sua vocação para crises e maiores gravidades e acaba por manter um funcionamento com um considerável serviço ambulatorial. Em relação aos recursos humanos, opera com uma equipe composta por 4 assistentes sociais, 4 psicólogos, 4 enfermeiros, 4 médicos psiquiatras, 5 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 1 recepcionista, 1 porteiro e 1 auxiliar de serviços gerais. Possui, ainda, residentes da residência multiprofissional em saúde mental da UFJF (psicólogo, assistente social e enfermeiro) e estagiários de medicina, psicologia, serviço social, artes, música e educação física.

Com essa composição dos recursos humanos, o território de referência foi dividido para 4 equipes sendo cada uma delas composta por médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro e técnico de enfermagem. Esta composição permite, entre outras coisas, que, embora exista um considerável serviço de ambulatório, este se faça por uma equipe multidisciplinar, e não apenas pelo psiquiatra.

O cotidiano do serviço se faz com as seguintes atividades internas e externas: acolhimento, atendimento individual (das diferentes áreas de conhecimento), grupos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atendimento ao Passe Livre³⁰, reuniões de equipe, matriciamento na atenção primária e nos hospitais, participação em grupos de trabalho do município, acompanhamento de 9 SRT's, educação permanente, entre outros. Como ações de reabilitação, destaca-se o grupo de preparação para indicação de pessoas a serem contratadas por grandes empresas da cidade, em parceria com ONG Rede Cidadã, que é quem faz a gestão do trabalho. Outras se destacam, como a oficina de fotografia, nomeada "DiVerCidade", que, pela exploração e captura das imagens de diferentes locais e eventos da cidade, permite o trabalho de reapropriação do território, bem como acessar questões das pessoas que participam que não são acessíveis ao setting tradicional; também a de literatura "Prosa cantada", que, por textos, passeios e músicas, busca o resgate e fortalecimento da identificação cultural; e a oficina de

³⁰ O Programa Passe Livre é um benefício concedido às pessoas com deficiência e com algumas doenças crônicas, assegurando isenção tarifária nos transportes coletivos para pessoas com deficiência e renda familiar per capita inferior a 2 salários mínimos.

tricô e crochê “fios e vidas”, que propicia um espaço de trocas subjetivas e suas expressões através de uma atividade criativa, cujo processo possibilita uma participação mais efetiva dos sujeitos: idealizar, materializar e concluir.

O dia começa com a oferta de café para os usuários, seguido de uma “reunião de bom dia”, a fim de acolher os usuários que ficarão em atenção diária e organizar as atividades da manhã. Após o almoço, acontece a “reunião de boa tarde”, com o mesmo propósito da que acontece de manhã, porém considerando o acolhimento de usuários que iniciarão o acompanhamento no período da tarde, encerrando com a oferta do café da tarde.

As reuniões de equipe acontecem às tardes das quartas-feiras, sendo quinzenalmente divididas com a reunião sobre os moradores dos SRT's com profissionais da instituição prestadora do serviço³¹. Diariamente acontecem as reuniões de miniequipes, no horário de 12 horas e 16 horas, para discussão de situações daquela rotina e organização dos manejos dos casos.

Sobre a atenção diária, para além da organização já apresentada, possui a característica flexível de se fazer em dias, horários e atividades de acordo com as necessidades de cada um dos usuários.

A chegada desses usuários para serem acompanhados pelo CAPS se faz prioritariamente pelo matriciamento, com reuniões realizadas mensalmente com as equipes de UBS. O agendamento da reunião de matriciamento é realizado por necessidade de organização do serviço, porém as exceções são devidamente articuladas pelas equipes. Para os usuários de áreas descobertas de UBS, a chegada se faz por demanda direta destes à instituição³².

Sobre o acompanhamento de moradores dos SRT's, existe uma equipe formada por médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social e estagiário de psicologia, que se reúnem semanalmente com as referências técnicas da casa (profissionais da empresa prestadora do serviço), bem como com os gerentes da atenção primária para discussão dos casos e reflexão sobre projeto terapêutico

³¹ O município terceirizou a prestação de serviço dos SRT's.

³² Formulado por Gastão Wagner em 1999, o matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. Possibilita, assim, um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. Essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões (Ministério da Saúde, 2011).

singular. Caso necessário, outros atores são também convidados a participar, como familiares e representantes de outros órgãos da rede sócio assistencial do município.

Nessa organização do cotidiano do serviço, muitos impasses se fazem presentes. Quanto à equipe, anteriormente composta por profissionais contratados, e que rodizavam a cada ano, prejudicando a continuidade do trabalho e vinculação com o mesmo, em 2017 iniciou-se a recomposição por profissionais efetivos após realização de concurso público. Hoje, com exceção dos profissionais da enfermagem, que estão sendo gradativamente convocados, e dos profissionais de apoio (portaria, recepção e serviços gerais) que são terceirizados, todos os outros são efetivos. A maioria destes efetivos, porém, não possuíam experiência no campo da saúde mental, iniciando a formação em paralelo ao percurso que está sendo trilhado. Esta situação tornou a educação permanente algo de prioridade para o serviço, sendo garantido espaço nas reuniões semanais de quarta-feira, para além de outras ofertadas pelo Departamento de Saúde Mental.

Outro impasse diz respeito ao fato de o município não possuir 100% de cobertura da atenção primária de saúde, prejudicando a “porta de saída” das pessoas que já não estão em condição de gravidade e que precisam ser contra-referenciadas para um serviço de menor complexidade. Este impasse também se faz de importância em referência à “porta de entrada” do CAPS. Embora o serviço aconteça de “porta aberta”, acolhendo as pessoas que demandam cuidado, há uma priorização de que o acolhimento se dê inicialmente na UBS, sendo mensalmente realizado o matriciamento, conforme citado, onde, entre outras ações, discutem-se os casos de modo a potencializar sua assistência no próprio território ou referenciar para o CAPS quando identificada uma gravidade que ultrapasse as possibilidades da equipe de atenção básica. Os usuários de áreas sem cobertura recorrem diretamente ao serviço, situação que faz com que a porta de entrada fique aberta para além de suas possibilidades e de suas vocações. Estes problemas, aliados à permanência de casos já estabilizados que se mantêm por falta de outro local para continuidade do tratamento, causam um excesso de usuários sob responsabilidade de modo a não conseguir vocacionar o serviço para as situações de crise e gravidade maior. Conforme Lobosque bem colocou no livro sobre a Clínica em movimento (2003), é preciso deixar a porta aberta, mas não tão aberta que não possa se abrir mais.

Um último impasse a ser apresentado, embora não esgotando a vivência da instituição, diz respeito à relação com a rede do Sistema Único da Assistência Social – SUAS. Como dito acima, o território de referência do CAPS Leste é uma área de grande vulnerabilidade social. Tendo como direção um trabalho que pensa a clínica em suas vertentes política e existencial, atenta à reabilitação psicossocial e ciente dos determinantes sociais para o processo saúde doença, um trabalho de forte parceria com a rede da assistência social se faz de extrema importância. Entretanto, o que se vivencia, no momento, é uma fragilidade dessa rede para um trabalho que se dê em continuidade, efetividade e atento às complexidades e necessidades dos casos. Há que considerar diversas situações em que a parceria se deu em potencialidade e que o cuidado só pôde ser garantido pela intervenção de profissionais da rede SUAS. O impasse se faz, considerando-se uma necessidade que ultrapassa os recursos de assistência social que estão sendo ofertados.

Reconhecendo-se que o trabalho nos serviços de saúde mental possuem princípios, mas que o seu desenrolar se faz no inusitado de cada situação, e que isto é um avanço à lógica do saber totalitário manicomial, que tanto traz avanços quanto impasses, inclusive graves, será apresentada a experiência desenvolvida no CAPS Leste, com recortes importantes para uma reflexão dos alcances da clínica que tem a ética da psicanálise como norte, e que se faz com repercussões tanto para assistência quanto para a gestão institucional.

Antes, porém, é válido recordar as considerações de consequências vividas pelas pessoas em tratamento quando submetidas a ações tecnicizadas, mecanizadas e enquadradas no estatuto, na moral, na regra, e que não acolhem a dimensão ética de um cuidado, pela qual a Psicanálise se orienta. Práticas que invadem as particularidades das pessoas em tratamento e que podem precipitar, inclusive, passagens ao ato. Válida, também, a recordação de que as clínicas inaugurais da reforma, como foram consideradas nesta dissertação, quando da abertura dos primeiros serviços substitutivos no Brasil, fizeram-se, apresentando avanços de um trabalho de produção de subjetividades potencializadoras para o exercício da cidadania, mas também apresentaram problemas que, entretanto, não invalidaram a positividade das clínicas de atenção psicossocial.

Um problema apresentado por Jairo Goldberg no CAPS Itapeva foi o de não possuir um modelo a seguir para avançar no cuidado dos psicóticos de modo além ao oferecido em ambulatorios, mesmo tendo as referências dos modelos francêss,

italiano e português que realizaram o intercâmbio para troca de experiências. Na construção do trabalho, retrocessos de busca de apoio ao hospital psiquiátrico fizeram-se para além dos tropeços nos cuidados que ainda não conseguiam alcançar as possibilidades próprias do seu público. Este problema não é o caso do CAPS Leste, visto que possui ampla rede de experiências a se amparar. Sendo inaugurado em 06 de julho de 2012, é o CAPS mais novo de Juiz de Fora³³ e tem em tantos outros CAPS do país referências a se embasar. Sabe-se, contudo, que ainda que exista um arcabouço teórico, normativo e experiencial, a cada CAPS é reservada uma marca diferencial, considerando as características culturais do território no qual está inserido e as singularidades de cada pessoa que demanda ajuda. Assim, um CAPS, atento a tais dimensões, se constrói e reconstrói a cada chegada de um novo usuário, de um novo profissional, de uma nova gestão e de uma configuração coletiva micro e macro espacialmente.

A chegada da profissional que assumiu a coordenação do CAPS Leste se deu em dezembro de 2017, quando de sua convocação a iniciar o trabalho de psicóloga com vínculo efetivo na Prefeitura de Juiz de Fora, por aprovação em concurso público. De seu percurso no campo da saúde mental acumulava a experiência de estágio no CAPS Casa Viva ainda no período de graduação, de trabalho em um CAPS de outro município e a de Coordenação de Saúde Mental no município de Ubá/MG³⁴ pelos últimos 6 anos. Trazia, com isso, um desejo de trabalho que unia a clínica, em especial a psicanalítica, e a gestão. Não à toa, fez da ética que guiava sua clínica o fundamento e o guia das intervenções e decisões inerentes ao cargo de coordenação. Por esta razão, frente ao impasse que aqui será apresentado, foi desse lugar que se autorizou a agir.

³³ O CAPS Casa Viva, em Juiz de Fora, foi um dos primeiros de Minas Gerais, sendo credenciado pelo Ministério da Saúde em 1996, mas em funcionamento desde 1993 (ACÁCIO, 2019).

³⁴ O município de Ubá é polo de uma microrregião de saúde que compreende 17 municípios, totalizando uma população aproximada de 290 mil habitantes. O período em que assumiu a coordenação de saúde mental, a saber, de 2012 a 2017, foi um período de grande fortalecimento da política de Saúde Mental pelo incentivo à implantação de dispositivos da RAPS nos municípios do Brasil, tendo como coordenador nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, de 2011 a 2015, Roberto Tykanori Kinoshita. Nesse período houve a mudança da lógica em que se organizavam as ações de saúde mental de Ubá, visto que vários municípios implantaram CAPS e outros dispositivos, reduzindo a população referencial deste. Nos municípios que não possuíam CAPS, foi feito um trabalho de composição de referências técnicas e de fortalecimento da atenção primária de saúde. Neste contexto, o trabalho de coordenação assumiu a interface de apoio na articulação dos municípios, juntamente à GRS.

4.1 O SUICÍDIO DE UM USUÁRIO

‘O Pedro³⁵ morreu por falta de manejo’. ‘Nós fizemos o que podíamos fazer. Ele não respeitava’. Estas expressões chegaram até a profissional que iniciara o trabalho de coordenação de CAPS Leste, referindo-se ao suicídio de um usuário (cujo nome é fictício) que era acompanhado por este serviço. Era um usuário de trato complicado, que desafiava as regras da instituição descumprindo-as. Havia, na época, um regramento próprio a esta instituição, registrado em um estatuto, que, dentre outras coisas, normatizava condutas face ao descumprimento das regras de boa convivência grupal. Assim, face a brigas, ameaças ou a destruição de bens públicos, o usuário poderia ser advertido, suspenso ou desligado do serviço.

Diversas foram as situações em que esse usuário danificou patrimônio, ameaçou e agrediu funcionários, tendo a instituição recorrido a apoio da polícia militar para contenção. Em um último manejo, foram reduzidos os dias de participação na atenção diária do CAPS, tendo sido entregues suas medicações que ficavam no serviço para administração por conta do próprio usuário. Após essa conduta, o usuário ingere as medicações em excesso culminando em óbito do mesmo.

O falecimento desse usuário gerou uma crise interna no serviço. Do lado dos usuários, havia uma acusação de que a intervenção da equipe de redução da frequência diária no CAPS, nomeada por eles como “expulsão” e “punição” do Pedro, fora a razão de seu suicídio. “Ele precisava de ajuda!”, dizia uma usuária. Do lado da equipe, uma divisão acerca dessa condução do caso, com alguns creditando no suicídio a consequência de uma intervenção fracassada, de abandono do usuário à sua própria responsabilidade quando o mesmo não estava em condições de responder por si. Havia uma história de abandono vivida por esse usuário que estava sendo refletida por alguns membros da equipe como ato de repetição por parte do serviço: o CAPS estava abandonando o usuário. Por outro lado, outros profissionais julgavam o suicídio como uma passagem ao ato de Pedro, refletindo sobre a direção da intervenção de redução dos dias da atenção diária, mas não necessariamente relacionando-a ao suicídio.

³⁵ Todos os nomes utilizados nesta dissertação para se referir aos casos apresentados foram criados para resguardar a identidade dos usuários.

4.2 MEXEU COM UMA MEXEU COM TODAS

“Mexeu com uma mexeu com todas!” *Slogan* de uma campanha criada por atrizes globais contra o assédio sexual no ano de 2017. Frase repetida por um grupo de mulheres que frequentavam o CAPS e que por afinidades se uniram com laço de amizade. Descolada de seu objetivo original, tal frase era utilizada por estas pessoas para se protegerem e se mostrarem fortes frente a quaisquer manifestações que entendessem como violência a si. Um ‘olhar torto’, uma receita não emitida como se queria, uma resistência à diminuição dos dias em atenção diária, uma acusação de que a medicação não foi entregue corretamente. Tudo era motivo para o grupo se juntar e sob a expressão “Mexeu com uma mexeu com todas” partir para a agressão física e verbal contra membros da equipe e usuários do serviço. Ao final da cena, outra expressão surgia: “vai me punir”?.

Tal situação mobilizava a equipe de profissionais no apaziguamento das situações de violência e proteção, restando a angústia de não saber como manejar e por isto muitas vezes as expressões: “Isso é caso de polícia!” “São histéricas! Não têm que estar aqui.”!

A punição era outro tema que preocupava a equipe. Havia um estatuto do CAPS em que constava a punição como uma saída. Preocupava também os usuários, tanto que em algumas assembleias havia o clamor deles pela suspensão de outros usuários por brigarem dentro do CAPS.

Como forma de lidar, sem saber a priori o que fazer, a palavra era colocada e convocada a cada situação. Reuniões de equipe, acolhimentos dos usuários, questionamento das punições nas assembleias, discussões de casos.

Da coordenação, não menos que angústia frente a uma demanda de providências por parte da equipe e também de sua indagação quanto ao sintoma tanto do grupo de mulheres, de cada uma daquelas mulheres e também da própria instituição. Esse sentimento se intensificou quando de outra passagem ao ato: Maria, que fazia parte desse grupo de mulheres, tomara medicações em excesso tendo culminado em um estado de coma que a manteve por tempos internada no CTI de um hospital da cidade.

4.3 A MORTE DE MARIA: EU VOU PROVAR QUE NÃO ESTOU BEM

Entendendo como uma intervenção de enfraquecimento do grupo que estava causando muitos problemas na instituição, tendo escutado uma frase da mãe de Maria de que ela “era melhor quando não frequentava diariamente o CAPS”, e acreditando ser uma intervenção que particularizava esta usuária que não apresentava uma criticidade sintomática, foi sugerida a redução dos dias em que a usuária deveria frequentar o CAPS. Tal proposta terapêutica não foi bem acolhida pela usuária, que dizia que não estava bem e que precisava estar no CAPS, porque seu marido também frequentava. Vale dizer que esse marido havia tido outros relacionamentos amorosos com outras mulheres que frequentavam o serviço, inclusive mulheres que faziam parte desse grupo em destaque. Para justificar essa intervenção, os profissionais argumentavam que o CAPS era para usuários em crise, e que ela não estava em crise para manter-se em atenção diária. Maria contra-argumentava dizendo que não estava bem e que provaria que não estava bem. Algumas medidas de proteção foram tomadas, como solicitação de parceria da mãe desta usuária para sustentação dessa decisão. Aliás, esta mãe, que representava uma autoridade para Maria, passou a ser convocada sempre que havia alguma confusão envolvendo a usuária.

Certo dia, a permanência de Maria no CAPS se deu simulando uma convulsão. Cena avaliada pela equipe multidisciplinar como comportamento histriônico que, por não cessar, levou-a a convocar a mãe, inclusive solicitando a presença do SAMU para intervenção da suposta crise convulsiva. Ato da equipe com aposta de uma responsabilização da usuária por uma invenção de justificativa para “provar que estava mal”, como havia dito.

No interim entre a simulação e a ida acompanhada pela mãe da usuária ao Hospital de Pronto Socorro - HPS, Maria ingeriu medicações pertencentes a outra usuária. Do seu lugar de liderança, houve um pedido de cessão de medicamentos, que fora atendido, não por intenção de colaborar para um uso abusivo, mas por ter sido apontado por ela como necessário para sua melhora. Do lugar de outros membros, a fragilidade em reconhecer a gravidade de tal fato. “Ela me pediu, eu dei”. Essa situação só fora identificada a posteriori pela equipe, com falas das próprias usuárias face à hospitalização e gravidade do estado de Maria, o que convocou a uma ação de contorno de uma usuária que estava sendo acusada pelo fato de ter dado a medicação. Esta situação ensejou a constituição de um grupo

direcionado pela médica psiquiatra do serviço para conversar sobre os efeitos e vivências quanto ao uso das medicações.

Voltando ao caso de Maria, os efeitos da ingestão excessiva de medicações não fora identificado pela equipe do HPS, que a avaliou e deu alta. Chegando em casa, a mãe da usuária percebe comportamentos alterados em Maria e a leva em uma Unidade de Pronto Atendimento, onde, identificado o uso excessivo das medicações, procedeu-se à internação e procedimento de intubação da usuária, que entrou em coma. Deste serviço, houve o encaminhamento para outro hospital onde permaneceu por meses sem resposta positiva ao tratamento. Quando da decisão médica de interrupção do coma induzido, Maria respondia com graves crises convulsivas. Já havia acontecido em anos anteriores a este episódio um uso medicamentoso abusivo que culminara em internação e consequência de neuropatia que causava ataques epiléticos. Por esta razão, os médicos avaliavam que um segundo episódio poderia ser mais danoso e de delicado manejo.

A ausência de respostas ao tratamento e a instalação de uma cronicidade do estado de saúde, - embora permanecesse viva e aparentemente acordada, com expressão de mínimos reflexos, Maria não demonstrava consciência do ambiente que a cercava, e não respondia a estímulos -, levaram a equipe médica a dar alta para cuidados em casa.

Nessa condição, no dia do seu aniversário, as usuárias do grupo queriam visitá-la no hospital, o que não era possível por estar no CTI e a vaga de visita era para familiares. Para profissionais de um serviço que a acompanhava era permitida a visita sem ser por esta vaga. Contornando o mal estar de não poderem ver a amiga, fizemos a gravação de um vídeo delas cantando parabéns e falando, cada uma, a mensagem que gostaria que chegasse até Maria. Durante a visita, eu e a outra profissional falávamos com a usuária, sem qualquer resposta da mesma. Vale dizer que era um dos momentos em que estava fora do coma induzido. Dissemos a ela que havia um vídeo gravado pelas amigas que gostariam muito de estar com ela sem, entretanto, ser possível. Colocamos o celular bem próximo de seu rosto enquanto o vídeo passava. Após um tempo, uma lágrima escorreu de seus olhos. Não sabemos ao certo, e nem nunca saberemos, se foi devido à emoção. Entretanto estava colocada a aposta numa subjetividade que poderia estar presente, mesmo com todas as limitações biológicas que o discurso médico-científico apresentava.

Cerca de um ano após a alta hospitalar, tendo restado um estado vegetativo que a tornara completamente dependente da mãe, Maria faleceu.

4.4 A INTERVENÇÃO PELO PEQUENO GRUPO DE LACAN

Tendo a Psicanálise como escolha de seu direcionamento profissional, outro caminho para buscar respostas não era possível. Revisitando o livro “Psicanálise na favela”, publicado em 2008, que retrata a clínica dos grupos a partir do projeto Digaí-Maré, conforme apresentado no capítulo anterior, um *insight* surgiu. Respostas exatas não se tinham (e não era para se ter mesmo), e por isso era possível se deslizar do imperativo fálico de resolver objetivamente a situação, mesmo com a gravidade instalada. Para se escutar qual era o sintoma apresentado, era preciso escutá-lo nas suas singularidades. Avisada de uma transferência já existente por parte dessas mulheres, a coordenadora as convida para formarem um grupo de trabalho consigo à frente, sendo nomeado “Mexeu com uma mexeu com todas”. A proposta era, então, poder mexer com todas para mexer com cada uma. Uma torção necessária para se ter acesso ao que de sujeito se expressava no grito do grupo. Uma aposta alicerçada na ideia de que, mesmo tendo muita coisa em comum, cada uma adoeceu a seu modo, vivenciou os efeitos da doença de modo diverso e se apresentou em sintomas de modo muito singular.

Sobre grupos é importante uma revisitação às contribuições de Freud e Lacan. Em 1921, Freud escreveu o texto “Psicologia de grupo e análise do eu” onde menciona os grupos artificiais, exemplificado pelo Exército e pela Igreja, dizendo-os resultante de um sistema de forças cujo vetor vertical se dirige ao chefe e o horizontal ao coletivo de semelhantes, mantendo-se pela tensão não sabida pelo coletivo entre o amor vertical ao chefe e o amor horizontal aos irmãos. Essa tensão é sustentada pela ideologia do grupo. Quando, porém, essa tensão é percebida, “as coisas vão mal” (BARROS, 2008, p. 55), expressão de Barros (2008) no artigo aqui embasado. “Sem o chefe, o estado de tensão aparece como angústia, e o grupo, na condição de grupo artificial, não se mantém” (BARROS, 2008, p. 55), marcando a exigência de uma consistência extraordinária da função do Um, na montagem dos grupos conforme leitura freudiana.

A melhor figura de chefe, salvo Deus, é o pai. Não qualquer pai, mas aquele que, supostamente, ama todos os filhos do mesmo modo. Trata-se de um pai que recobre a contradição que há, necessariamente, entre o coletivo e o indivíduo. Não é verdade que o pai ama os filhos igualmente, mas, para que esse coletivo sobreviva, é necessário a hipótese de que ele o faz. Se o pai ama diferentemente – essa é a tragédia do Totem e tabu -, o coletivo se dissolve ou, ao menos, entra em crise. Uma ideologia faz acreditar que os irmãos são amados igualmente, e que é necessário serem amados desse modo, sob pena de que se ponha em questão essa tensa montagem entre chefe e irmãos (BARROS, 2008, p. 55).

As contribuições lacanianas para os grupos iniciou-se com sua ida à Inglaterra, em 1945, período da Segunda Guerra Mundial, para conhecer a experiência de grupo do exército britânico, realizada para selecionar soldados que poderiam voltar ao combate, e que resultou no artigo “A psiquiatria inglesa e a guerra”, em 1947. A ideia freudiana de hegemonia do Um para a subsistência do coletivo não encontrou suporte em Lacan em razão da experiência vista na Inglaterra que, face à derrota militar e sem condições de que o Um indicasse alguma direção, ainda assim o coletivo subsistia.

De acordo com a lógica da psicologia coletiva freudiana de 1921, se o amor ao líder não se mantém, o coletivo não se sustenta. “Se o general perde a cabeça, a tropa se dispersa” (BARROS, 2008, p. 57). Barros faz a leitura dessa ideia pelo discurso de Lacan: “Se o S1 não responde, ocorre a dispersão, justamente porque não se apresenta nenhuma dimensão para sintomatizar a ausência do Outro” (BARROS, 2008, p. 57).

A experiência de grupos de Bion, na Inglaterra, questiona a condição de dispersão de grupos pela ausência do S1. Ao “Salve-se quem puder”, expressão típica de quando o líder não tem como se manter na guerra e se mostra em condição de desespero, a experiência inglesa respondeu com uma negativa de fuga. A formação de pequenos grupos, tendo Bion como propositor, que funcionavam com certa autonomia foi uma resposta digna, como qualificou Lacan, tendo se inspirado nessa dimensão horizontal para a ideia do cartel.

Se pensarmos na falência do S1 não como uma crise de guerra, e sim como fenômeno de civilização, veremos que isto exigirá muito mais dos pequenos grupos. Exigirá consistência e durabilidade maiores do que ocorre ao longo de uma guerra. Se é verdade que nossa civilização se caracteriza por uma não resposta do Outro, pela inexistência do Outro, então é preciso que haja grupos que saibam manter a ligação horizontal entre os iguais, sem que isso se dê pela via de um “todos iguais”, que tende a restabelecer o Um sob a forma do pior – seja pela democracia de massas, do consumismo, seja

pela dimensão do império do supereu, de ordens insensatas (BARROS, 2008, p. 58).

Barros escreve, ainda, sobre “as formas de organizações coletivas características da época do outro que não existe” (BARROS, 2008, p. 59), e exemplifica com comunitarismo³⁶, com as seitas e os grupos sintomáticos. Quanto a estes, a organização se faz a partir de um traço, tendo o autor exemplificado com o grupo de internet “Eu odeio Galvão Bueno”, cujo traço comum é o ódio a Galvão Bueno. A expressão sintomática³⁷ se faz por menção a um traço significante, grave ou não.

Tal colocação chama atenção deste trabalho, visto que a organização coletiva das usuárias do CAPS através do lema “Mexeu com uma mexeu com todas” pode ser entendida pela ideia sintomática, visto que traz o traço comum das brigas.

Barros segue seu trabalho dizendo que, dos fenômenos da sociedade de massa, surgiram também os grupos terapêuticos. Esse apontamento se faz, entretanto, para marcar a diferença da proposta de uma intervenção clínica pela modalidade de grupo sugerida pela coordenadora. Um manejo de grupos que insiste na singularidade e que não se pauta pelo universal.

O universal da humanidade é o somatório de militares e civis: os que não são militares, são civis. Não há ninguém que não seja nem militar, nem civil, porém a dimensão sintomática os descompleta [...] reintroduzir a dimensão sintomática nessa grande divisão da humanidade entre civis e militares corresponde a combater o supereu como imperativo de gozo, como um “goza!” sem sentido. Trata-se aqui do imperativo superegóico no momento que o Outro não responde, ou seja, quando uma utopia universal não responde (BARROS, 2008, p. 65-66).

Vale dizer que essa intervenção clínica pelo trabalho de grupo realizada no CAPS Leste se alicerçava na ideia do pequeno grupo de Lacan, com o objetivo de encontrar no próprio impasse da situação a força viva da intervenção. Expressão que Negreiros & Viola (2008) utilizam para nomear seu artigo que discorre sobre o trabalho a partir dos pequenos grupos propostos por Lacan e que a Escola Brasileira de Psicanálise (conforme abordado no capítulo anterior) toma inusitadamente como dispositivo clínico a partir do projeto Digaí-Maré, operando a partir do que Freud

³⁶ Tendência de formação de identidades decorrentes do pertencimento a uma comunidade.

³⁷ Importante deixar claro que se trata de formação coletiva não marcada pelo viés de grupo terapêutico, para não confundir com as propostas terapêuticas de grupos por sintomas, como grupos de ansiosos, de depressivos, de diabéticos, entre outros.

definiu como identificação horizontal entre os membros do grupo, e do que Lacan propôs para constituir a base de sua instituição: o cartel. Nessa direção, uma pessoa assume a função de um líder que ao mesmo tempo não o é, e que Lacan cunha como *mais-um*, não sendo, entretanto, qualquer um. Um alguém que sabe da castração e sabe lidar com a transferência. Nessa proposta, o único elemento comum ao grupo é a tarefa, e não o líder. Daí a fórmula que Lacan propôs para o cartel: $x + 1$.

A decisão de como realizar a tarefa cabe ao grupo. O *mais-um* tem a função de sustentar o funcionamento deste de modo que cada um dos integrantes possa se situar diante da tarefa. Para tanto, deve “encarnar um ponto de falta de um saber correto, necessário e universal, fazendo surgir o que cada um pode produzir como resposta sintomática em face do real” (BARROS, 2008, p. 72). Com isso, para além da identificação do ponto comum do grupo, também se produz uma divisão subjetiva, “que tende a conduzir o sujeito a se apossar de sua pergunta íntima” (IBID).

Trata-se de favorecer uma resposta diferente, uma possibilidade de inventar uma resposta para a pergunta mais íntima de cada um. Nesses termos, um sintoma, de ordem patológica, pode dar lugar a uma invenção sintomática mais integrada no grupo e, nem por isso, menos singular. O *mais-um* vela pelo que se produz diante do real, isto é, por uma ética (BARROS, 2008, p. 73).

Almeida (2008) escreve sobre o funcionamento do cartel com ponderações do próprio Lacan, a partir dos textos “Ato de fundação”, de 1964, e “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na Escola, ambos publicados na obra “Outros Escritos”. Com o objetivo de um trabalho em grupo que não se paute pelo universal, o cartel deve ter um produto de cada um dos integrantes, e não coletivo. Para tanto, um dos integrantes tem a função de ser o *mais-um*, responsável pela provocação da elaboração de cada um, convocando-os singularmente, e de manter os grupos voltados para a tarefa.

É de muita valia para esse trabalho a consideração da autora acerca do uso do cartel como forma de impedir o efeito de identificação grupal:

(...) o modo como se organiza o cartel não é democrático; se há uma diluição da hierarquia, isso se dá em prol da construção de cada um dos lugares em sua singularidade, e não em sua igualdade. A homogeneidade só se refere a um aspecto: a realização de uma tarefa e a implicação de que

cada um apresente um produto singular. Trata-se de uma forma de trabalho em grupo que busca impedir a formação de um efeito de “cola grupal”, em que cada um garanta seu *status quo* a partir da identificação com o grupo (ALMEIDA, 2008, p. 83).

Ainda sobre o trabalho possível de resgate do lugar singular a partir do grupo, e recordando a pergunta dos membros da Escola Brasileira de Psicanálise quando da implicação de atendimento em grupo pelo Projeto Digaí-Maré - se as identificações comuns no grupo seriam impasse à emergência da singularidade, tendo como uma resposta, que as identificações fazem parte da constituição do próprio sujeito-, vale o ensinamento de Lacan: “Se nessa corrida para a verdade é apenas sozinho, não sendo todos, que se atinge ao verdadeiro, ninguém o atinge, no entanto, a não ser através dos outros”(Lacan, 1998, p.212).

Retornando ao desenvolvimento do ‘Mexeu com uma mexeu com todas’, na medida em que a palavra circulava, as histórias de cada uma surgiam e deixava clara a percepção de como eram diferentes entre si. Dessa aposta e desse elucidar de singularidades um certo reposicionamento se fez, não sendo mais necessário o grupo se juntar no sintoma da agressividade para ser escutado nos seus direitos e nas suas demandas.

O convite ao grupo foi aceito prontamente e com muito interesse por todas as mulheres. No dia combinado, o lanche compartilhado também estava garantido. Uma usuária que não tinha recurso financeiro para a compra de algo, teve o apoio de outra usuária que comprou pelas duas. Um pequeno exemplo de sua motivação.

No primeiro encontro o objetivo era conversar sobre o direcionamento do trabalho. Surgiu, por elas, a possibilidade de construção de uma apresentação teatral ou musical para a comemoração do dia da luta antimanicomial. Como tema da apresentação, o empoderamento das mulheres face às situações de violência a que eram submetidas. Conforme as orientações sobre o cartel, o que deve existir de homogêneo no coletivo é apenas a identificação da tarefa.

Nos outros encontros, e considerando a construção da apresentação, foram sendo relatadas situações de violência vividas por cada uma delas, já adultas ou quando ainda eram crianças. A vivência da agressão física era algo comum entre elas. Mas cada uma a seu modo.

Joana³⁸ relatou que sua mãe a incentivara a “partir para brigas”, lembrando que caso chegasse em casa contando que alguém a havia agredido ou constrangido na escola, sem o devido revide da agressão, apanhava “para aprender a não levar desaforo para casa”. Contou, também, dizendo ter sido uma lembrança que surgiu no contexto do grupo em sua vida, a cena de que aos 12 anos havia sido trancada pela prima no banheiro da escola, junto com alguns meninos que foram pagos por esta prima para que a estupassem. Disse ter gritado insistentemente por socorro, para que abrissem a porta, só tendo sido escutada tempos depois, quando haviam tirado sua blusa. “Criei trauma de ir a banheiro do colégio”. “Não tive coragem de falar por perceber que nesses casos a mulher geralmente é responsável”. Embora não tenha contado esta história para a mãe, outras situações, envolvendo sua vulnerabilidade de criança, eram levadas ao seu conhecimento como um pedido de proteção. Esta mãe, por si, também possui comprometimentos identificados pela própria Joana, “Ela precisa de tratar também”, que a impediram de responder com a proteção esperada pela filha. Sua resposta: “Vai lá e bate neles!”, deixava Joana no desamparo. No ano de 2018, ao retornar para casa depois do CAPS, brigou com a mãe, jogou pedras nela e quebrou a janela, contando essa história seguida de uma frase: “Tudo nela me irrita”. Notamos que sempre que Joana fica nervosa, se desestabiliza e relata ouvir vozes e ver vultos, para além de se cortar com objetos. Após uma briga entre duas usuárias, pegou seu relógio e feriu os pulsos com ele.

Marta contou uma cena da adolescência em que estava com sua mãe na Loja Americana para comprar um Ovo de Páscoa. Ela queria dois ovos – um branco e um preto. A mãe disse só poder comprar um, quando escolheu um chamado Diamante Negro. Não satisfeita por ter que decidir, escondeu o Ovo de Páscoa branco, Laka, por debaixo da saia, contando em risadas no grupo que, enquanto andava, o ovo balançava debaixo da saia, imitando a cena, situação que não a constrangeu a levar sem pagar o chocolate. Chegando em casa, escondeu o ovo branco, mas sua mãe descobriu. Ao chegar da escola, o ovo de Páscoa Laka estava aberto, com exposição dos bombons, o que, para simular surpresa, Marta expressou: “Olha! Chocolate branco!”; ao que a mãe ordenou que contasse o número de bombons. Enquanto contava, essa mãe pegou uma vara de roseira com espinhos que estava

³⁸ Todos os nomes para as integrantes do grupo aqui apresentados são fictícios, a fim de resguardar o sigilo.

escondida atrás de si e passou a desferir varadas nos braços de Marta, em número contado de bombons. Enquanto batia, pedia para contar e dizia que era para ficar marcado em sua pele o erro que cometeu a fim de nunca mais praticá-lo. A usuária mostra as marcas nos braços, o que leva a expressões de horror por parte das outras mulheres. “Nossa! Minha mãe batia, mas não deixava marcas assim não”. “Eu corrijo minha filha, batendo também, mas com chinelo, não marca”. Expressões que esboçavam características singulares acerca de um traço comum, pontuado pela pessoa do mais-um do grupo, bem como permitiu falas sobre o que faz marca e quais as consequências e possibilidades a partir de uma marca. Neste dia, Marta levou para o lanche compartilhado um Ovo de Páscoa Laka e disse: “esse eu comprei com meu dinheiro.”

Em outro momento do grupo, Marta disse estar irritada, pois os pais não permitiram que o pai de criação, com quem dorme na mesma cama quando em visitas, fosse visitá-la. Disse que estava com vontade de matar os pais, e falou o que já havia pensado para isso. “Discretamente com chumbinho”. Outra usuária do grupo aconselhou a não fazer e acreditaram que realmente corria esse risco, ficando preocupadas. Dias depois, relatou a morte de um gato da família, complementando: “Alguém o envenenou com chumbinho”.

Leila contou sobre as brigas com o marido e justificou seus momentos de agitação no CAPS e seu comportamento intolerante à falta de carinho por parte da mãe, quando ainda criança, bem como do marido que tinha problemas com consumo de álcool e que chegava em casa, depreciando-a. “Quebrei tudo dentro de casa hoje. Ele chegou me xingando. Para não bater nele, quebrei tudo mesmo.” Quebrar era uma palavra que essa usuária sempre usava como ameaça quando se sentia prejudicada no serviço por alguma razão. A queixa de entrega de medicação de modo equivocado era recorrente, sendo seguida da expressão: “Vou quebrar tudo dentro desse CAPS”; até que um dia parte para a quebra de cadeiras jogando-as para o alto, ameaçando uma psicóloga que havia feito uma intervenção com sua amiga de alteração de projeto de tratamento e redução dos dias em atenção no serviço. Essa profissional intervém com o chamamento da Polícia Militar. Quando a coordenadora chega ao serviço e identifica a situação, entende que era preciso um posicionamento de proteção da profissional e da instituição, mas não sem uma ética que acolhesse a manifestação da usuária como uma expressão sintomática e um pedido de ajuda. Quando da presença dos policiais, contornou a abordagem de

modo a responsabilizar a usuária pelo ato cometido, sem desfazer a autoridade policial, mas não sem acolher seu sofrimento. Era o momento de transformar a punição em ocasião para um reposicionamento, tanto da usuária quanto da direção do serviço. O olhar amedrontado direcionado à coordenadora era seguido da expressão: “vai me expulsar igual fizeram com Pedro³⁹”? Foi negociada com os policiais uma intervenção em que deveria recompor a organização das cadeiras jogadas para cima, bem como se desculpar com a psicóloga e os usuários que ficaram amedrontados com sua agitação. Um incentivo à palavra e à possibilidade de retificação. Em seguida, foi acolhida pela coordenadora, tendo sido possível dizer que à noite seu marido havia chegado alcoolizado em casa, agredindo-a com palavras. Não havia quebrado nada porque a filha não deixou.

Outras histórias foram contadas pelas usuárias, sempre com uso de agressão física como forma de educação, ensinamento moral ou mesmo impaciência para peraltices de criança.

Ao longo dos encontros, o interesse pela apresentação teatral ou musical se desfez. Também a coesão do grupo se dissolvia, já não havendo mais a presença de todas as mulheres em todos os encontros. Situações do dia a dia do serviço começaram a levar algumas usuárias a se posicionarem de não mais querer participar do grupo (e também das confusões). “Sou muito tranquila. Não quero mais saber de andar com a fulana, não. Quero resolver meus problemas de outro jeito.”

Vale dizer, ainda, que situações conflitantes por que passava cada uma dessas mulheres e que eram justificativas para as confusões e brigas no CAPS passaram a ser levadas por elas mesmas no grupo para pensarem juntas outras saídas. Além disso, uma amparava a outra na sustentação de não brigarem, mas esperarem o grupo para conversar sobre o problema. Quando isso não era possível, a coordenadora era convocada particularmente. A palavra havia ganho seu lugar. Certa posição solitária nos problemas vivenciados também.

Uma situação relatada no grupo, havendo sido acordado o sigilo do que se falava nesse espaço, foi contada por uma usuária a outra usuária que não estava presente no encontro. Isso quebrou a confiança entre elas, culminando na saída de uma usuária e na instalação de uma crise no grupo. O desdobrar dessa crise

³⁹ Pedro é o nome fictício do usuário que se suicidou, cujo caso foi descrito anteriormente, tendo sido dado um sentido a esse ato por meio do desamparo sentido após a “expulsão” do serviço. Expressão que a coordenadora escuta subliminarmente como: “Vai me punir?”.

também foi, então, a nova tarefa do grupo, e que favoreceu a transformação de um produto coletivo em produtos singulares.

Leila descobriu como “fazer ouvido de surdo” para as depreciações do marido. Estendeu uma rede na cobertura de sua casa, e lá ficava escutando suas músicas com ajuda de um fone de ouvido. Dizia não ter coragem de colocá-lo para fora de casa, pois era o pai de suas filhas, mas que também não precisava sofrer com suas agressões verbais. Com esse reposicionamento, o próprio marido se desinvestiu das agressões.

Marta, que não participava diretamente das brigas, mas que ficava instigando as outras usuárias ao ato através de fofocas, ensinou ao grupo que “todo show precisa de palco e público” e que uma saída para o esvaziamento do interesse pelas brigas era não participar do show, mas fazer cada uma se responsabilizar pelo que estava fazendo. Com isso, se interessou em reduzir seus dias de atenção diária e frequentar o Centro de Convivência do município, participando de atividades teatrais.

Joana, a única do grupo com dificuldades de sustentar um laço social, manteve amizade com apenas uma usuária do grupo, estando mais próxima desta em atividades fora do CAPS. Passou a participar de atividades do serviço em que podiam defender os direitos dos usuários da Saúde Mental.

Maria, cujas brigas eram devidas à falta de um relatório médico que a declarava incapaz ao trabalho, descobre o interesse por atividades relacionadas à estética. Inicia um curso de manicure e assume a responsabilidade pelo salão de beleza do CAPS. Indigna-se, quando se depara com alguma expressão ou intervenção com outros usuários, que avalia injusta, mas convoca a coordenação para providências. Quando se percebe incapaz de “segurar a onda”, pede a retirada de materiais com os quais pode se cortar ou machucar alguém.

A quinta integrante, decide por sair do CAPS para cuidar da mãe idosa. Em seguida, sua saúde também ficou debilitada, tendo que permanecer em casa para autocuidados.

Ciscato (2008) toma as operações lógicas de alienação e separação formuladas por Lacan para abordar o que se passa no trabalho analítico, para pensar o início e o fim de um grupo, bem como os efeitos terapêuticos do percurso atravessado. Aponta que é pelos significantes especiais pinçados no processo de alienação que o sujeito se situa no mundo do discurso. “São palavras que servem de suporte para que o sujeito se identifique com elas e produza alguma afirmação da

ordem do ser” (CISCATO, 2008, p. 99). A autora destaca a frase de Jacques-Alain Miller, nas conversações clínicas de Barcelona em 2005, a saber: “Sempre se pode refazer ciclos, mas cada um deles tem seu fim. Esta seria uma nova tese: a análise é tão terminável que é terminada várias vezes” (CISCATO, 2008, p. 101); para dizer que o fim do grupo não se pretende um fim de análise, mas “um dos fins” do trabalho analítico, ou seja, “a possibilidade de o participante percorrer ao menos um ciclo e, com isso, conseguir reposicionar-se” (CISCATO, 2008, p. 101).

A autora relata uma experiência de grupo que muito se assemelha ao grupo de mulheres trabalhado nesta dissertação, e cuja alienação se deu ao significante violência; significante este que sustenta a fala das integrantes até que houvesse o deslocamento para a produção de algo singular a cada caso:

No percurso, o movimento do grupo mudou. No início estava cheio, havia poucas falas e ele era marcado por uma propagação de histórias violentas nas quais se buscava encontrar similaridades: “Eu também vivi algo parecido”. À medida que as falas foram se particularizando (...) a consistência do grupo deixou de existir. Encontrar pontos de identificação se havia tornado cada vez mais difícil [...] à proporção que há um deslocamento de S1 que configura o início do grupo, e que a singularidade de cada participante é evidenciada, ocorre um esvaziamento. Podemos dizer que alguns participantes completam um ciclo, outros o interrompem e há aqueles que seguem o seu trabalho em outro grupo ou em um atendimento individual (CISCATO, 2008, p. 103).

Tendo iniciado em fevereiro de 2018, o grupo caminhou de modo a acompanhar as construções feitas pelos integrantes individuais do grupo de suas saídas para seus problemas, finalizando em agosto de 2018, não sem deixar marcas na instituição.

4.5 DO ESTATUTO À ÉTICA: A REORIENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PELA CLÍNICA

Como já apresentado em capítulo anterior, uma das contribuições da Psicanálise no campo da saúde mental se dá pela prática entre vários. Retomamos que se trata de uma contribuição ao funcionamento institucional pautada pela ética da psicanálise, e que nem sempre a presença de um psicanalista na instituição, compondo uma equipe com profissionais de várias especialidades, é capaz de garantir sua aplicação.

Di Ciaccia (2007) aponta que, para que haja de fato um funcionamento institucional com a prática entre vários, sua orientação deve se dar não pelas exigências dos especialistas, mas a partir das exigências de cada sujeito em sua relação com o campo da fala e da linguagem. O autor aponta que a bússola institucional deve ser “a demanda do sujeito e sua posição de desejo decidido em relação ao tratamento” (DI CIACCIA, 2007, p. 74).

Em seu texto “Recordar, Repetir e Elaborar”, Freud (1914/1990) alerta para os comportamentos e lembranças esquecidas que se atualizam no presente (visto a atemporalidade inconsciente) e se repetem em atos na relação com o analista. O paciente repete ao invés de lembrar, e isto tem relação tanto com a transferência, quanto com a resistência. Ao analista cabe, pelo manejo da transferência, transformar a repetição em lembrança.

O trabalho institucional demonstra que há uma transferência que é dirigida à própria instituição. Logo, também pela via institucional, certos atos se apresentam como atualização de lembranças esquecidas. No objeto deste trabalho, a agressão física e verbal seguida de pedido de punição era ato comum das mulheres que por si se compuseram em grupo. Cabe a reflexão se o pedido de punição e a constituição em grupo se deram em momento posterior ao do manifesto das agressões de modo individual. Se um sintoma é apresentado e a instituição não o lê em sua singularidade, ou seja, não opera sob uma ética que acolhe o sofrimento e convoca clinicamente o sujeito a se haver com aquilo que apresenta, esse sujeito segue a atuar.

À resposta institucional de enquadramento a regras e normas, seguindo o estatuto construído para aquele CAPS, que regia advertência, suspensão e “expulsão”⁴⁰ como forma de punição a brigas e outros atos que infringiam as regras, as mulheres se uniram e assim sustentaram uma ética, convocando insistentemente a instituição a outra resposta, mesmo que insistissem na pergunta: “não vai me punir?”.

Orientada pela psicanálise, a coordenadora do CAPS escutou a pergunta que insistia em ser repetida pelas usuárias do grupo, deixou reverberar a frase não sem a angústia que lhe causava e recolheu em recomendações técnicas e teóricas que pode insistir em repetição de atos aquilo do qual não se recorda, e que o

⁴⁰ Expressão utilizada pelos próprios usuários.

inconsciente é a política a que deve ser dada crédito, possuindo por si uma ética. A partir disso, ao invés de responder a pergunta com o estatuto em mãos, colocando a punição como significante mestre em sequência ao significante da agressão, apresentado pelas mulheres que buscavam no CAPS um tratamento, a coordenadora furou a instituição, colocando-a do lado do não-saber, e convidou essas mulheres a dizerem de si e se responsabilizarem por encontrar outras saídas. O saber capaz de dar resposta não mais podia se localizar do lado da instituição, até porque não era mesmo capaz de responder às questões que se apresentavam. Daí o convite à constituição do grupo “Mexeu com uma mexeu com todas” como um dispositivo terapêutico, e não apenas de defesa ao que de algum modo as ameaçava. De posse desse convite, a aposta foi nas singularidades que se defendiam em respostas coletivas a partir de significantes comuns e o desafio de desbastar as identificações que ali se faziam para fazer falar o que era de mais íntimo a cada uma delas.

O grupo tratou de uma resposta inventiva de uma analista presente na instituição e implicada com a ética do sujeito, para reconstruir um espaço para a palavra. Ao ato de repetição das mulheres e da própria instituição, um ato analítico de convocação à fala. Convocação da palavra.

Voltando ao que já foi apresentado neste texto, se o saber capaz de dar resposta não mais podia se localizar do lado da instituição, cabendo a esta um lugar ético de suposto saber de favorecimento da construção de saídas pelo próprio sujeito, cabia, ainda, a tarefa da coordenação de construção de formas para uma reorientação da prática institucional.

Stevens (2007), em um de seus artigos, lançou a pergunta: “como criar uma instituição a partir da psicanálise”? (STEVENS, 2007, p. 76); respondendo-a com a ausência de uma receita e de um modelo a priori. Entretanto, aponta a importância de “um ato sob a forma de um dizer que produz seus efeitos de enunciação” (STEVENS, 2007, p. 77).

Sobre a relação do sujeito na instituição e o modo como esta se organiza para acolher a palavra, Viganó afirmou: “não é o sujeito que deve respeitar as instituições, mas é instituição que será respeitada só se tiver vontade de dar ao sujeito uma representação, um vínculo social” (VIGANÓ, 2006, p. 30).

Cientes de que os efeitos de sustentação de uma ética analítica só se dão a posteriori, pode-se recolher como efeitos de aposta na clínica do um, pela clínica do

grupo, não só as dissoluções e recaminhos possíveis a cada uma das mulheres que o formaram, mas também o redirecionamento institucional que desautorizou o estatuto em nome de uma ética.

Frente à constatação e vivência do problema, uma direção da coordenadora foi de convocar as pessoas da equipe a falar, colocando a palavra no lugar do não-saber o que fazer. A equipe também fez bastante uso da fala, seja com contribuições de possíveis saídas para os impasses, seja para convocar providências da coordenação. Quem eram aquelas mulheres? Quais suas histórias? O que fazer? Perguntas recorrentes nas reuniões para pensarmos os casos e o impasse. A cada situação de conflito e de fracasso, a equipe era convocada a dizer o que aconteceu, o que havia sentido e qual poderia ser o direcionamento. Também durante o andamento do grupo, enquanto dispositivo clínico, eram levadas informações à equipe e dela recolhidas outras que em interlocução comprometia toda a equipe com o trabalho. A palavra ocupava lugar também pelos horários protegidos de estudo.

Com isso, a transmissão das contribuições da psicanálise se fazia. Não no intuito de tornar o CAPS uma instituição de orientação psicanalítica, nem de ensinar a psicanálise para que os profissionais se tornassem psicanalistas. Não é isso que pauta a prática entre vários. Mas do lugar de analista, a coordenadora sustentava suas funções gerenciais a partir de uma clínica e de uma aposta no sujeito. Assim, algo de seu estilo, de sua ética de trabalho, pôde ser apresentado de modo a afetar os profissionais e, conseqüentemente, a direção institucional.

Jimenes (1994) fala que, em se tratando de psicanálise, o que se transmite não é um saber, mas um estilo e transmitir um estilo seria transmitir um certo *savoir faire* com a falta. Lembra, para tanto, da orientação de Freud de que a cada caso novo é preciso abrir mão do saber aprendido pelas recomendações teóricas, uma vez que o saber surgirá de modo singular diante de cada análise, singular a cada sujeito.

Da coordenação do CAPS, a sustentação da falta por não saber como responder à demanda de ordem da instituição, seguida de uma iniciativa de se deslocar do lugar gerencial e assumir pessoalmente a “direção”⁴¹ clínica do grupo, por apostar o saber no sujeito, favoreceu que a transmissão se desse e operasse de

⁴¹ A palavra direção encontra-se entre aspas para um retomar que não se trata de um lugar de liderança, mas do ‘*mais-um*’, como Lacan o nomeou para a lógica do cartel.

modo a reorientar a prática do cuidado. Repetindo o que já foi escrito anteriormente, assumiu-se a função de um líder que ao mesmo tempo não o é, sendo um mais-um que não é qualquer um, por estar avisada da castração e das possibilidades de fazer algo a partir da transferência.

Por apresentar aspectos comuns a esta experiência de reorientação institucional aqui trabalhada, retomaremos o trabalho de Stevens (2007), que se dedicou ao estudo de constituição de uma instituição orientada pela Psicanálise. O autor apresentou quatro eixos que serviram de guia para a criação do trabalho em Courtil⁴²: desespecialização, formação, invenção e transmissão.

A desespecialização foi colocada como princípio básico para a psicanálise aplicada porque acompanha os processos de desidentificação, e o psicanalista como aquele que “fura a instituição e o trabalho analítico através da construção do caso que atravessa todos os pontos de vista dos especialistas” (STEVENS, 2007, p. 79). Com o saber de cada caso sendo construído com o atravessamento de todos os especialistas, a clínica do caso pesa toda articulação institucional. Sobre a formação, destacou os seminários de psicanálise. Quanto às invenções, a prontidão para ouvir a surpresa, mas também provocá-la e calculá-la. Na transmissão, por fim, toma a reunião clínica como o espaço para trazer à palavra o *savoir-faire* das intervenções.

No redirecionamento institucional do CAPS, a partir dessa aposta clínica, os quatro eixos destacados pelo autor citado se fizeram atuantes. Sob a ética da psicanálise, era preciso furar a lógica instituída. O que não se faz por imposição de regramentos, e sim por efeito de resgate de uma clínica do sujeito e de um estilo de transmissão, quando a coordenadora, não menos angustiada, se põe em ato de sustentação de uma falta, convoca os profissionais à fala e ao estudo, recolhe a inventividade da formação coletiva daquelas mulheres e se recoloca na direção terapêutica desse grupo. Para co-ordenar, era preciso subverter a ordem instituída e instituir uma outra direção.

Em termos de coletivo freudiano, verticalmente um apelo ao líder estava sendo feito tanto pela equipe, quanto pelos usuários, enquanto que horizontalmente o coletivo, enquanto equipe, sustentava a ideologia dos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, e enquanto usuários, a identificação ao traço comum de

⁴²Uma instituição de psicanálise aplicada criada por Stevens em 1982.

defesa em nome do lema “Mexeu com uma mexeu com todas”. Com contribuições lacanianas acerca das possibilidades de trabalho pela horizontalidade, sendo o líder não o Um, mas o *mais-um* ou “o significante mestre capaz de sintomatizar a ausência do Outro e apresentar o sujeito do sintoma” (Barros, 2008,p.57), a resposta foi uma provocação de sustentação da falta para inventar algo a partir dela.

Em nome da Reforma Psiquiátrica, a reabilitação psicossocial foi tomada como objetivo principal pela Política de Saúde Mental, trazendo como foco o incentivo e favorecimento ao exercício da cidadania e da autonomia. Conforme já discutido em capítulo anterior, a presença de psicanalistas na instituição colabora para que tais princípios não se deem de modo imperativo e em dissonância às possibilidades e desejos de cada pessoa que recorre aos serviços de saúde mental. Em substituição à prática manicomial dos hospitais psiquiátricos, surgem outros serviços e se espera que a ordem do saber não se sobressaia às questões de cada sujeito. Serviços novos que favoreçam a transmutação de um saber sobre a pessoa em tratamento para o saber da pessoa em tratamento, com profissionais favorecendo que esse saber advenha e amparando com suas técnicas que ele possa se sustentar.

Na lógica manicomial, saber e poder andam juntos. Nos serviços substitutivos, também podem andar, se não houver o devido aviso para as consequências catastróficas dessa conjugação, e se não houver as devidas possibilidades de cada profissional em abrir mão de seu conforto no saber e sustentar certo desconforto advindo com a defrontação com a falta. Por este desconforto, por vezes o que se encontra nos serviços de saúde mental é questão da disciplina, sendo efeito de poder para as situações que de algum modo ameaçam a instituição e as próprias pessoas que ali trabalham. Lembrando Foucault, a disciplina controla e individualiza os corpos: “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 1987, p. 118).

A punição, significante recorrentemente demandado na rotina dos serviços do CAPS onde se deu o grupo apresentado neste trabalho, seja por meio de cada uma das usuárias após uma atuação, seja por alguns membros da equipe, seja pelos usuários nas assembleias do serviço, e que se fazia fortalecido pela escrita e normatização em um documento de estatuto, pode ser pensado como uma questão da disciplina. Pelo poder de estar instituída concretamente, por vezes, a punição

submeteu um corpo que queria ser lido, mas não sabia ser dito conforme o outro esperava que fosse, e assim, o que não era lido, retornava como ato.

No campo do jogo de regramentos, uma aposta de outra enunciação se fez. O pedido de punição se fez ocasião para que uma ética de cuidado pudesse transpor a lógica disciplinar. Da punição, que enquadra, desresponsabiliza o sujeito e não responsabiliza a instituição pela demanda na forma como lhe é apresentada, a uma ética que convoca a instituição a acolher e escutar com fineza a demanda que é apresentada, escutar-se no que lhe provoca a demanda apresentada e responder com a suposição de um saber que aposta o saber não sabido em quem lhe pede ajuda, e com ele, caminha na busca de saídas. Uma ética na aposta do sujeito e nas suas capacidades de respostas a situações que lhes causam mal. Alguns com mais possibilidades que outros; outros ainda com graves dificuldades de acesso aos recursos, mas sempre com uma possibilidade de viver.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como objetivo principal a investigação acerca das contribuições e especificidades da psicanálise no campo da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica, exemplificando-o a partir do trabalho desenvolvido com um grupo de

mulheres no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Leste, as reflexões que aqui apresentaremos serão tomadas por essa perspectiva.

A reforma psiquiátrica brasileira, implementada a partir da década de 70 com forte influência das experiências mundiais, em especial as italianas e francesas, por acontecer de modo tardio em relação a elas, se deu com importantes desdobramentos para a dimensão da desinstitucionalização. Desde o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos à constituição de uma rede de atenção psicossocial – RAPS-, passa-se pelo questionamento da concepção de loucura, deslocando-a da condição de doença mental para tratá-la como uma questão de existência e sofrimento, constituição de políticas públicas e arcabouço teórico, legal e normativo para garantia dos direitos e a possibilidade de reocupação do louco nas cidades por meio de ações de reabilitação psicossocial.

Sobre a RAPS, que na essência normativa e legal deveria ser substitutiva à instituição psiquiátrica asilar, ainda se presentifica em muitos contextos e cenários com o caráter de complementariedade a essa lógica manicomial, concretamente por possuir e recorrer em seu território a hospitais psiquiátricos ainda existentes, seja por apresentar modo de funcionamento ainda sob a lógica manicomial de controle e detenção de um saber sobre a loucura, que faz calar aqueles que por alguma razão padecem com o sofrimento inerente à sua condição de existência.

Como meio de não fazer dos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica condições de tutela, o que pode acontecer quando se trabalha a reabilitação psicossocial e o exercício de cidadania como direções inquestionáveis, não considerando o desejo e a possibilidade das pessoas em tratamento, a aposta deste trabalho se deu em uma prática alicerçada na clínica e na ética da psicanálise.

Para tanto, recolheu-se da história as contribuições psicanalíticas de todo o processo reformista, desde as elaborações teóricas de Freud e Lacan que auxiliaram na torção da ideia de doença mental, passando a considerá-la como uma questão de existência, até a sua utilização como norte para a prática nos serviços, pela via da psicanálise aplicada, por psicanalistas que se destacaram nas contribuições teóricas e de experiência.

Apresentamos, assim, o protagonismo de psicanalistas na experiência francesa de Psicoterapia Institucional, convocados a reformular a prática nos hospitais psiquiátricos, bem como na constatação de que não adiantaria sua reforma, sendo necessária a constituição de um outro modo de tratar, como

aconteceu na experiência italiana de desinstitucionalização, com composição de uma rede de serviços.

No Brasil, constatamos sua influência por meio das experiências que se desenrolaram quando da implantação na década de 80 dos primeiros redirecionamentos do tratamento no campo de atenção psicossocial. Antônio Lancetti na experiência de Santos/SP, com fechamento da clínica Anchieta e constituição de uma rede de atenção com destaque para os NAPS; Jairo Goldberg na abertura do primeiro CAPS que se deu em São Paulo/SP, chamado CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva e Ana Marta Lobosque no CERSAM de Belo Horizonte.

Todo o retorno à história da reforma psiquiátrica se deu com o intuito de localizar a ideia da clínica, seja por sua crítica quanto aos moldes manicomiais, seja pelo processo de construção que se deu por experimentação, mas não sem princípios – tanto reformistas quanto de embasamentos teóricos-, como da psicanálise.

Refletindo as ideias de Fernando Tenório acerca das dimensões políticas e clínicas da reforma, não sendo de consenso dos autores acerca de qual dimensão deve se sobrepor à outra, ou mesmo conjugá-las, fato constatado por esta pesquisa foi de que, para que haja de fato reabilitação psicossocial, com apropriação de território e exercício de cidadania, é preciso que haja um sujeito com desejo e possibilidade de assim o fazer, correndo o risco de mesmo em práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico ser presentificada sua lógica manicomial de controle e imposição de saber.

Ao psicanalista, portanto, coube o lugar diferencial nas instituições caracterizado pela sustentação de um trabalho com a direção da ética do desejo. Um lugar crítico e comprometido, que Laurent refletiu com a expressão “analista cidadão”, e que se utiliza da “prática entre vários” para lidar institucionalmente com sujeitos em graves sofrimentos psíquicos e que não respondem aos tradicionais recursos da clínica.

Vale retomar, portanto, que toda a discussão inicial que se aportou nos campos teóricos da reforma psiquiátrica (com exploração das categorias desinstitucionalização, clínica e reabilitação psicossocial) e da psicanálise se fez com o intuito de verificar os alcances clínicos e institucionais proporcionados pela

experiência do trabalho de grupo com mulheres do CAPS Leste, o grupo “Mexeu com uma mexeu com todas”.

Embasada na ideia do pequeno grupo de Lacan, que utiliza o cartel como dispositivo clínico e tendo como motivador a experiência do projeto Digaí-Maré, desenvolvido por psicanalistas da Escola Brasileira de Psicanálise – EBP, a aposta se dava com o objetivo de fazer a palavra circular por onde a normatização era ao mesmo tempo chamada, por meio dos regramentos do estatuto deste CAPS, e repudiada, por escancarar o caráter de desamparo assistencial que legava e que causou sérios e desastrosos desdobramentos.

O chamamento de todas as mulheres que se uniram no grupo “Mexeu com uma mexeu com todas” se desdobrou na ação de mexer com todas para mexer com cada uma, favorecendo a ressignificação para cada uma. Ressignificação esta que não foi verificada só pela clínica de cada uma, mas com interfaces para o modo de funcionamento institucional, que caminhou da sustentação do estatuto para um modo de funcionamento pela ética do sujeito.

Sustenta-se, por este trabalho, a ideia de que a clínica, em especial a clínica do sujeito, é uma forte aliada na denúncia de que, mesmo fora dos muros dos hospitais psiquiátricos, pode-se fazer a lógica asilar de segregação, normatização e mortificação subjetiva. Vale dizer que esta perspectiva não pretende, entretanto, ignorar e se sobrepor a determinantes sociais que podem e interferem de modo considerável na constituição do sofrimento humano. Fazendo-se pelas dimensões existenciais e políticas, a clínica considera o ser humano como alguém que pode fazer algo com aquilo que se apresenta no contexto social, em dialógica condição de mudança.

Essa discussão da clínica da atenção psicossocial, não pretendendo se esgotar neste trabalho, abre possibilidades para futuros trabalhos, inclusive pelo viés de sua dimensão ambulatorial. Se um momento de inauguração de um modo clínico próprio aos casos graves, em especial psicóticos, surgiu da verificação da inoperância ambulatorial para estes casos, como pode se dar, em meio à RAPS, o cuidado para os casos com demandas que não são graves a ponto de serem tratadas em um CAPS, por exemplo, e nem de possibilidades ao cuidado nas Unidades Básicas de Saúde?

O redirecionamento atual da Política Nacional de Saúde Mental, através das últimas portarias, entre outras polêmicas questões, aponta esse serviço como

possível componente da rede de atenção, através das equipes multidisciplinares de saúde mental, o que levou a diferentes posicionamentos, dentre os quais, de pessoas contrárias a esse dispositivo ambulatorial face ao caráter de retrocesso da política, e de pessoas que a defendem, por identificar na rede um vazio assistencial para casos com complexidades, que não são claramente definidas como de público alvo da atenção básica ou do CAPS.

A breve apresentação do trabalho do CAPS apontou problemas com a porta de saúde para casos estáveis e que não são de possibilidades de manejo na atenção básica, justificando por isso a presença de um forte trabalho ambulatorial, ainda que sob a configuração de saúde mental e não só psiquiátrico.

A partir desses apontamentos e identificando um horizonte de discussões sobre o fazer da saúde mental, o presente trabalho defende a clínica que, sob sustentação dos princípios e diretrizes da saúde mental e da ética do desejo, se faz operante seja qual for a configuração do serviço que a tornar possível.

REFERÊNCIAS

ABREU, Douglas Nunes. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 8, n.1, p. 74-82, jan./jun. 2008.

ACACIO, T. S. **O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ): Rio de Janeiro, 2019.

ALMEIDA, F. O cartel e a lógica do coletivo. In: **Psicanálise na favela**. Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008.

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

_____. Loucos pela vida: **a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Coordenado por Paulo Amarante – Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução Editora Universidade de Brasília. São Paulo: Nova Cultura, 2001.

BAIO, Virgínio. Invenções do sujeito e de um parceiro na prática feita por muitos. In: MILLER, J.A.; MILLER, J (Orgs). **Pertinências da psicanálise aplicada**. Coleção do Campo Freudiano. 1. ed. Paris: Seuil, 2003. p. 191-197.

_____. O ato a partir de muitos. **Curinga**, n.13, p-66-73, 1999.

BARROS, R. R. Da massa freudiana ao pequeno grupo lacaniano. In: **Psicanálise na favela**. Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008.

_____. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.196-206.

_____. Sem standart, mas não sem princípio. In: HARARI, A.; CARDENAS, M. H.; FRUGER, F. (Orgs). **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 39-48.

BISPO, Fábio Santos; COUTO, Luis Flávio Silva Couto. Ética da psicanálise e modalidades de gozo: considerações sobre o Seminário 7 e o Seminário 20 de Jacques Lacan. **Estudos de Psicologia**, Universidade Federal de Minas Gerais. 16(2), maio-agosto/2011, 121-129.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto: 2001.

_____. **Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento ambulatorial e para o hospital dia em saúde mental. Brasília, DF, 1992.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS, acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, DF, 2007.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2007.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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. Brasília, DF, 2011.

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de setembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências: Planalto: 2017b.

CAMPOS, R.O. **Psicanálise e Saúde Coletiva**: interfaces. São Paulo: Hucited, 2012.

CISCATO, M. Fins de um trabalho analítico. In: **Psicanálise na favela**. Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008.

CORRÊA, Sandra Lourenço. A cartografia como estratégia de equivocação dos modos tradicionais de atuação em clínica. **Avesso do Avesso**, v.13, n.13, p. 33-42, nov./2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio, subjetividade e saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.141-168, 2000.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DI CIACCIA, Antônio. Da fundação de Um à prática feita por muitos. **Curinga: Psicanálise e saúde mental**, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 60-65, 1999.

_____. Inventar a Psicanálise na instituição. In: **Pertinências da Psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

DUNKER, C. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, 4(1), p. 94-111, 2004.

_____. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume. 2011.

ELIA, L. A rede da atenção na saúde mental - articulações entre CAPS e ambulatorios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto juvenil**, p. 49-61, 2005.

ERLICH, I.; DAMOUS, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n.4, p.911-32, 2017.

ERLICH, H.; ALBERTI, S. O sujeito entre psicanálise e ciência. **Psicologia em Revista**. v. 14, n. 2, p. 47-63, 2008.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

_____. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinamericana**, 2005.

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43-55, nov. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

FILHO, N.V. Reflexões acerca de um CAPS. In: QUINET, Antônio (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

FOUCAULT, M. Prefácio (Folie et désraison). In: MOTTA, B. da. **Ditos e Escritos**: vol I. Rio de Janeiro, RJ: Editora Forense Universitária, 2006. p. 152.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In: **Edição Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1911/1990.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1912/1990

_____. Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise. In: _____. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1913/1990.

_____. Recordar, repetir e elaborar. In: _____. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1990.

_____. Psicologia das massas e análise do Eu. In: _____. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1990.

_____. Mal-estar na civilização. In: **Edição Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1990.

GAMA, J. R. A. A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. **História, Ciências, Saúde**, v.19, n.1, p.139-55, 2012.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de. Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1994.

_____. **Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas**. Doutorado. Faculdade de Medicina USP. São Paulo, 1998.

GOULART, M. S. B. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In: I. F. Ferrari, & J. N. G. Araújo (Orgs.).

Psicologia e ciência na PUC MINAS. Belo Horizonte: PUC Minas, p. 291-312, 2004.

GROVA, T.; MACHADO, O. M. R. **Psicanálise na Favela: projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos.** Rio de Janeiro: Associação Diga-aí-Maré, 2008.

IMBERT, F. A questão da ética no campo educativo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

JIMENEZ, S. O cartel. In: _____(Org.). **O cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan.** Rio de Janeiro: Campus, 1994. p. 11-34.

JÚNIOR, Moisés de Andrade. **O desejo em questão: ética da psicanálise e desejo do analista.** *Psychê*, São Paulo, Ano XI, nº 21, jul-dez/2007, p. 183-196.

KEHL, M.R. **Sobre ética e psicanálise.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. C. B.; HENRINQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos.** São Paulo: Hucitec, 1997. p.67-77.

LACAN, J. **Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

_____. **O seminário: livro III. As psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise, 1958-1960.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose. In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan. **Outros escritos** (Vera Ribeiro, Trad.) (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2014.

LAURENT, E. Lacan Clássico. In: _____. **Versões da Clínica Psicanalítica.** 1. ed. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1995. p. 09-18.

LAURENT, E. O analista cidadão. **Curinga Psicanálise e saúde mental**, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 12-19, 1999.

LAURENT, E. Psicanálise e Saúde Mental: a prática feita por muitos. **Curinga**, n.14, p.164-175, 2011.

LIMA, Carolina Andrade de Santana; PARAVIDINI, João Luíz Leitão. Reflexões sobre a ética da psicanálise e sua contribuição para práticas de saúde mental. **Estilos da Clínica**, 2011, 16(2), p. 424-441.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

_____. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional. Do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, dez.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

MATTOS, Sérgio de. A disponibilidade do analista. In: E.B.P. **Escola Brasileira de Psicanálise**: Agenda 1º Semestre 2003. Belo Horizonte: EBP/Minas, 2003. p. 52-59.

MILLER, J. A. Não há clínica sem ética. In: **Matemas I**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 107-115.

_____. Saúde Mental e a ordem pública. **Curinga Psicanálise e saúde mental**, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p.20-31, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde**. Ano: 2011. Disponível em: <www.unisite.ms.gov.br>. Acesso em: 11 de ago. de 2013.
Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humanizaus>.

NEGREIROS, A; Viola, S. Encontrar no próprio impasse da situação a força viva da intervenção. In: **Psicanálise na favela**. Projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digai-Maré, 2008.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org). **Saúde Loucura**. n.1, São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

_____. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituição e cultura. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994.

Organização Mundial de Saúde/World Health Organization. **Promoting Mental Health**: concepts, emerging evidenc, practice. Genebra. 2005.

OURY, J. **O coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: Cidadania e loucura- Políticas de Saúde Mental no Brasil. Vozes. Petrópolis, 1990.

RINALDI, Doris. A ordem médica: a loucura como doença mental. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 13, jul/dez.1998.

_____. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, M.M. ALTOÉ, S. (Org.) **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

_____. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs). **Psicanálise e Saúde Mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia das Letras. p. 141-147.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 60, n. 2, p. 32-39, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 ago. 2019.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F. LEONARDIS, O. MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 2001.

ROUDINESCO, Elisabeth. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, Y. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2007.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: **uma estratégia para a passagem do milênio**. In A. M. F. Pitta (Ed.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec, 2001.

SEVERO, A. K. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.31, n.3, p. 640-655, 2011.

SILVA FILHO, J. F. O ambulatório e a Psiquiatria. **Cadernos IPUB: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental**, v.6, n.17. Instituto de Psiquiatria UFRJ, 2000.

STEVENS, Alexandre. Instituição: prática do ato. In: MILLER, J.A.; MILLER, J. **Pertinências da psicanálise aplicada**. Coleção do Campo Freudiano. 1. ed. Paris: Seuil, 2003. p. 90-99.

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

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, v.9, n.1, p25-59, 2002.

_____. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, Antônio (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TROBAS, G. Do grupo ao cartel, do líder ao mais-um. In: JIMENES, S. (Org). **O cartel: conceito e fundamento da escola de Lacan**. Rio de Janeiro: Campus, 1994. p. 37-50.

VIEIRA, A.R.B. Organização e saber psiquiátrico, **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v.21, n.4, 1981.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico**: opção lacaniana. Nova série, ano I, n.1. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br>.

ZENONI, Alfredo. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. **Revista Abrecampos**: Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, ano 1, n.0, p. 12-93, 2000.