

Raquel Horta Fialho do Amaral

DA CORDA AO LAÇO:

A clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicomiais.

Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituto de Psicologia

2021

Raquel Horta Fialho do Amaral

DA CORDA AO LAÇO:

A clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicomiais.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Instituto de Psicologia) como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Fernanda Theophilo da Costa-Moura

Rio de Janeiro

2021

DA CORDA AO LAÇO:

A clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicomiais.

Autora: Raquel Horta Fialho do Amaral

Orientadora: Fernanda Theophilo da Costa-Moura

Tese submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.

Aprovada por:

Prof. Fernanda Theophilo da Costa-Moura – Orientadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica.

Prof. Clarice Paulon
Universidade Federal de São Paulo, Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise.

Prof. Francisco Leonel de Figueiredo Fernandes
Universidade Federal Fluminense, Curso de Especialização em Saúde Mental e Psicanálise.

Prof. Joel Birman
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica

Prof. Julio Vertzman
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica.

Rio de Janeiro

Março de 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A485	<p>Amaral, Raquel Horta Fialho do.</p> <p>Da corda ao laço: a clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicômias / Raquel Horta Fialho do Amaral. Rio de Janeiro, 2021.</p> <p>270 f.</p> <p>Orientadora: Fernanda Theophilo de Costa-Moura.</p> <p>Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2021.</p> <p>1. Psicanálise. 2. Psicose. 3. Saúde mental. 4. Sujeito (Psicanálise). 5. Manicômios. I. Costa-Moura, Fernanda, orient. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.</p> <p>CDD: 150.195</p>
------	---

AGRADECIMENTOS

Devo a escrita desta tese aos meus pacientes, seja do consultório, seja do Sistema Único de Saúde. Meu primeiro agradecimento vai para esses homens e mulheres que, ao depositar sua confiança em mim e compartilhar comigo a sua loucura, apontaram o quão longo e tortuoso era o desfiladeiro que seria preciso atravessar caso eu quisesse, de maneira ética, acompanhá-los. Agradeço por não permitirem que eu impusesse a minha loucura à deles.

A Fernanda Costa-Moura, pela coragem em aceitar me conduzir nessa travessia. Agradeço os inúmeros deslocamentos proporcionados pelas suas orientações. Obrigada também por acolher as minhas inquietações relacionadas à pesquisa. Seu apoio e confiança tornaram possível que eu fosse um pouco adiante nos meus limites.

Aos membros da Banca Examinadora:

A Clarice Paulon, por difundir a audácia e a seriedade que marcam o seu percurso. É um privilégio e uma alegria caminhar ao seu lado e ver que o novo pode nascer.

A Francisco Leonel Fernandes, por sustentar em seu trabalho na universidade a importância do encontro com a loucura. Obrigada por sempre aceitar o meu convite para estar presente em minha trajetória, desde o estágio curricular na saúde mental em Niterói, passando pela banca de mestrado e, hoje, pela avaliação da minha tese de doutorado.

A Joel Birman, por suas pontuações sempre autorais no debate sobre o que pode a psicanálise diante de discursos totalitários, pelas observações feitas a este trabalho no Exame de Qualificação e pelas tantas outras contribuições que o seu incansável e generoso trabalho trouxe para o tema.

E a Julio Vertzman, agradeço a generosidade de ler meu trabalho e fazer as devidas ponderações sobre o que ainda é possível avançar.

Aos colegas da rede de saúde mental de Niterói – Raldo, Eduardo Rocha, Raquel Oliveira, Suely Azevedo, Dalva Barbosa, Luis Godoy, Sérgio Bezz, Luísa Batista, Douglas Montoli e tantos outros parceiros nessa jornada de se deixar atravessar pelo desatino. Aprendi com vocês uma clínica que não está garantida, mas que pode ser sustentada no cotidiano.

Aos outros colegas de profissão – Queiti, Flávia, Fabiana, Marcos, Tamara, Marcelo, Thais, Rodrigo, Ariana, Milena, Ana Paula, com quem compartilho meus inúmeros desafios, não só profissionais. Vocês fazem parte da minha família!

A minha família, por me mostrar a dificuldade e a importância de sustentarmos as diferenças.

A minha avó – Dona Piquita, cujo corpo não aguentou esperar pela defesa, mas cuja bravura se faz transmitir através das gerações. Sua benção, vó!

Ao carnaval, por permitir que eu integrasse a loucura à minha vida.

A Cecília, por dizer na hora precisa: “o que você fala faz sentido”. Esta tese é pra você, filha!

À CAPES pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior - experiência ímpar que engrandeceu não apenas esta tese, mas também o meu percurso profissional como um todo.

À FAPERJ pelo fomento à pesquisa, posição tão importante quanto corajosa no momento político atual.

Ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, por sustentar as condições institucionais necessárias ao estudo da psicanálise na Universidade e que tornaram possível esta tese.

Dedico esta tese à Cecília Catibiribília - rainha das galáxias, comedora de pipoca, catadora de conchas, inventora de robôs e criadora de unicórnios.

RESUMO

AMARAL, Raquel Horta Fialho do. **Da corda ao laço: A clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicomiais.** Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2021.

A tese situa a clínica psicanalítica como ética que pode romper com a lógica manicomial, tão entranhada na abordagem brasileira à loucura. Ampliou-se o termo “manicomial”, definindo-o como uma forma lógica estrutural que extrapola as paredes de uma instituição, e pode estar presente em dispositivos supostamente antimanicomiais, assumindo a forma de medidas pretensamente inclusivas. Estudou-se a episteme da dita lógica, associando a sua formação com contextos sociohistóricos brasileiros. Para isso, cotejou-se as semelhanças e as diferenças entre as vicissitudes dos manicômios no Brasil e na França, e contextualizou-se o surgimento dos manicômios no Brasil, destacando o papel de higienização social que subjazia esse processo. Circunscreveu-se as raízes do teor manicomial em nosso país, relacionando-o ao nosso passado colonial e escravista, fazendo notar que a lógica manicomial é uma das expressões possíveis da tendência de subjugar o outro que compôs a sociabilidade brasileira. Constatou-se a presença do pensamento manicomial em algumas das mais recentes políticas públicas em saúde mental. Estudou-se as particularidades da psicose, a partir dos textos de Freud e Lacan, como condição primeira para um tratamento que não seja manicomial. Conclui-se que a clínica, por pautar suas intervenções no fato clínico da psicose e no destino particular que cada sujeito psicótico confere a ele, pode operar como laço que fura a estrutura densa e resistente do discurso manicomial no Brasil.

Palavras-Chave: Psicanálise; sujeito; psicose; saúde mental.

ABSTRACT

AMARAL, Raquel Horta Fialho do. **From ropes to bonds: the psychoanalytic clinic as an operator of the practices anti-asylum.** Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2021.

The thesis situates the psychoanalytic clinic as ethics that can break with the asylum logic, so ingrained in the Brazilian approach to madness. The term “asylum” was expanded, defining it as a structural logical form that goes beyond the walls of an institution, and can be present in supposedly anti-asylum institutions, taking the form of supposedly inclusive measures. The episteme of this logic was studied, associating its formation with Brazilian socio-historical contexts. For this purpose, the similarities and differences between the vicissitudes of asylums in Brazil and France were compared, and the emergence of asylums in Brazil was contextualized, highlighting the role of social sanitation that underlay this process. The roots of the asylum content in our country were circumscribed, relating it to our colonial and slavery past, noting that the asylum logic is one of the possible expressions of the tendency to subjugate the other that made up Brazilian sociability. The presence of asylum mindset was found in some of the most recent public policies in mental health. The particularities of psychosis were studied, from the texts of Freud and Lacan, as the first condition for a treatment that is not asylum. It is concluded that the clinic, by basing its interventions on the clinical fact of psychosis and on the particular destiny that each psychotic subject confers on it, can operate as a bond that pierces the dense and resistant structure of the asylum discourse in Brazil.

Key-words: Psychoanalysis; subject; psychosis; mental health

DA CORDA AO LAÇO:
A clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicomiais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAP. 1	21
DESATANDO OS NÓS.	
O início do trabalho de desinstitucionalização.	
1.1 – O nó cego do manicômio	21
1.2 – A estrutura física	25
1.3 – A (des)assistência	29
1.4 – A empresa	33
1.5 – O trabalho com as famílias	35
1.6 – O extermínio	38
1.7 – Os primeiros “encontros” no manicômio	46
CAP. 2	59
AS GRANDES INTERNAÇÕES NA FRANÇA DE PINEL E NO BRASIL.	
Pontos de contato e ruptura.	
2.1 – As Grandes Internações na França: reclusão	60
2.2 – O Alienismo francês: o nascimento da clínica	69
2.3 – A psicoterapia institucional francesa e a transformação do hospital psiquiátrico.....	74
2.4 – As Grandes Internações do Brasil: a colonização da psicose.....	76
CAP. 3	88
O BRASIL MANICOMIAL	
3.1 – A escravidão como nosso berço.....	93
3.2 – A escravidão brasileira aplicada à loucura.....	101

3.3 – A Reforma Psiquiátrica no Brasil: a cidadania e a crítica aos hospitais.....	109
3.4 – A Reforma Psiquiátrica Brasileira na prática	116
3.5 – O Brasil e a colonização da diferença	120
CAP. 4	133
RECONHECENDO A REALIDADE CLÍNICA DA PSICOSE	
4.1 – Psicose: da <i>Verwerfung</i> a forclusão.....	134
4.2 – A linguagem é do Outro: nossa condição objetal.....	140
4.3 – A questão do sujeito na psicose.....	142
4.4 – Pulsões, objeto das pulsões e da sua não extração.....	143
4.5 – O falo, a extração do objeto e o sujeito.....	148
4.6 – Automatismo mental.....	154
4.7 – A esquizofrenia.....	158
4.8 – Psicose como diferença irreduzível.....	162
CAP. 5	167
A CLÍNICA PSICANALÍTICA COMO OPERADOR DAS AÇÕES ANTIMANICOMIAIS	
5.1 – A clínica do traço.....	171
5.2 – A clínica na desinstitucionalização: a clínica do um a um.....	173
5.3 – A clínica, o laço e o social.....	187
5.4 – A clínica da desmanicomialização: quando a clínica entra no manicômio	194
CONCLUSÃO	206
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	219
ANEXOS	233

INTRODUÇÃO

Os avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica trouxeram para os profissionais que trabalham nos dispositivos de atenção em saúde mental a falsa sensação de que a defesa do modelo asilar para a loucura tinha ficado no passado. Acreditávamos termos superado a lógica manicomial e, assim, o fim dos manicômios no Brasil seria apenas uma questão de tempo. Porém, não só a lógica manicomial vicejou para dentro da tecnologia defendida pela Reforma, como também as instituições asilares voltaram a receber crédito nas políticas públicas dos últimos governos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm, paulatinamente, perdendo seu espaço nas políticas públicas de saúde mental em detrimento de instituições com um histórico de violência e reclusão – as comunidades terapêuticas. Percebemos que a aparente modernização e humanização do enfrentamento da loucura tem raízes frágeis e que, ao primeiro abalo, uma forma mais violenta e mais arraigada na nossa cultura submerge das profundezas, mostrando que nunca deixou de estar presente.

Instituições asilares, em sua maioria de cunho religioso, estão sendo abertas e foram incluídas na rede de saúde mental na última política da área divulgada pelo governo federal. Nesse panorama, a população em manicômios, que vinha baixando, deve voltar a crescer. Sendo assim, a discussão sobre os manicômios e o combate às instituições que funcionam a partir dessa lógica voltam a ter relevância. Na mesma feita, debates e propostas sobre iniciativas de desinstitucionalização de pacientes egressos de longas internações em instituições asilares permanecem em seu lugar de destaque.

Discutiremos, nesta tese, a clínica psicanalítica como norte orientador para um trabalho de desinstitucionalização¹ que não seja manicomial. Expandiremos o conceito de “manicômio” para além da hospitalização psiquiátrica, entendendo que se trata mais de uma maneira de abordar a loucura, objetalizando-a, do que do fato de estar internado num manicômio. Um tal ponto de partida

¹ Termo que será questionado ao longo de toda a tese.

nos possibilitará reflexões importantes sobre, por exemplo, o que é, afinal, um tratamento manicomial. Estar fora do hospital garante que a atenção ao paciente em saúde mental não se enquadra nessa definição? Se não é esse o ponto de corte, qual seria? De que formas esse discurso incide sobre a maneira brasileira de lidar com a loucura? Quais as raízes do discurso manicomial na nossa cultura, e quais características ele herda? Como podemos ultrapassar essa tendência a objetivar o louco? O que orienta uma abordagem que dá lugar ao que é singular, à inventividade no encontro com cada paciente, para a construção de uma proposta de tratamento individualizada? Apostaremos, por fim, na clínica psicanalítica como posição que pode operar como resistência ao discurso manicomial, tão fortemente arraigado na nossa cultura.

Tais questões – entre outras - foram provocadas pela experiência de trabalho numa equipe de desinstitucionalização que interveio num hospital psiquiátrico particular conveniado ao SUS. O primeiro capítulo da tese é dedicado a essa experiência. Em 2016, a Prefeitura do município de Niterói lançou mão do seu banco de profissionais aprovados no processo seletivo simplificado de 2015, para compor o que se chamou de equipe de desinstitucionalização. A iniciativa vinha na esteira de uma ação judicial perpetrada pelo Ministério Público, na qual a Fundação de Saúde (FMS) deste município era ré, juntamente com uma casa de saúde particular conveniada ao SUS. Acusava-se a instituição de prestar uma assistência inadequada aos seus pacientes psiquiátricos e que, a FMS, por autorizar as internações no local, deveria ter fiscalizado o tratamento dispensado por ela. Diante da avaliação da total inadequação da casa de saúde, a FMS foi co-responsabilizada pela atual situação dos pacientes à época, e convocada a promover a desinstitucionalização desses internos para o subsequente fechamento da casa de saúde.

Entrei na equipe multiprofissional como uma dos seus dois psicólogos; esta posição disparou a discussão aqui presente. Nós nos deparamos com um cenário composto por décadas de abandono e violência, dirigidos aos internos da instituição. A descrição desse momento, o nó na garganta, é o cerne do primeiro capítulo. As breves vinhetas clínicas que trazemos nesse ponto nos

servem para ilustrar o panorama árido ali encontrado, e também para contextualizar os impasses trazidos pelos primeiros contatos com os pacientes. A equipe como um todo foi tomada pelo horror e pela indignação e esses sentimentos nos paralisavam. Eles não nos forneciam coordenadas interessantes que nos permitissem refletir sobre o que havia tornado possível a existência daquela situação, nem como ultrapassá-la. O tema da tese surgiu como necessidade de dar um encaminhamento mais cuidadoso, e menos urgente, às muitas frentes de trabalho que foram se fazendo necessárias com a entrada no manicômio.

Assim, a motivação da tese não se deu pela importância de iniciativas de desinstitucionalização, ou pelos supostos avanços que tal processo pode ter alcançado, mas sim nos pontos em que falhamos individual e coletivamente antes, durante e depois desse trabalho. Lacan (1964), ao refletir sobre o desejo de Freud em sua escuta das histéricas localiza como ponto seminal como causa, o que nisso em Freud claudicava. O mesmo se aplica a tese: ela surge a partir do que vacila nesse trabalho na equipe de desinstitucionalização.

Nesse caminho de tentar nos apropriar do que claudicou, algumas perguntas nos servirão de guia: quais as consequências do manicômio para o campo do sujeito na psicose? Sobre qual discurso se sedimenta a defesa dos manicômios como destino para a loucura²? O que a psicanálise propõe como tratamento para essa clientela? O que a clínica da psicose nos informa sobre o papel das instituições para esses pacientes? Que efeitos nossa experiência no trabalho de desinstitucionalização, orientado pela psicanálise, pode recolher? Que indicações clínicas podemos depurar a partir destes efeitos?

Para dar corpo a essa discussão sobre os manicômios, a demanda social que o constitui e as forças que o determinam, nos aproximaremos das raízes que compõem o encarceramento dos ditos loucos nessas instituições, bem como da lógica objetalizante que encontramos em ação no interior delas. Com esse intuito, no segundo capítulo, argumentamos que o surgimento das Grandes

Internações na França guarda similaridades com o mesmo processo ocorrido no Brasil cerca de cem
2 Um discurso que parecia superado após a Reforma Psiquiátrica, mas que agora retorna com toda força. Veremos essa proposição em muitos momentos da tese.

anos depois; para isso a descrição minuciosa feita por Foucault do nascimento dos manicômios na França, de seu lugar social e da lógica que regia seu funcionamento, nos parece preciosa. Esse percurso tem Foucault como guia, mas também se apoia em outros autores como Joel Birman, Christian Hoffman e Roberto Machado.

Os dois primeiros capítulos da tese contextualizam, preparam o terreno para os três seguintes. Falar sobre a estrutura do manicômio, de seus efeitos para o campo do sujeito, de seu percurso histórico e de sua função social nos fornece subsídios para enveredar mais frontalmente em um dos pontos que mobilizam a tese: o modo violento do Brasil tratar a loucura.

Com o avançar do debate sobre o manicômio e os vetores que o compõem, situamo-lo como força maior, lógica que extrapola os muros daquela instituição. A partir do segundo capítulo, implementamos um esforço por desfazer a correspondência necessária entre o paradigma asilar e o manicômio. Manicômio não é sinônimo de hospital psiquiátrico³, e o discurso manicomial pode, por exemplo, constituir uma medida pretensamente inclusiva num tratamento fora da internação. Desta forma, se a lógica manicomial não se restringe nem à instituição manicômio, nem aos hospitais psiquiátricos de maneira geral, qual seria a sua definição? Que marcas caracterizam a lógica manicomial dentro da saúde mental? Se o manicômio é uma lógica, poderia ele atravessar até mesmo as instituições que nasceram justamente com o objetivo de combater tal força – como os serviços territoriais substitutivos à internação?

A partir desta discussão, circunscreveremos a lógica manicomial como uma tendência a agredir e segregar o diferente. Mas, se o Brasil importou da Europa o modelo dos asilos, e repetiu aqui a investida de higienização do social através da internação psiquiátrica, perseguiremos também as peculiaridades do seu caso. Que os manicômios tenham nascido no Brasil num contexto com algumas semelhanças com o francês, o que se pode dizer para que, mais de dois séculos depois, essa lógica, inclusive com as instituições que são seus expoentes máximos, persista no nosso país? Tão

³ Da mesma forma, desmanicomialização não se resume a desospitalização.

importante quanto os aspectos semelhantes entre França e Brasil, no nascimento de seus respectivos manicômios, serão as diferenças no destino que foi dado a eles na história de cada país.

Algumas observações relevantes puderam ser feitas durante os 6 meses de estágio em Paris, financiado pelo Programa de Doutorado Sanduíche (PDSE) no Exterior da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Fui recebida pelo Professor Christian Hoffman na *Université Paris Diderot – Paris 7*, e pude participar das atividades de ensino e pesquisa dessa universidade e do *Hôpital Henry Ey*. Nele, os debates sobre o cotidiano da assistência em saúde mental na França eram conduzidos a partir de impasses na condução dos casos clínicos. Essa visada em muito colaborou para o desenvolvimento da tese, e pesou de maneira importante na decisão de estabelecer esse paralelo entre o modo como o acolhimento à loucura se estruturou no Brasil e na França.

As diferenças entre o acolhimento dado pela França e pelo Brasil apontaram algumas peculiaridades na sociabilidade brasileira. No terceiro capítulo, abordamos o porquê das coisas serem como são, em se tratando da psicose e o social brasileiro. É uma pergunta importante e grande demais, logo nossos esforços se concentraram em iniciar esse debate, localizando possíveis pontos cardinais para articular essa discussão⁴.

No segundo capítulo, focou-se nas aproximações entre as grandes internações na França e no Brasil; para o terceiro capítulo guardamos a exposição e a análise de elementos que dizem respeito à situação brasileira mais especificamente, e suas particularidades na maneira brasileira de lidar com o dissonante. A pesquisa indicou que a segregação observada no manicômio não consiste em um fenômeno isolado ou exceção, mas sim um elemento que pode servir para problematizar e expor um traço da sociabilidade brasileira. Ou seja, o Brasil não conseguiu consolidar uma resposta civilizada à loucura.

⁴ O mergulho nas áreas da história e da sociologia se fez necessário. Porém, a psicanálise é o campo no qual essas contribuições se enodam. Embora reconheçamos que os demais campos de saber possuem uma metodologia, uma dinâmica particular de trabalho, nos manteremos na psicanálise, tomando tais referências como linhas auxiliares de pesquisa. Um caminho diferente disso exigiria uma agenda de pesquisa que, além de nos desviar um tanto da nossa proposta inicial, requeria uma quantidade maior de tempo.

Somos um país manicomial. Ainda não superamos este formato violento e excludente no tratamento da loucura. Movimentos de articulação da diferença que a loucura representa surgiram e até proporcionaram alguns avanços. A Reforma Psiquiátrica brasileira é o maior expoente disso. Basta, porém, um mínimo de mudança ou desestabilização política para que discursos e ações radicais voltem a investir sobre a loucura. Qual o motivo disso? O que nos faz ser assim? O que nos impede de consolidar uma resposta social para a loucura que não seja segregante ou violenta?

Tais perguntas nos lançarão num debate a respeito das tensões sociais participantes do nosso processo de formação, do seu lugar em nossa cultura. Apresentaremos referências que nos orientem nessa contextualização histórica das políticas públicas (formais e informais), para a abordagem da diferença que a psicose representa. Nessa trajetória, um evento se distinguiu como fundamental para a pesquisa: a escravidão. Ela é o berço do Brasil, operando como forma lógica que incidiu de maneira decisiva sobre a socialização brasileira. Nossa investida sobre o processo de formação cultural toma a colonização e a escravidão como paradigma estruturante do nosso laço social. Para isso, contaremos com o auxílio de autores como Melman, Laurentino Gomes, Jessé de Souza e Lilian Schwartz. Abordar o laço social brasileiro constituído a partir da escravidão nos dá subsídios para, em seguida, situar a lógica manicomial como uma de suas formas de expressão. Ao falar de laço social, estaremos partindo das articulações de Lacan sobre o social como um tecido resultante do modo como os muitos fios que o compõem se entrelaçam. Esse fios são as relações entre o sujeitos, os laços, sendo estes estabelecidos dentro do campo da linguagem.

Localizaremos a existência de uma continuidade no trato dos escravos e dos loucos no nosso país. Importamos o modo de tratar os negros para a abordagem da loucura. Isso, no entanto, não deverá nos conduzir ao erro de equiparar, nem psicose e negritude, nem loucura e pobreza.

Após esse mergulho nas raízes do que veio a ser a resposta brasileira à loucura, começaremos, no quarto capítulo, a nos distinguir dela, ao nos interessarmos pelos contornos específicos da loucura. O resgate das questões implicadas na psicose é uma tomada de posição que

pode fazer frente ao social, pois este, como teremos visto, tende a não querer saber disso. Assim, indagamos: o que vem a ser a psicose? O que podemos dizer de sua condição subjetiva? Que relação ela estabelece com o laço social?

Percorreremos o caminho inverso ao do discurso manicomial, que, de muitas maneiras possíveis, rejeita as singularidades da psicose, tanto como entidade clínica, mas também como ela se constituiu em cada um. Reconheceremos o fato clínico da psicose e marcaremos que ela tem suas especificidades. Freud e Lacan serão as maiores referências para essa discussão sobre este quadro clínico, o mecanismo de defesa nele implicado e as consequências clínicas que dele decorrem. Os aportes de autores como Clérambault, Melman, Sciara, Bleuler, contribuirão para delimitar a problemática do sujeito em jogo na psicose.

Como sublinhamos, o manicômio opera numa lógica de objetualização do sujeito. O aprofundamento teórico na psicose será um momento propício para fazer notar que nossa constituição subjetiva conta com um momento primordial no qual somos todos objeto. Veremos que, com o Nome-do-Pai foracluído, não poderemos contar com o corte que separa sujeito e objeto promovido por ele (LACAN, 1967). Não será, portanto, numa posição de receber o objeto perdido que o psicótico vai ser endereçar ao Outro: esse objeto, o psicótico carrega em seu bolso. Daí, que a questão que se produz no campo do sujeito, na psicose, é perpassada pelo seu colapsamento ao objeto e todas as consequências clínicas que disso decorrem. Isto diz respeito, como veremos, não só apenas sobre os diferentes destinos que a condição objetual toma na neurose e na psicose, como também as possíveis consequências de uma abordagem que corrobore a posição subjetiva colabada ao objeto, que cerniremos como índice da psicose.

O movimento seguinte traz a clínica para as particularidades impostas pela psicose. Assim fazemos no quinto e último capítulo da tese, por apostar que ela pode se colocar como resistência ao discurso manicomial. Ela se apresenta como dissonante à tendência manicomial existente em nosso país, ao ter, em seus fundamentos, o interesse pelo o que é singular em cada caso. Será somente a

partir do que há de mais peculiar na psicose que uma rota de acompanhamento do paciente será traçada. Mas no que consiste essa clínica? Quais seus fundamentos? Que balizas para o atendimento à psicose ela confere? No que ela difere do discurso manicomial?

Situar a importância da clínica psicanalítica em nada tem a ver com diminuir o papel dos demais campos de saber envolvidos na lida da saúde mental, mas de conferir lugar ao que deles escapa. Como bem circunscreveu Miriam Debieux Rosa,

Não cabe à psicanálise a pretensão de esgotar, isoladamente, os fenômenos que investiga, mas lhe cabe esclarecer uma parcela (possivelmente fundamental) de seus aspectos. Trata-se de sua contribuição ao estudo do social e do político, sem a pretensão de substituir as análises desses outros campos de saber. Cabe à psicanálise incidir sobre aquilo que escapa aos outros campos (2018, p. 27)

Ao tomar a fala do paciente como norte para a construção do percurso no tratamento, a psicanálise se desvencilha, de um lado, das ações de segregação perpetradas pelo manicômio, e, por outro, dos ideais de inclusão impostos pela Reforma Psiquiátrica. Para vivificar essa tomada da fala do paciente, retomaremos as vinhetas clínicas, fruto do trabalho na equipe de desinstitucionalização. Através delas, salientamos a diferença, para o que veio a ser o curso do tratamento, da inclusão de elementos da clínica nas reflexões sobre os pacientes internados na já referida casa de saúde conveniada ao SUS. O esforço para constituir um caso clínico a partir dos encontros de cada paciente funcionou como suporte, não só para entender de que maneira conseguiríamos nos aproximar de casos tão difíceis, mas também para pensar qual o projeto terapêutico para saída do manicômio.

A discussão contida no último capítulo depreende considerações sobre a condução do tratamento, tanto na particularidade dos casos acompanhados por nós, mas também num todo maior, como uma reflexão sobre como a realidade clínica da psicose orienta, ou ao menos deveria orientar, as políticas públicas de saúde mental.

O termo desinstitucionalização – uma das palavras-chave do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil – deve ser problematizado. Em se tratando de casos graves, tais como os

acompanhados pela rede pública de saúde mental, faz sentido falar em tal processo? Prescindir das instituições é um norte para quem trata da psicose? O que subjaz dizer que as instituições para a psicose precisam chegar a um fim? Que mal-entendidos esse termo pode comportar?

Ao final, teremos partido da experiência de trabalho com pacientes egressos de longa internação em instituição manicomial, debatido o contexto social que impõe esse tipo de intervenção sobre a loucura e os efeitos deletérios desse tipo de investida sobre a psicose. Teremos também cernido a psicose como fato clínico para depreender dele uma clínica que, mesmo que não tenha se constituído com referência ao manicômio, termina representando um ponto de resistência diante dele.

Comecemos, portanto, pela nossa chegada no trabalho de desinstitucionalização, pelos muitos nós que compunham a corda do manicômio.

Capítulo 1

DESATANDO OS NÓS

O início do trabalho de desinstitucionalização

1.1 – O nó cego do manicômio

Terras do Juqueri⁵

“Vou contá uma história
De umas coisas que eu vivi
No mundo dos esquecidos
Lá pra bandas do sem fim
No carimbo da loucura
Mora gente feito gado
Onde a dor marcada a ferro
Pelo poder dos tiranos
Nas terras do Juqueri

Um cemitério de vivos
Sem tempo, sem esperanças
Mortos-vivos esquecidos
E perdidos na lembrança
Num depósito de gente
Que virou prisão de ventre
Dos loucos desse País”

Como passo inicial da tese, traremos a experiência de trabalho como integrante da equipe de desinstitucionalização que atuou numa casa de saúde conveniada ao SUS no município de Niterói. Ela nos servirá como ponto de partida para a nossa discussão. O projeto de desinstitucionalização dos pacientes internados na referida casa de saúde particular começou a partir de denúncias dos familiares dos pacientes com relação ao tratamento nesse hospital psiquiátrico localizado na cidade

⁵ Canção de Luizinho Gonzaga, musicoterapeuta do Grupo Loucos pela Vida.

de Niterói, no estado do Rio de Janeiro. A partir de algumas queixas com relação à dificuldade de acesso aos internos, à precariedade da estrutura física e da assistência prestada, foi formalizada uma denúncia dos familiares dirigida ao Ministério Público⁶.

Ainda que a casa de saúde fosse uma empresa particular, todos os seus leitos eram suplementares ao SUS, isto é, vagas de internação das quais o setor público de saúde dispõe quando as vagas em instituições públicas são tidas como insuficientes para responder à demanda. Na prática isso significa que toda a renda obtida pela instituição vinha do repasse mensal feito pelo Estado. A esse perfil de instituição privada que opera de maneira complementar ao SUS, chamou-se clínicas conveniadas. Veremos no terceiro capítulo em que contexto político essas instituições surgem no Brasil e a que mandato social elas respondem⁷. Por ora, é importante que tenhamos claro que essa empresa possuía um forte vínculo com o setor público de saúde da cidade de Niterói porque ela atendia uma demanda do Estado e dele recebia o pagamento.

Na contratação dos leitos suplementares, o Estado fica com a responsabilidade de fiscalizar as condições de atendimento prestado pelo contratante. Assim, ainda que a casa de saúde fosse particular, o Estado é co-responsável pelo desenrolar das internações ali, devendo intervir caso alguma irregularidade seja detectada. Veremos que o poder público não cumpriu sua parte nesse acordo e, com as muitas denúncias que se formalizaram numa ação pública, foi tomado como réu, juntamente com a administração do manicômio. Em audiência realizada judicialmente com a presença de representantes da aqui referida casa de saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, ficou acordado que a segunda, por ser co-responsável

⁶ Vale ressaltar que as queixas se acumularam por pelo menos 10 anos no Ministério Público. Em uma delas, no ano de 2006 um paciente deu entrada em crise psiquiátrica, mas sem demais queixas clínicas. Após ficar contido no leito, surgiram escaras infectadas. O paciente apresentou, ainda, uma infecção respiratória, que evoluiu para uma pneumonia e, conseqüentemente, septicemia, culminando com uma parada cardiorrespiratória e com o óbito. Familiares relatam descaso no tratamento prestado pela casa de saúde. Cf. <https://mp-rj.jusbrasil.com.br/noticias/1596799/negligencia-denunciados-medicos-e-diretores-de-casa-de-saude-em-niteroi>. Somente em 2016 teve início o projeto de desinstitucionalização.

⁷ Veremos no terceiro capítulo que essa casa de saúde não é o único exemplar de manicômio que ainda existe em nosso país. Eles não só resistiram ao processo de Reforma Psiquiátrica como também estão em franca ascensão na chamada nova política em saúde mental. Cf. Ministério da Saúde, 2019

pelo o que veio a acontecer no manicômio, desenvolveria um Plano de Ação visando a desinstitucionalização do pacientes internados.

Em 2015, ou seja, um ano antes da entrada da equipe na casa de saúde, a coordenação de saúde mental do município realizou um censo clínico e psicossocial da população internada, no qual constatou que dos 87 pacientes internados, eram 70 homens e 17 mulheres⁸. A faixa etária média girava em torno dos 50 anos. A maioria sem renda própria. 43% tinha algum vínculo familiar registrado verbalmente ou no prontuário da instituição, enquanto que 46 % não tinham família. 75% dos pacientes não recebem qualquer tipo de visita. Dos 25 % que ainda recebiam vistas, estas eram espaçadas, eventuais. Dois pacientes não usavam medicação psiquiátrica.

Para removê-los da casa de saúde, em 2016 uma equipe composta por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros contratados pela prefeitura foi formada⁹. O objetivo desta equipe era organizar a alta dos 77 pacientes internados na casa de saúde. A maior parte deles tinha sido diagnosticada com algum transtorno psicótico¹⁰ e seriam todos considerados pacientes de longa permanência institucional, com internação média de 15 anos - alguns deles já somavam mais de 30 anos na instituição, sem receber alta. Segundo o Plano de Ação estabelecido, a desinstitucionalização aconteceria através de uma aproximação com os pacientes, estabelecendo um vínculo com eles e suas famílias - o que possibilitaria um esquema de tratamento e de moradia sustentável no território. Tudo isto concomitantemente aos procedimentos em assistência social que se mostrassem necessários, por exemplo, a obtenção de documentos tais como certidão de nascimento tardia,

⁸ Veremos que, do momento do censo até a entrada da equipe na casa de saúde, tivemos 10 óbitos de pacientes. ¹⁰ óbitos em 12 meses. De 2015 a 2016 o número de pacientes foi de 87 para 77.

⁹ A presente tese expressa as reflexões suscitadas ao meu trabalho como psicóloga desta equipe. Ela não representa a opinião nem a experiência do grupo como um todo. Como já referido na introdução, esta tese trata do meu encontro com esse experiência e o que foi possível trabalhar a partir dela.

¹⁰ Em sua maioria, esquizofrenia residual.

identidade e CPF, para conseqüente solicitação de benefícios sociais como o Benefício de Prestação Continuada¹¹ e a inclusão no Programa De Volta para Casa¹².

Ainda que a nossa entrada na casa de saúde estivesse respaldada por uma ação judicial, foi preciso que, com a ordem do juiz em mãos, chamássemos a polícia para conseguir fazer valer essa decisão judicial e conseguir entrar para começar o trabalho nessa instituição, pois o proprietário não autorizou a nossa entrada por 3 dias seguidos.

O trabalho da equipe de desinstitucionalização durou dois anos e enfrentou obstáculos tanto levantados pela administração da Casa de Saúde, como também pela própria Coordenação de Saúde Mental do Município de Niterói. Da parte da administração da Casa de Saúde, várias medidas foram tomadas para que o nosso trabalho não tivesse êxito. No que tange à Coordenação de Saúde Mental de Niterói, encontramos uma morosidade em investir nos dispositivos substitutivos à internação – as Residências Terapêuticas, por exemplo¹³.

Em 2018, a Casa de Saúde foi fechada por determinação da Subsecretaria da Vigilância em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. A portaria SVS Nº 205, de 29 de novembro de 2018¹⁴ declarou que o estabelecimento não possuía estrutura física e condições técnicas operacionais adequadas para o funcionamento, contrariando a Resolução RDC nº 50 de 21/02/2002 da ANVISA e determinou a sua imediata interdição total. Foi preciso esse ato para que as atividades na casa de saúde fossem finalmente encerradas. Os pacientes que ainda estavam internados no manicômio foram transferidos para o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, na mesma cidade.

11 O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício de renda no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência de qualquer idade ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a participação e interação plena na sociedade

12 O programa De Volta para Casa, do Ministério da Saúde, é voltado à reintegração social de pessoas acometidas por transtornos mentais e com história de longa internação psiquiátrica. Seus objetivos principais são assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno da cidadania.

Depois de incluído no programa, o beneficiário (ou seu representante legal) passa a receber, mensalmente, o auxílio de R\$ 412,00.

13 Vale lembrar que iniciativas anteriores de desinstitucionalização dirigidas à mesma casa de saúde emperraram nos mesmos problemas observados por essa equipe de 2016.

14 Cf. <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-portarias/8746-portaria-svs-n-205-de-29-de-novembro-de-2018.html>

A entrada da equipe de desinstitucionalização era, portanto, uma medida jurídica que visava sanar as repetidas denúncias levadas à imprensa e ao poder público. Porém, nem o processo que culminou com o nosso trabalho na instituição, nem as matérias publicadas pelos jornais davam a devida dimensão do que encontraríamos dentro daqueles portões. Começamos pela precariedade da estrutura física para ir nos aproximando de uma aridez que os 75 anos de funcionamento desse manicômio produziram.

1.2 - A estrutura física

A casa de saúde foi fundada em 1943 e atualmente consistia em um prédio de 3 andares. O terreno da instituição era amplo, localizado num bairro residencial na região central do município, contando com intensa circulação de pessoas, comércio, escolas e ponto de ônibus quase na porta. No andar térreo, estavam a portaria e o consultório médico, onde os pacientes seriam, a princípio, trazidos para serem avaliados pelos psiquiatras. Não se testemunhou essa cena ao longo da pesquisa.

Quase em frente à portaria, uma escada dava acesso para uma salão chamado “Centro de Estudos”. Nessa sala, a pintura das paredes estava caindo em alguns pontos e mofada em outros. O Centro de Estudos fora batizado em homenagem a um psiquiatra brasileiro, cujo retrato empoeirado encontrava-se no chão, encostado em uma parede. Ali também encontramos cadeiras e outros móveis quebrados, sujos e empilhados. O estado do Centro de Estudos sugeria uma negligência da instituição para com suas próprias origens, seus membros fundadores e referências: inferia-se que, há muito tempo, aquele lugar não abrigava uma discussão clínica sobre os casos internados, se é que alguma já havia sido realizada ali. O Centro de Estudos, se não metaforizava, ao menos anunciava todo o descaso que encontraríamos durante o trabalho nesse hospital psiquiátrico. Subindo mais um

lance de escada a partir dali, chegava-se ao segundo andar, parcialmente ocupado pela sala de administração e, ainda, pela enfermaria masculina.

Depois da portaria, um portão de ferro separava as áreas de livre circulação das demais dependências do hospital. Para além do portão, ficavam o setor de manutenção e limpeza e a enfermaria feminina. Ao lado dessa última, encontrávamos a sala de repouso médico e um pequeno refeitório, utilizado para que os visitantes dos pacientes não entrassem no setor. Assim, nenhum visitante circulava pelas enfermarias. O acesso à enfermaria masculina se dava por dentro da casa de saúde, depois do portão de ferro. Para chegar até lá, era preciso passar pela portaria, atravessar o portão de ferro e subir por uma rampa, quase sempre suja de restos de comida e fezes humanas.

Outra rampa ligava o dormitório da enfermaria masculina ao terceiro andar da instituição, onde estavam localizados o pátio e o refeitório desse setor. Nas nossas primeiras passagens por essa rampa, observamos a presença de marcas de sangue nas paredes brancas. A área, contudo, passou por pintura cerca de três semanas após a nossa chegada sem que nos tenha sido informado nenhum motivo para esta ação, que não se estendeu a outra área do hospital, ainda que muitas paredes apresentassem um estado precário.

As visitas eram autorizadas de segunda a sexta-feira e tinham somente uma hora de duração, das 15 às 16 horas. A clínica selecionava quem tinha ou não autorização para visitar os pacientes mediante um critério desprovido de qualquer relação exclusiva com o grau de parentesco do visitante com o interno – a saber, a posição do visitante diante do atendimento prestado pela instituição. Aqueles que não criticavam o tratamento dispensado ali ou não faziam exigências poderiam visitar um paciente, sendo parentes ou não. Um senhor que se apresentava como pastor de uma igreja evangélica ia semanalmente à clínica e entrava na enfermaria masculina, abordando alguns familiares durante a visita, ainda que ele mesmo não tivesse nenhum parente internado ali.

A enfermaria feminina era composta por alguns quartos que circundavam um pátio descoberto. Nenhum dispunha de portas; as camas de ferro estavam enferrujadas. Os colchões eram velhos, rasgados e muitas camas não possuíam roupa de cama e travesseiro. Poucas unidades possuíam basculantes. Estes, por sua vez, davam para dentro da instituição. Assim, do mundo exterior, só era possível ver o céu a partir do pátio, onde, dos quatro bancos de madeira disponíveis, dois estavam quebrados e um bambo, ameaçando virar a todo instante, limitando o assento a três lugares, no único exemplar em bom estado. Do pátio da enfermaria feminina avistava-se alguns dos basculantes do dormitório masculino. Os pacientes dos dois setores chegavam a interagir entre eles, aos gritos e em momentos pontuais. Fora isso, não havia comunicação nem entre os setores, nem entre os seus internos.

O posto de enfermagem do setor ficava na entrada. Suas janelas e portas expunham grades. Buracos nas paredes e no teto, por toda parte, explanavam a tubulação hidráulica e a fiação elétrica da construção. O banheiro, sem porta, continha um único vaso sanitário e um único chuveiro para todas as 17 internadas. Poucas foram as vezes em que a equipe de desinstitucionalização esteve nessa enfermaria e o banheiro havia sido limpo.

A instituição dispunha de um refeitório por setor, ambos com talheres de plástico. No feminino, a parede estava mofada e os bancos não possuíam encosto. A comida era servida em pratos prontos, postos por trabalhadores da clínica.

A enfermaria masculina, por outro lado, era coberta de azulejo e dividida em baias, cada uma com algumas camas de metal enferrujadas. Os colchões eram finos, malcheirosos, rasgados e com o preenchimento de espuma saindo pelos buracos. Algumas possuíam travesseiro, lençol e cobertor, outras não.

Ao longo do corredor que atravessava as baias, havia banheiros destinados aos pacientes. Havia também salas de atendimento, que nunca foram abertas ou utilizadas durante nosso trabalho lá. No fim do corredor encontrava-se o posto de enfermagem: sua localização impedia que se observasse toda a enfermaria de lá. Ao lado do posto, havia um quarto com dois leitos e um chuveiro coberto de mofo. Ali ficavam os pacientes que, segundo a única enfermeira da casa de saúde, precisariam de uma observação mais cuidadosa, fosse por questões clínicas, fosse por risco de fuga¹⁵. Outros quartos se situavam totalmente fora do campo de visão do posto de enfermagem, o que deixava os internos sem qualquer tipo de observação durante a sua permanência nesses recintos.

Os basculantes, de campo de visão estreito, e com o vidro opaco de sujeira, impossibilitavam que se visse o que havia do lado de fora da casa de saúde. Alguns estavam quebrados.

Passada uma grade de ferro, estávamos no recinto no qual recebia-se os visitantes. Havia uma televisão e, em frente a ela, alguns bancos de madeira, contrastando com outros, de concreto, sobre o chão do cimento. Desse ambiente era possível lançar objetos na primeira rampa (que ligava o térreo ao segundo andar), o que nos fez supor que os pacientes lançavam, dali, as fezes e os restos de comida observados.

Uma grade de ferro separava esse recinto do refeitório masculino, que não tinha janelas e era todo de azulejo branco. Quando a porta, conexão entre o pátio externo e o refeitório, se abria, entravam pombos em busca da comida caída no chão. Ali permaneciam sem ser incomodados.

Uma segunda grade de ferro separava essa dependência do hospital de um pátio sem cobertura. Ali não havia praticamente nada: somente duas mesas, cujas cadeiras acopladas estavam

¹⁵ “Observação mais cuidadosa”, na prática, significava estar sob o olhar da equipe de enfermagem e com a circulação pela instituição restrita. Para além disso, a assistência precária prestada pela casa de saúde se mantinha. Estar na intercorrência não se revertia numa assistência adequada, visto que por diversas vezes encontramos na intercorrência pacientes em precário estado de higiene, sem os sinais vitais verificados e sem uma intensificação dos cuidados em saúde mental, como, por exemplo, consultas psiquiátricas.

quebradas, tornando seu uso impossível. Havia, ainda, um tanque, no qual os pacientes bebiam a água da torneira.

A antiga sala de terapia ocupacional que poderia ser acessada a partir desse pátio aberto; estava desativada. Através das barras de ferro que compunham a sua porta, via-se que nela havia uma mesa de sinuca e um aparelho de som. Os banheiros desse pátio ficavam nas proximidades. Sobre eles, eram mais sujos do que é possível descrever - tomados de lodo até mais de um metro do chão - porque, diante desse ambiente tão imundo e fétido, faltou coragem para prosseguir na observação.

A passagem do tempo no setor masculino, se é que ela existia, era condicionada pela circulação entre os dois andares que compunham o setor. Os quartos seriam usados para dormir e depois do almoço, quando se esperava que os pacientes tirassem um cochilo. O refeitório era utilizado nas refeições e, no mais, os pacientes ficavam sozinhos no pátio aberto.

Como dissemos anteriormente, a descrição da infraestrutura serviu para nos iniciar nesse caminho de tentar situar a extensão das dificuldades enfrentadas nos primeiros encontros com essa instituição. Seguiremos nosso relato com nossas observações sobre a assistência prestada pela chamada casa de saúde no intuito de detalhar o cotidiano dos internos.

1.3 - A (des)assistência

Durante o censo psicossocial, realizado pela coordenação de saúde mental da prefeitura de Niterói, preliminarmente para o planejamento das nossas ações de desinstitucionalização, verificou-se que havia 77 pacientes, com média de 15 anos de internação. Todos os pacientes ocupavam leitos suplementares ao SUS nessa instituição, então, ainda que fosse um hospital particular, todo o rendimento advinha do poder público. Alguns pacientes já contabilizavam mais de 30 anos na

mesma instituição. Muitos não possuíam documentos, perdidos ao longo dos anos de reclusão, ou mesmo sem nunca chegarem a ser confeccionados. Contrariando a lei 10.216 de 2010, que regulamenta os direitos das pessoas acometidas por doença mental, não havia nesse hospital psiquiátrico uma equipe multidisciplinar. Não encontramos qualquer sinal de trabalho que reavaliasse a necessidade da internação e visasse a alta desses pacientes.

Nas primeiras incursões pela instituição, a equipe de desinstitucionalização se deparou com um cenário que refletia décadas de negligência. Notamos um esforço, por parte da equipe da instituição, em disfarçar os anos de abandono que compuseram aquele lugar, ao desinfetar o chão, passar talco perfumado nos internos e escolher as melhores roupas disponíveis para os pacientes, por exemplo, mas o resultado foi um ambiente tomado por um nauseante cheiro de urina, talco e creolina. Havia, porém, elementos impossíveis de se esconder.

A equipe técnica quase não falava com os pacientes. As interações entre ambos tinham quase que exclusivamente o objetivo de advertir ou emitir ordens referentes à rotina da enfermaria, e eram feitas sempre aos berros. Não havia qualquer oferta de espaço de fala, atividade terapêutica ou recreativa nas enfermarias. Os pacientes passavam o dia vagando a esmo pelo setor, tomando sol jogados no chão, ou deitados no leito. Os mais preservados reservavam um leito fixo para si, e dormiam sempre na mesma cama. Os demais erravam pelos lugares vagos.

Depois de cerca de uma semana na enfermaria feminina, nossa entrada na masculina finalmente foi autorizada pela administração da casa de saúde. Nesse ponto do trabalho, a casa de saúde já havia desistido de tentar atenuar o cenário grotesco que compunha a rotina ali. Ali entramos pela primeira vez num dia de inverno, época de uma frente fria, que trouxe temperaturas muito baixas para a cidade. As paredes de azulejo e o chão (sempre úmido) faziam da enfermaria um lugar gelado; entretanto, nenhum paciente vestia roupa condizente com a temperatura. "Paciente psiquiátrico não sente frio, não é?" – disse um técnico da equipe da casa de saúde. Enquanto isso, os

pacientes corriam em círculos no pátio no intuito de se aquecer. Toda essa cena deprimente – pessoas esqueléticas, vestindo farrapos, correndo em círculos para se aquecer do frio - podia ser vista das varandas dos condomínios de luxo que cercam o hospital.

De fato, a situação ali era ainda pior do que a do setor feminino: pacientes esqueléticos, muito queimados de sol, com higiene precária, cabeças raspadas, vestindo retalhos sujos - não usavam uniformes e as roupas doadas estavam em péssimo estado. Os dentes que ainda restam na boca estavam podres, lesões dermatológicas que inspirariam atenção seguiam, aparentemente, sem qualquer cuidado, e observou-se rachaduras profundas nos pés e micoses em estado avançado nas unhas.

Os relógios de parede da instituição estavam parados. As televisões ficavam ligadas o tempo todo, mesmo sem alguém assistindo. Não havia espelhos ou qualquer outra superfície de reflexo, para que os pacientes vissem sua própria imagem. Lembremos que as internações já duravam 15 anos em média, e, portanto, alguns pacientes estavam esse todo tempo sem ver o próprio rosto. Não havia calendários. Não é coincidência que somente 3, dentre os 77 pacientes, soubessem em que ano estávamos.

Os pacientes masculinos ficavam grande parte do tempo sozinhos, sem qualquer supervisão técnica. Durante a sua permanência no pátio, trancava-se a grade que regulava a entrada e saída, e os técnicos de enfermagem se ausentavam, permanecendo num outro recinto, com sua atenção dirigida a qualquer outro ponto que não os pacientes, quase sempre assistindo a televisão do posto de enfermagem. Por diversas vezes, presenciamos internos trocando agressões físicas e tivemos que intervir para que algo ainda pior não acontecesse, apesar do cuidado e assistência aos pacientes internados não ser uma das funções atribuídas à equipe de desinstitucionalização.

As pacientes da enfermaria eram convocadas pelos funcionários para faxinar o setor feminino, onde, segundo um relato, trabalhavam até a nossa chegada. Quando a equipe da

enfermaria tomava conhecimento da entrada da equipe da desinstitucionalização, eram orientadas a guardar o material de limpeza e se sentar nos bancos. Somente uma das internas fazia frente a essa exigência: “Paciente não limpa chão de hospital”, afirmava. Entretanto, apesar da força e da clareza dos seus motivos para se recusar, ela recebeu da equipe técnica da instituição o apelido de “preguiçosa”: “tinha toda a condição de participar do dia a dia da enfermaria, mas não quer” - disse uma técnica de enfermagem da casa de saúde. Resistência, vontade própria e noção dos próprios direitos foram tomadas pelos funcionários como preguiça e corpo mole¹⁶.

A partir do contato mais próximo e rotineiro com os pacientes, fomos sendo informados por eles das inúmeras situações de violência as quais eram sistematicamente submetidos - casos que iam da negligência à agressão propriamente dita.

Uma estrutura física precária, a ausência quase que total dos cuidados com a saúde dos internos, abusos aos quais os pacientes eram submetidos... diante de tudo isso, ainda podemos considerar essa instituição um hospital ou casa de saúde? Mais ainda, podemos sequer caracterizá-lo simplesmente como um abrigo ou asilo? A resposta para as duas perguntas é a mesma: não. Tal como o psiquiatra Francisco Paes Barreto ponderou sobre o Hospital Colônia de Barbacena¹⁷, essa casa de saúde “não pode ser nem abrigo, nem asilo... muito menos um hospital” (ARBEX, 2013 p. 183). Afinal, ser abrigo (ABRIGO, 2018), ser asilo (ASILO, 2018) implicaria construir um lugar que proteja, que ofereça um refúgio de algo que representaria um perigo para o indivíduo e não foi possível observar sequer esse tipo de funcionamento de proteção na casa de saúde em questão.

Num abrigo ou asilo, há um investimento libidinal, ainda que mínimo, direcionado para os seus internos, com alguma expectativa da direção e dos profissionais que trabalham lá com relação

¹⁶ Frantz Fanon é um precursor na construção de um paralelo primoroso entre o tratamento destinado aos loucos e aos colonizados. Em “Alienação e Liberdade” (2020, p. 239) ele observa que os negros africanos, assim como os loucos serão muito facilmente tomados como trapaceiros, dissimulados e preguiçosos. Ele questiona: “O colonizado é uma criatura ociosa? A preguiça do colonizado é uma proteção, uma medida de autodefesa no plano fisiológico, mais nada” (idem, p. 291). Defesa do outro que tenta se apoderar do corpo, das forças que ainda restam nos colonizados.

¹⁷ Manicômio no estado de Minas Gerais que ficou conhecido como cenário do holocausto brasileiro. Cf. (ARBEX, 2003).

a eles. Espera-se, minimamente, que os internos estejam vivos e com saúde. Podemos dizer o mesmo da casa de saúde descrita aqui? Havia algum desejo dirigido aos internos de lá? Havia algum investimento libidinal endereçado a esses pacientes? Havia, na instituição alguém que desejava algo, qualquer coisa que seja, deles? Em vez disso, encontramos nessa casa de saúde indivíduos abandonados e sujeitos a todo o tipo de manipulação.

Então, para onde vai o desejo da instituição quando não é investido nos internos? ali, para onde vai? Qual o propósito da permanência daquelas pessoas ali?

1.4 - A empresa

Nos poucos encontros da equipe de desinstitucionalização com o proprietário da casa de saúde, ele sempre se referiu à instituição como “empresa”. Este talvez fosse mesmo um termo formal acertado. Temos aí um negócio cujo lucro era diretamente proporcional ao número de leitos ocupados e inversamente proporcional ao gasto com a assistência.

A conta, de maneira resumida, seria: o ganho líquido era igual ao repasse do SUS pelos pacientes, menos os custos de manutenção da instituição. Isso posto, fica mais fácil entender o porquê dos esforços da administração da clínica em otimizar o número de clientes e diminuir os gastos com a assistência para além do possível. Mais lucro e menos gastos: eis a conta para a prosperidade de uma empresa.

Vê-se que lógica é ainda mais cruel quando ressaltamos que, diferentemente de uma relação de consumo, os internos não desfrutavam da opção de deixar de “consumir” aquele serviço. Não há livre escolha, não há competição. Devemos situá-los como algo mais próximo a uma fonte de renda. Logo, não é correto equiparar os internos desse e de qualquer manicômio com consumidores. A dita

casa de saúde não lhes prestava um serviço. Ao contrário, eles estavam ali presos, sequestrados e sendo explorados sem muita regulação.

Veremos, no segundo capítulo, que, desde o século XVII, o Estado não quer ver os loucos - esta gente pobre, ociosa e esquisita, andando pelas ruas (FOUCAULT, 1972). Isso cria uma demanda de isolamento desta categoria e a casa de saúde veio responder a essa demanda¹⁸. A casa de saúde prestaria um serviço ao governo e à sociedade: uma higienização social mantendo essas pessoas fora de circulação. Sendo assim, os consumidores ou clientes do manicômio eram a sociedade civil e os governantes. Os pacientes estavam ali como objetos, mercadorias a partir das quais o manicômio fazia dinheiro.

Em 2000, diante das notícias da precariedade da assistência prestada pela casa de saúde, o centro regulador de internação psiquiátrica no município, situado atualmente na emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, deixou de autorizar a internação ali. Ao se dar conta dessa limitação de renovação de clientela em sua empresa, o proprietário, segundo nos confidenciou um dos médicos assistentes que ainda trabalhavam lá, se dirigiu ao corpo médico e deu a instrução de que não se desse mais alta, mantendo cativos os internos que já estavam lá. Quem estava internado lá, a partir daquele momento, não sairia com vida. Vê-se aí que, diante de uma incompatibilidade entre os objetivos de um hospital e os de uma empresa privada, o segundo prevaleceu.

O termo “empresa”, porém, não dá conta de tudo que foi visto e ouvido pela equipe de desinstitucionalização. Outra definição para essa instituição, das muitas possíveis de serem sugeridas, seria a de “depósito”. Um lugar que, tal como o abandonado Centro de Estudos da instituição, só serve para empilhar sem qualquer cuidado o que não funciona mais. De móveis a pessoas.

18 Discussão que abordaremos ao longo do segundo e do terceiro capítulo

Um entulho dos pacientes crônicos, de longa permanência na sua psicose, mas também um depósito dos enjeitados, dos que bebiam, dos que não eram queridos pela família, dos que causavam confusão pela comunidade. Depósito de gente que não se quer vendo circulando pela cidade. Gente que não causa desejo à sua volta, gente que não parece muito com gente. Gente que parece resto, lixo. E, como resposta a esse campo árido da psicose, optou-se, por motivos que vão desde o lucro que esse mercado gera até a nossa incapacidade de aceitar o que não é semelhante, o que não é espelho; pelo confinamento. Lixeira de gente.

Nessa massa de sucata de gente que esse e os demais manicômios produzem tanto faz ter nome, estar sujo ou limpo, ter ou não dentes. Tudo é denso, homogêneo, estéril, sem uma distinção que minimamente pessoalize ou promova uma escansão de tempo e espaço.

As observações preliminares apontavam que a instituição não investia qualquer desejo em direção aos pacientes. Também podemos estender algo disso para as famílias dos internos.

1.5 - O trabalho com a família

Apenas 43 % dos pacientes possuíam em seu prontuário o relato da existência de algum vínculo familiar. Outros 7% tinham relatos da existência de amigos, membros de entidades religiosas, grupo de apoio, ou outros tipo de vínculo relacionais. Somente 25% dos pacientes recebiam visitas. A maior parte dos familiares, por uma série de motivos, não os desejava. O número de pacientes que ainda realizavam licenças para visitar a família em domicílio era menor ainda. Desse ínfimo número de pacientes que ainda passavam um dia do mês com a família, percebemos que, para os familiares, a licença tinha exclusivamente o objetivo de ir com o paciente até o banco sacar o dinheiro do seu benefício social e retornar tão cedo quanto possível para a casa de saúde.

Nesse enquadre, o trabalho de reinserção familiar parecia muito árido, distante e até mesmo desacreditado. Esse frágil ou inexistente vínculo com a família estava registrado nos prontuários pelos psicólogos e assistentes sociais mediante expressões como “grave problemática sócio familiar” ou “grande rejeição familiar”. Estas expressões, por sua vez, serviam como justificativa para indicar a continuidade da internação *ad aeternum* em muito dos casos. Apesar da observação da precariedade dos laços familiares, não havia qualquer tentativa de trabalho com essas famílias. Elas não eram buscadas ativamente, nem abordadas durante as visitas. Não havia reunião de família.

Por entender a participação dos familiares como fundamental dentro de suas possibilidades do processo de desinstitucionalização, começamos a buscar ativamente as famílias para conversar sobre o que consistia nosso trabalho. Assim, nossa atividade começou com a busca pelas famílias que haviam deixado de visitar seus parentes, de se dirigir àquelas que vinham de tempos em tempos visitá-los e até mesmo de encontrar os próximos daqueles pacientes supostamente desprovidos de família.

A partir disso, a equipe de desinstitucionalização foi se deparando com um discurso comum, que atravessava cada relação singular entre família e paciente. As histórias eram muitas e cada um trazia a sua dificuldade em estar ao lado de quem estava internado: medo de futuras agressões, raiva por situações passadas, a sensação de não poder suportar um fardo tão grande, pobreza, etc. Todavia, todas faziam referência a uma orientação fornecida pela casa de saúde: “é melhor que seu familiar permaneça conosco”. Sustentando-se, muitas vezes, no argumento da periculosidade do louco e da imprevisibilidade de seu comportamento, aqueles que receberam os pacientes e suas famílias no passado foram, com ou sem intenção, eximindo as famílias da sua parte de responsabilidade pelo paciente.

Foram muitos os relatos de que a casa de saúde teria insistentemente defendido a ideia de que ali seria um lugar de proteção para o paciente e para terceiros. Um lugar que ofereceria o que o Estado, segundo os profissionais da instituição à época, falido e displicente, parecia ser incapaz de prover: remédio, atendimento médico, casa e comida. E assim a internação seguiu como um acordo que livraria a sociedade, os familiares e o Estado de ter que lidar com a loucura, agora confinada num lugar onde, supostamente, receberia tratamento. Alguns familiares relataram que, segundo a equipe de profissionais da clínica conveniada, sair desse ambiente de proteção necessariamente implicaria em um de dois destinos: mendicância ou óbito.

Os familiares sem qualquer conhecimento sobre a rede extra hospitalar de cuidados em saúde mental assim permaneciam, mesmo após o contato com os profissionais da instituição. Aqueles com alguma informação sobre isso recebiam, por parte equipe profissional, uma franca oposição a esses serviços, qualificando insistentemente a rede pública de saúde mental como falha e irresponsável.

Encontramos, enfim, um panorama de atendimento das famílias que não só não trabalhava no sentido da alta dos pacientes e retorno ao convívio familiar dentro de suas possibilidades, como também investia ativamente para que a família não concebesse outra possibilidade para o tratamento que não fosse uma vida em reclusão. Este panorama foi o ponto de saída para o trabalho da equipe de desinstitucionalização com as famílias.

O contato da equipe com as famílias dos internos foi muito difícil e enfrentou muitas resistências por parte dos parentes. Nossa interferência nas decisões sobre os pacientes, respaldada pelo Plano de Ação de desinstitucionalização, desestabilizou um acordo tácito de décadas estabelecido entre as famílias e a casa de saúde. Antes mesmo que qualquer questionamento pudesse surgir e ser endereçado a nós, surgia entre os parentes o medo de que o paciente tivesse alta imediatamente. Famílias encontradas voltaram a desaparecer; as que sempre visitavam deixaram de

comparecer. Sustentamos o trabalho ativo de contato com essas famílias para poder desfazer duas ideias: a presença do paciente em casa seria imposta, e a ocorrência abrupta do processo de saída. Convidamos os familiares para conviver com os seus parentes, sem que isso se configurasse necessariamente num retorno ao lar. Que viessem falar das dificuldades, que dissessem dos seus limites, mas que viessem.

Encontramos a família de Sebastião através de uma rede social. O sobrenome incomum possibilitou que localizássemos uma sobrinha que ainda morava numa cidade vizinha; e ela quis vir conversar conosco e contar suas lembranças relacionadas ao tio. Não o via desde muito pequena e todos da família achavam que ele já estava morto. Contou que Sebastião sempre fora muito alegre, gostava de samba, mas também sempre foi “esquisito”. Pediu para visitar o tio e assim foi feito. Conversaram durante a hora de visita. Ao final, ela pediu para falar conosco novamente.

Disse que não tinha condições de recebê-lo em casa, mas que o queria por perto. Falamos da residência terapêutica¹⁹ como possibilidade de moradia assistida fora do hospital e foi dela a iniciativa de pedir que essa residência fosse o mais perto possível da casa dela. Assim, poderia visitá-lo e recebê-lo esporadicamente. Ela também se prontificou a pesquisar junto à família as informações que poderiam nos ajudar a resgatar a documentação de Sebastião como nomes, locais e datas. Porém, como veremos adiante, o extermínio subjetivo ao qual Sebastião havia sido submetido durante anos também se consumou na esfera do corpo. Faleceu antes que as propostas pudessem caminhar.

Sem um trabalho direcionado para a alta, viver, para os pacientes, parecia se resumir a uma espera pela morte – talvez a única maneira de sair da instituição? E, com a ausência de assistência, com a estrutura física, higiene e alimentação precárias, ao longo dos anos essa de fato foi a única via de alta de muitos pacientes.

¹⁹ Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são locais de moradia destinados a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

1.6 - O extermínio

Somente nos primeiros 9 meses de trabalho da equipe de desinstitucionalização, testemunhamos 11 óbitos. Antes do nosso trabalho, a taxa de mortalidade já era altíssima, principalmente no inverno, quando vários sucumbiam à pneumonia.

Assim como no caso do Hospital Colônia de Barbacena, a instituição aparecia como uma "antecâmara da morte" (ARBEX, 2013, p. 183). E, quando ela chegava, também vinha sem muitos rituais, sem humanidade. Quando a família de Sebastião trouxe a sua certidão de nascimento, para a retirar o corpo e sepultá-lo com velório, foi incentivada pela equipe da casa de saúde a permitir que ele fosse enterrado como indigente, pois assim o processo aconteceria mais rápido. À época, entendemos essa situação como se a instituição detivesse informações de base do paciente e, apesar disso, em nome de acelerar o processo do enterro e de se livrar o quanto antes do corpo, negligenciasse essas informações. Talvez, no entanto, fosse mais acertado considerar que, antes mesmo de falecer, esse paciente já não tinha nome. Já era visto pela instituição como indigente. Afinal, “só os homens têm direito a um nome” (LEVI, 1988, p. 33). Ter um nome humaniza, conferiria um status que os pacientes não possuíam nessa instituição. O enterro de Sebastião como anônimo só não ocorreu por resistência da família.

Era comum que a equipe técnica se referisse aos pacientes, não por seus nomes, mas pelo número de seu prontuário. “Qual paciente? O 17 ou o 2?”, “A família da 23 já não a visita mais”, etc. Nessa toada, Maria esqueceu o próprio nome. Esqueceu também a data do seu nascimento. Seus 42 anos eram estimados, assim como seu local de nascimento. Apesar de sua fala fluente e compreensível, Maria não conseguia nomear seus pais ou irmãos. Em sua entrada na instituição há o registro de um nome como sendo o dela, mas vários outros surgiram e foram relatados em prontuário pelos profissionais que ainda trabalhavam na clínica no início da internação. Todos

bastante genéricos, com os sobrenomes mais comuns, o que sempre dificultou que se encontrasse os documentos de Maria, se é que ela algum dia os teve. Pelo prontuário, percebeu-se que a investigação acerca do nome de Maria foi deixando de ser feita. Afinal, se ela jamais sairia dali e já atendia aos comandos pelo nome suposto, para quê saber mais? O nome não interessa, pode ser qualquer um. Pouco importa quem se é se não há mais pretensões de que você seja algo para além disso. Não importa de onde se veio se não há expectativa de que se vá para outro lugar.

Com o começo do trabalho da equipe de desinstitucionalização, essas perguntas voltaram a ser feitas. Quando perguntada sobre seu nome, Maria coçava a cabeça, fazia um esforço e respondia com imprecisão. Falávamos então sobre outros nomes: das personagens das novelas mexicanas, por exemplo. Se ela não sabia descrever o local onde vivia ou se essa descrição era confusa, deixávamos que falasse sobre lugares imaginados a partir das músicas do Fábio Júnior, que tocávamos, a seu pedido, em nossos celulares. Maria era alegre; também era quem mais denunciava os abusos da instituição. Contava que era tratada feito cachorro, que recebia castigos horríveis, tanto por parte da equipe de enfermagem quanto da equipe da limpeza, por urinar na cama. Pedia insistentemente que a tirássemos daquele lugar e a levássemos para qualquer outro. Não precisávamos encontrar família, nem nada; só não queria ser abandonada pela rua. Mas, a morosidade das instituições foi maior do que Maria podia suportar. Ela morreu abruptamente na enfermaria e, embora ninguém soubesse a real causa do óbito, seu corpo não foi encaminhado para a autópsia. Afinal, quem se interessa em saber os motivos de sua morte? Quem quer mesmo nomear o que a matou? Foi-se sem nome, sem *causa mortis*, sem velório. Esses privilégios somente são concedidos àqueles cuja existência transcende o campo objetual e passa a pertencer ao campo do que é humano.

Mais do que um caminho desumano até o desfecho final, a permanência nessas instituições significa uma sentença de morte em vida. Os pacientes que estavam ali encontram-se apagados na alma, aniquilados, primeiro como seres humanos, para depois serem mortos lenta e anonimamente:

[...] transformado em algo tão miserável, que facilmente se decidirá sobre sua vida e sua morte, sem qualquer sentimento de afinidade humana, na melhor das hipóteses considerando puros critérios de conveniência. Ficará claro, então, o duplo significado da expressão 'Campo de Extermínio' (LEVI, 1988, p. 33).

Adriana Arbex (2013) relata que, em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, esteve no Brasil e conheceu o Hospital Colônia de Barbacena. Em seguida, ele chamou uma coletiva de imprensa, na qual afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”. Voltaremos a essa analogia entre o manicômio e o campo de concentração ao longo da tese²⁰.

Havia um extermínio real, no sentido de que aquele lugar insalubre promovia o óbito dos internos, mas também um extermínio que o precedia: o subjetivo. Os dias passavam um após o outro sem que qualquer elemento novo surgisse, que algo se acrescentasse ou fizesse diferença. Não havia qualquer espécie de atividade, relacionamento ou trabalho que evoluísse progressivamente ou que pudesse ser retomado num momento posterior. Isso, dia após dia, durante décadas, foi deixando cicatrizes no corpo passíveis de observação, e apagando marcas, hoje, invisíveis, mas que poderiam vir a organizar esse corpo e possibilitar que algo singular se produzisse.

É impossível descrever, com a devida grandeza, o quão áridos eram os atendimentos a esses pacientes. Desorientados no tempo, inteiramente desprovidos de dados pessoais de antes da internação. Somente os mais preservados psiquicamente animaram-se com a ideia de sair da clínica. A maioria, inicialmente, pareceu não ter a menor noção do que isso significava. Alguns demonstraram alguma modulação afetiva relacionada à curiosidade de saber quem seria esse grupo de pessoas novas circulando pela instituição, falando com eles e dispostos a ouvir. Outros, nem isso.

Os que se interessaram por nós num primeiro momento, passada a surpresa com a nossa chegada, voltaram para o funcionamento automático e vazio de antes. Nos primeiros contatos

²⁰ A analogia entre esta casa de saúde e a Colônia de Barbacena se justifica mais pela forma lógica que subjaz o tratamento dispensado aos internos do que pelos dados quantitativos. É inegável que no caso de Barbacena a extensão do problema era maior do que o da casa de saúde aqui referida. O campo de concentração, mais do que um evento histórico, é uma estrutura. Tanto que notamos suas ocorrências não apenas na Alemanha nazista, mas também nos campos de trabalho forçado no nordeste durante a seca de 1915 e nos campos criados nos Estados Unidos para os descendentes de japoneses durante a segunda guerra mundial (DUNKER, 2015, p. 69).

individuais, nas conversas onde tentávamos nos situar sobre o estado presente de cada paciente, mas também sobre sua história, nos deparávamos, na maioria das vezes, com um deserto. O que encontramos evocaria aquilo que Primo Levi (1988) descreve como estatuto da condição humana daqueles que foram submetidos a uma das situações mais extremas conhecidas: o campo de concentração da Alemanha nazista. Segundo ele, a permanência nesses lugares incidiu de tal maneira sobre os prisioneiros que o efeito era um sujeito que “quando fala, quando olha, dá a impressão de estar interiormente oco, nada mais do que um invólucro” (LEVI, 1988, p. 58). Para muitos internos, nada agradava ou desagradava - não havia preferências. O passado não existia. O futuro era uma referência cujo sentido havia sido totalmente perdido. Experimentar o presente provavelmente seria insuportável. Vive-se ali num tempo indiferenciado, em continuidade, denso e sem escanções. Um fora do tempo.

Um mundo interno em ruínas parece fazer com que um mundo externo também desmorone. O mundo para além dos muros também parecia não existir. Além da desorientação no tempo de quase todos os pacientes, notamos um isolamento total com relação à cidade. Chamamos de ‘isolamento’ algo para além da lacuna de informações sobre seu entorno; uma falta total de interesse em obtê-las. Era como se a cidade simplesmente não existisse para a grande maioria dos pacientes. De todos, somente 2 já tinham ouvido falar de CAPS²¹. Não tinham nenhuma ou pouca referência do que acontecia no mundo fora da clínica, apesar da televisão continuamente ligada.

Se, para alguns a cidade não importa, outros parecem não sofrer a ação do tempo e perseveram sobre o mesmo ponto há décadas. João se aproxima de mim e solicita que eu escreva um bilhete para sua mãe. Ele dita seu nome completo, uma lista de itens de uso pessoal que gostaria que ela trouxesse, como bermuda, chinelo e pasta de dente. Pede que eu escreva também meu nome no papel e que eu acrescente que tem todo o respeito por mim. Guarda o bilhete consigo, mas quer

21 Os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

que eu ligue para sua família. Pergunto o número de telefone e João dita uma sequência quase infinita de números. Resolvo pesquisar o número do telefone de seus familiares no prontuário e nele encontro a informação de que João repete esse mesmo ritual da escrita da carta, com as mesmas frases e os mesmos pedidos, desde a sua chegada na instituição, há cerca de 25 anos.

São 25 anos repetindo esse ritual a esmo. Não há um registro de qualquer acolhimento ou trabalho a partir desse pedido em que se insiste há quase 3 décadas. Não havia um registro de alguém que tivesse se colocado como depositário ou destinatário disso em que insiste o paciente. Talvez por isso, João permanecesse estagnado, precisando perseverar sobre esse mesmo ponto há tanto tempo.

Se alguns pacientes aparentavam estar ávidos por falar conosco e finalmente ter a quem endereçar seus pedidos, outros permaneciam alheios à nossa chegada. Eram os casos mais graves, que não pareciam ter desenvolvido qualquer anteparo para suas vivências psicóticas. Para que a nossa presença pudesse minimamente ser notada, exigia-se um esforço tremendo. Na maior parte do tempo, era se como não estivéssemos lá. Não havia como retomar a conversa ou até mesmo o contato de um ponto alcançado num dia anterior. Estávamos diante de uma dimensão muito dura da psicose. Esses pacientes dependiam do auxílio de terceiros para absolutamente tudo, e não oferecer esses cuidados implicaria em estender ao corpo a morte psíquica que operava ali. Reduziram-se ao vivo, ao exercício de umas poucas funções vitais.

Rafael tem 47 anos e foi internado na casa de saúde para tratamento do uso abusivo de múltiplas drogas. Sua internação se deu por ordem judicial solicitada pela família, que se dizia cansada de confusões como agressividade, depredação de patrimônio privado (quebrou um caixa eletrônico de um banco) e até mesmo um incêndio no imóvel onde residia com sua mãe. Foi o último paciente a ser internado na casa de saúde e contabilizava somente dois anos de internação quando da nossa chegada. Foi internado ali sem passar por qualquer regulação, pois o juiz

determinou que assim fosse feito, porque, segundo o advogado que acompanha o caso, 'os demais hospitais psiquiátricos dão alta'.

No prontuário, consta que o paciente possui terceiro grau completo em Ciências da Computação e trabalhava como programador na prefeitura do município. Antes de ser internado, morava com a família num bairro nobre da cidade e frequentava ambientes sociais refinados, sendo, segundo ele próprio, próximo de um ex-prefeito da cidade. Durante sua internação, a mãe, que era quem mantinha algum contato com Rafael, faleceu e o único irmão de Rafael se recusava ativamente a vir visitá-lo ou conversar conosco. Foi esse irmão que nos deu o número de um advogado que, segundo ele, representaria os interesses da família no que concernia o Rafael.

Rafael comunicava-se sem dificuldade, possuindo um rico vocabulário, mas a memória se encontrava bastante comprometida. Tinha dificuldades em fornecer dados na cronologia correta e em evocar fatos do seu passado, tanto remoto quanto recente. Esquecia-se do meu nome, esquecia nomes de familiares, esquecia conversas nossas anteriores. O afeto era congruente, porém apalaidado. Parecia anestesiado com relação a tudo. Não reclamava da casa de saúde e não mostrava vontade nem de sair dali e nem de ali permanecer. Teve um braço quebrado durante a internação e, como a fratura não recebeu os devidos cuidados, a calcificação óssea enviesada entortou seu braço, deixando a mão bastante deformada. A visão daquele braço bizarro, que causaria arrepios a qualquer um, não afetava Rafael de maneira alguma. Sua aparência era assustadora como um todo: dentes podres e quebrados, sujo, maltrapilho, de cabelo raspado, com o braço deformado e a pele tomada por sarna.

Vimos a saber, através da equipe da casa de saúde e de outros pacientes, que Rafael dependia da ajuda de outros para realizar as ações de autocuidado mais elementares. Se ninguém se movimentava no sentido de lembrar Rafael de que era preciso tomar banho, ele não tomava. Era preciso ainda supervisioná-lo, pois, se assim não fosse feito, não usaria sabão. Nada disso era vivido

por Rafael como uma oposição, como uma vontade contrária a tomar banho. Era nada. Era abulia, ausência total de vontade e, conseqüentemente, de pragmatismo. Segundo os técnicos de enfermagem da casa de saúde, Rafael não dava trabalho para ninguém. Parecia absorto, seguindo como um zumbi o movimento de comer, dormir, subir a rampa e descer a rampa da enfermaria masculina. Sem apetites, sem problema. Conseguimos que um conhecido da família fosse visitar o internado e ele se disse chocado com a mudança tão drástica que tinha presenciado; contou-nos que custou para reconhecer o Rafael ativo e *playboy* naquele farrapo humano que ele tinha encontrado, somente dois anos após a internação.

Da parte da equipe de desinstitucionalização não foi possível chegar sequer a um diagnóstico diferencial entre psicose e neurose no caso de Rafael. Ficou clara a precariedade do quadro, mas não conseguíamos circunscrever de que natureza seria toda essa miséria. Da equipe médica da casa de saúde, Rafael recebia um diagnóstico de demência. Aliás, seria possível diagnosticar quase que a totalidade dos pacientes internados ali como crônicos ou demenciados, atribuindo, assim, esse estado de aniquilação subjetiva, expressa pela proeminência de uma sintomatologia negativa – embotamento, abulia, isolamento etc., a uma evolução natural do quadro, justificando a continuidade da internação.

Isso não estaria de todo errado. Como veremos no quarto capítulo da tese, a emergência do sujeito na psicose se dá forma colapsada ao objeto, ou, nas palavras de Lacan (1967, p. 13), “ele (o psicótico) o tem (o objeto) a sua disposição. [...] digamos que ele tem sua causa no bolso”. Essa aderência do sujeito ao objeto, na psicose, pode se manifestar através de evoluções desfavoráveis, ou seja, com a proeminência dos sintomas negativos. Temos aí um campo problemático que faz com que essa morte do sujeito não se justifique nem exclusivamente à falta de cidadania e à morte social que ela implica, nem ao tratamento *a-ssujeitante* do manicômio. Há, na psicose, uma questão específica relacionada ao campo do sujeito, e ressaltaremos a importância de reconhecer e inscrever esta questão.

Porém, há também que se levar em conta o que oferecemos, em contrapartida, para os sujeitos. Para pensar sobre o prognóstico do quadro clínico, há que se ponderar sobre as possibilidades ofertadas, sobre qual o campo de manejo o paciente vai encontrar para sua manifestação subjetiva. Que o sujeito psicótico não se vincule ao Outro pela via da falta do objeto e que, por conta disso, sua relação com essa instância seja menos mediada e conte com menos anteparos do que a relação neurótica, não implica que não há nada a ser feito por quem o assiste. Mais ainda, não implica que devemos também operar na mesma lógica de supressão do sujeito. As discussões sobre o fato clínico da psicose, e o tratamento que implica, voltarão no quarto e no quinto capítulo desta tese.

Infraestrutura, empresa e família. Todos esses campos apontavam para um projeto de desinstitucionalização denso e árduo. A soma desses elementos aos desafios impostos pela psicose fez dos nossos primeiros dias na casa de saúde um encontro com os efeitos para o campo do sujeito de uma longa permanência num manicômio.

1.7 - Os primeiros "encontros" no manicômio

Se já era intrigante a indiferença de Rafael à nossa presença, outros pacientes se mostravam numa postura claramente defensiva com relação a qualquer tipo de aproximação da nossa equipe. Celina estava sentada no chão, na única parte do pátio onde ainda batia sol - escaldante, por sinal. Estava ali, magra, suada, em solilóquio, com seus grandes olhos verdes arregalados, enquanto cerrava os punhos para quem quer que chegasse a menos de 3 metros de distância. Do que era possível entender de sua fala, ouvia-se as palavras “bandido” e “traficantes”, ameaças de morte, junto a um misto de xingamentos e a reprodução de sons de tiros, bombas e estouros.

Nessa imersão solitária em sua psicose, Celina mal pôde levantar os olhos quando acenei de longe, para, em seguida, voltar o olhar para o nada e continuar a praguejar. Nesse momento, a

equipe da casa de saúde avisou que o almoço estava servido e Celina automaticamente se levantou em direção ao refeitório. Lá, sentou, engoliu tudo o que havia no prato e saiu sem dar ou ouvir qualquer palavra. Voltou para o chão do pátio, com a boca ainda suja de comida, para continuar, durante toda a tarde, sob o sol quente, a dirigir seus improperios a ninguém.

O que seria possível fazer diante de casos tão graves, abandonados por tanto tempo? Se, como veremos, na psicose a questão do sujeito é problemática por este estar colado ao objeto, que efeitos pode trazer uma intervenção que corrobora essa posição, lidando com os pacientes como objeto, agindo rotineiramente de maneira a aniquilar o sujeito, visando um “a-ssujeitamento” dele? Devemos supor que tais pacientes demonstram estar cristalizados nessa posição de objeto, de resto, a tal ponto que só se reconhecem nesse lugar de morte no qual não é possível esperar qualquer manifestação subjetiva? É possível apostar num laço discursivo com pessoas tão fora do discurso?

Roberta veio até nós quando nos viu entrar pela enfermaria. Balbuciava uma massa incompreensível de sons sem modulação ou pausa - como um chiado, do qual não se distinguia uma palavra sequer. Depois de “falar” um pouco, abriu a mão direita e mostrou uma porção de pequenos pedaços de madeira. As farpas me deixaram receosa porque alguns pedaços eram afiados, e outros pequenos o suficiente para que ela os engolisse. Optei por avisar a equipe de enfermagem da casa de saúde sobre os tais pedaços de madeira. A técnica de enfermagem esbravejou: “Ah, Roberta, você arrancou pedaços da porta de novo? Já falei pra parar de fazer isso!...” e tirou as lascas de madeira da mão da paciente, que resistiu a isso o quanto pode. As lascas foram então jogadas no lixo. Tão logo a técnica de enfermagem virou as costas e retornou para o posto de enfermagem, Roberta foi até o lixo e voltou não só com os pedaços da porta que havia arrancado, mas também com papel e guimba de cigarro.

Não havia, nessa casa de saúde, um norte orientador que contemplasse qualquer trabalho singular dos pacientes. Do modo como a instituição concebeu os pacientes e, a partir disso,

estruturou o espaço e os recursos humanos para recebê-los, esse tipo de tratamento simplesmente não era possível. Não havia o interesse e, portanto, a possibilidade de que essa via de acompanhamento pautado por um trabalho de sujeito fosse identificado e recebesse investimento.

Veremos que emergiu por aí uma direção de tratamento que a particularidade derivada da singularidade incomunicável²² de Roberta, tendo sido recebida e acolhida, trouxe como indicação. A questão à qual nos dedicamos, no presente, passa pela experiência de que essa iniciativa teve função especificamente para essa paciente relatada. E isso só pode ser notado porque ela assim sinalizou - insistentemente, poderíamos dizer. E, segundo, porque alguém pode receber dela essa mensagem e apostar nela como fio condutor para um trabalho.

Numa instituição que dispusesse de maiores cuidados com o corpo, talvez essa questão tivesse mais espaço para aparecer e pudesse receber uma atenção mais cuidadosa e contínua. Ainda assim, um trabalho particularizado não estaria garantido. Seria preciso, primeiramente, nele creditar uma relevância, para, então, perseverar e se manter rente a ele.

Contudo, para além de uma ausência de interesse e investimento num trabalho de sujeito, o que testemunhamos nesse campo passa pelo extremo oposto de tal proposta. Não se trata apenas da ausência de uma oferta de espaço, para que algo da ordem de um sujeito apareça e seja tomado como pontapé inicial para um projeto terapêutico individualizado. O modo como essa instituição se estruturou opera no sentido de desmobilizar tudo dessa natureza que porventura venha comparecer. Poderíamos responsabilizar a rotina diária de cuidados, que acabam por tornar o contato com os pacientes algo protocolar e mecânico, sem muito espaço para idiosincrasias. Mas o que presenciamos vai um pouco além.

O que será abordado, no presente trabalho, como um fenômeno do campo do sujeito, é ativamente suprimido nessa instituição²³. Qualquer expressão ou manifestação da ordem do sujeito

²² Expandiremos essa discussão no quinto capítulo, a partir do artigo de Leonel (2015).

²³ Veremos, no decorrer da tese que, guardadas as devidas diferenças, a Reforma Psiquiátrica pode ser uma outra forma de supressão de sujeito.

era violenta e sistematicamente abafada. Toda e qualquer situação que poderia vir a convocar um movimento de sujeito por parte dos pacientes (e também dos profissionais) era excluída da rotina da casa de saúde. Tudo de subjetividade que, por acaso, tinha sido edificado, era diariamente demolido. Novas tentativas de construção eram desestimuladas e até repreendidas. Chegava a ser louvável o esforço de Roberta e de outros pacientes em perseverar nessa construção, apesar das repetidas advertências da equipe da casa de saúde para que não o fizessem.

Dito de outra forma, não é só que a palavra não tivesse espaço nessa casa de saúde, mas, que quando, por acaso, surge, era soterrada. Se a fala não era bem-vinda ali, o que vai emergir? Segundo Jacques Lacan, “o que pode produzir-se numa relação inter-humana são a violência ou a fala” (1957-58, p. 471). Assim, a agressão estaria em posição diametralmente oposta à da fala. Não podemos hesitar em categorizar a referida instituição como um lugar que operava através da violência. Esse manicômio, assim como tantos outros, era depósito dos *mal-ditos*, deserto da palavra, lugar fecundo para muito dos abusos dos quais fomos sendo alertados pelos pacientes.

Porém, desde Freud (1894/1996), estamos informados de que os mecanismos de supressão do que é da ordem do sujeito não são completamente bem-sucedidos e terminam por gerar um retorno disso que foi excluído, sendo este de uma natureza muitas vezes disruptiva. A tentativa de supressão do sujeito nessas instituições gerou num só golpe esses indivíduos apagados e também o retorno contundente disso que foi sendo deixado de fora por décadas. Como modalidade de retorno do que foi suprimido identificamos a queixa dos familiares que culminou com a ordem de fechamento da casa de saúde, os atos auto ou heteroagressivos que eclodem na rotina e também as mortes dos internos. A chegada da equipe de desinstitucionalização implicou que, dali por diante, o retorno não fosse simplesmente ignorado ou rejeitado.

Com o início do trabalho da equipe de desinstitucionalização, diríamos que algo desse panorama monocórdio e aplainado começou a mudar. A nossa oferta de presença, de olhar, de fala e

de escuta estaria, segundo as palavras da equipe técnica da casa de saúde, 're-agudizando os pacientes'. Aqueles que, até então, se comportavam de maneira cordata, resignada, repetitiva, quase sem sintomas, e não protestavam com relação a estar ali, mudaram seu comportamento. Alguns passaram a pedir, o que, nesse contexto, é inevitavelmente pedir demais. Os que não dispunham do recurso da fala agitavam, choravam e gritavam. Outros, que não falavam ou não se lembravam dos seus dados pessoais, passam a retomar essas informações e a nos contar suas histórias. Nesse contexto, como podemos ouvir a mensagem dos técnicos dessa casa de saúde? O que significa “re-agudizar” esses pacientes?

Quando nos dirigimos a estes pacientes, algo silenciado com os anos de internação no manicômio voltou a querer se fazer ouvir. Não atribuímos exclusivamente à medicação o poder de tornar esses pacientes invólucros dóceis e sem muitas vontades. Nossa observação é que nesse manicômio operava uma lógica objetalizante, ou seja, uma direção oposta a um trabalho que dá lugar ao sujeito tal como cunhado pela psicanálise (LACAN, 1960). Na casa de saúde aqui descrita, como em muitas outras em nosso país, é como se ainda estivéssemos vivendo nas Grandes Internações descritas por Foucault (1972)²⁴. São grandes depósitos de pessoas loucas, pretas e pobres que são recolhidas e encarceradas porque a circulação delas pela cidade não convém. São instituições que, apesar de se oferecerem como hospitais psiquiátricos, têm uma rotina pré-pineliana: não há qualquer interesse nos elementos clínicos dos internados e o único traço que ainda remete a uma instituição médica é a presença da medicação. No mais, reclusão, violência e abandono. O modo de operação presente no cotidiano da referida casa de saúde, que visa e implica suprimir o sujeito, faz desta uma instituição manicomial e não um hospital psiquiátrico²⁵.

No início do trabalho, optamos por fazer o que chamávamos de “grupos informativos” assim que entrávamos nas enfermarias. Escolhíamos temas relacionados ao trabalho de desinstitucionalização e propúnhamos uma conversa em grupo sobre eles. Falávamos sobre o nosso

²⁴Tema que será debatido no próximo capítulo.

²⁵Distinção polêmica que sustentaremos ao longo da tese.

trabalho, sobre os CAPS, sobre a rede pública de saúde mental, sobre os dispositivos terapêuticos de moradia, etc. Acreditávamos que essa seria a maneira de fazer ventilar quem nós seríamos e quais os motivos da nossa vinda.

Após os grupos, dirigíamo-nos individualmente para os pacientes, para recolher os efeitos do grupo e poder avançar com cada um nos tópicos levantados durante a atividade e em temas mais pessoais, como, por exemplo, história de vida, entendimento sobre a internação, planos para o futuro.

Dentre as participantes, Ana sempre foi uma senhorinha muito dócil com a nossa equipe. Ao ser indagada sobre seu passado, sua família, sobre a causa da sua internação, respondia somente não se lembrar de nada. Essa impossibilidade de emitir outra resposta sobre si que não fosse “não sei” perdurou por algumas semanas. Em um dos grupos informativos, provocamos as pacientes, pedindo que falassem sobre vida doméstica. As pacientes se aventuraram a falar sobre como era a vida numa casa, sobre os afazeres domésticos e, mais especificamente, sobre cozinhar.

Perguntamos para Ana se ela sabia fazer feijão e ela reproduziu este processo de cocção com a maior riqueza de detalhes: mencionou o uso de folhas de louro durante o cozimento na panela de pressão e sublinhou que o alho deveria ser socado junto com o sal para um bom refogado. Nossa equipe se surpreendeu com essa fala longa e cheia de palavras, até então inéditas. A palavra passou para outra paciente, mas notamos que Ana permaneceu com o olhar imóvel após a sua fala. Em questão de segundos, Ana rompeu num choro extremamente angustiado, acompanhado por olhos arregalados e mãos suplicantes por ajuda. “Meu filho! Eu tenho um filho! Não sei o que fizeram dele! Ai, meu filho!”. Peguei Ana pelas mãos e levei-a para conversar num banco longe do grupo. Ela agarrava as minhas mãos com força e continuava a chorar compulsivamente, repetindo, muito angustiada, que tinha um filho. Era evidente o tom de surpresa na fala dela, como se ela estivesse se reencontrado com esse fato após muitos anos de esquecimento.

Ana, de fato, tem um filho. Conseguimos contatá-lo e, após quatro anos sem comparecer ao hospital, veio visitar a mãe. Contou-nos que, no passado, fora informado pela equipe da casa de saúde que sua mãe não poderia jamais sair dali, e tinha desencorajado visitas. A partir disso, passou a visitá-la nas datas festivas, como aniversário e Natal, e depois deixou de vir. Assim, Ana seguiu internada sem qualquer notícia de sua família, até este novo contato feito pela equipe de desinstitucionalização

Ana não tinha sequer as licenças autorizadas nessa época porque, segundo seu médico assistente, era uma “fujona” e desapareceria. Foi preciso lembrar que essas supostas fugas, se de fato aconteceram, datavam de pelo menos 20 anos e que atualmente precisávamos levar em conta que era uma senhora e com extrema dificuldade de locomoção. O adjetivo não cabia mais.

Cenas como a de Ana, em que um paciente reencontra uma informação sobre si mesmo há muito perdida não foram raras. Com o trabalho ainda no início, pudemos recolher alguns dos efeitos de uma presença que se posicionasse de uma maneira diversa ao tratamento dispensado àqueles pacientes até então. Ao retomar esse funcionamento, aparentemente banal, de falar com eles, oferecer uma escuta e de se dirigir sem que seja para emitir um comando, mas para provocá-los, no sentido de que concordem ou discordem, de que voltem a se exercer nesse movimento de falar de si, tendo alguém para ouvir notamos que muitos pacientes pareceram despertar de um sono profundo que durou décadas.

Ao abrirmos a porta da enfermaria, sempre nos deparávamos com Juliana. Era a paciente mais nova da enfermaria, com 36 anos na época. 16 deles haviam sido vividos como paciente. O motivo de sua internação consta, no prontuário, como sendo abuso de múltiplas drogas e heteroagressividade. Juliana chamava a atenção por ser a paciente aparentemente mais preservada, quando comparada as demais da enfermaria feminina. Era eloquente, orientada e sabia dar suas informações pessoais com riqueza de detalhes. Contava sua história pregressa e dizia precisar de

psicóloga por conta dos traumas sofridos. Havia algo pueril, e até mesmo rudimentar, na sua maneira de relacionar conosco e com as outras pacientes. Quando contrariada, seu comportamento tornava-se instável: mencionava a visão de pessoas já falecidas e parecia extremamente irritada, quase fora de controle. Nesses momentos, agredia, era agredida por quem estivesse ao redor e recebia contenção química, via medicação, e mecânica – as cordas e seus muitos nós.

Com as informações fornecidas pela própria paciente, encontramos a família de Juliana e houve muita comoção. A mãe da paciente não recebia informações da filha há muito tempo e acreditava que estivesse morta. Ao ser contatada por nós, se dirigiu ao hospital para buscá-la. Contamos o CAPS e o CRASS da região e agendamos uma recepção para Juliana, tão logo ela recebesse alta. Ao chegar na casa de saúde, a mãe foi levada para uma sala fechada com o proprietário da clínica, o diretor técnico e a administradora. Contou-nos que foi advertida de que Juliana voltaria a usar drogas assim que saísse do hospital, e que seria mais seguro para todos que permanecesse na instituição e a mãe viesse visitá-la de vez em quando. Não esmoreceu: queria levar a filha dali imediatamente.

Sáimos com a mãe e a filha da casa de saúde e propusemos que fossemos todos almoçar juntos. Juliana repetia, no caminho para o restaurante, uma frase que já nos havia dito durante a internação: “preciso reaprender a usar garfo, faca e copo de vidro”, utensílios indisponíveis para os pacientes na casa de saúde.

Chegando a sua vez de se servir no restaurante, Juliana paralisou em frente ao buffet de almoço. Diante daquela mesa farta em opções, não conseguia dar um passo à frente. A enfermeira da equipe de desinstitucionalização percebeu que algo estava acontecendo e se aproximou dela. Juliana, então, verbalizou seu impasse. Havia passado grande parte de sua vida comendo em pratos prontos, não sabia o que escolher para comer porque não fazia isso havia muito tempo. A enfermeira perguntou sobre o que ela gostava de comer e Juliana respondeu: ‘acho que sou

vegetariana'. E a enfermeira foi ali construindo, com ela, no buffet de almoço, um prato vegetariano segundo a concepção de Juliana.

Os efeitos de ter passado quase metade dos anos de vida numa instituição como essa casa de saúde incidiram sobre esta paciente de uma maneira que a poupou de se pronunciar sobre aspectos mais básicos sobre si. Foi economizada, senão tolhida, de se deparar com a existência de variadas opções, de ponderar sobre essas opções existentes e se lançar sobre as escolhas.

Se Juliana estava privada de se exercer em suas escolhas, dentre elas decidir o que comer, a privação de Silvia parecia ser ainda mais extensa e radical. Tinha 55 anos, dos quais 30 deles internada nessa casa de saúde. Tratava-se de uma assistente social formada em universidade pública, tendo estudado por alguns meses em Nova Iorque, e aposentada como estatutária. Encontramo-la muito emagrecida, sozinha e nas cordas: amarrada no banco em frente à televisão. Questionamos o motivo de sua contenção e estranhamos que esta tivesse sido feita de modo diverso aos protocolos de enfermagem que formalizam esse procedimento (COFEN, 2012). A equipe da casa de saúde respondeu que ela estava contida porque não parava de andar e que, quando andava, caía. As quedas também inviabilizariam, segundo a equipe, o uso do banheiro por Silvia. Então, supostamente para evitar que a paciente se machucasse numa queda, permanecia nas cordas, usando fraldas descartáveis 24 horas por dia.

Para cuidar de Silvia, a resposta era as cordas da contenção mecânica. Quando não estava contida num banco, Silvia era amarrada em sua cama, num quarto escuro, sem janelas, e com a luz sempre apagada. Não era desatada sequer para comer ou usar o banheiro. Uma das pacientes era encarregada de oferecer alimentação para ela, cujos pés e mãos seguiam amarrados mesmo durante as refeições. Silvia levantava a cabeça, enquanto o resto do seu corpo permanecia na cama para conseguir comer. Era uma sobreposição de cenários bizarros.

Diante de uma cena tão grotesca, não conseguimos deixar de intervir imediatamente e de maneira radical sobre ela. Convocamos a enfermeira responsável pela casa de saúde para uma conversa sobre a total inadequação dessa situação, que, inclusive, expunha a paciente ao risco de morte por broncoaspiração do alimento. Ainda que contrariada, a enfermeira fez conosco um acordo de que Silvia não seria mais contida durante as refeições. Desde então, não presenciamos mais essa situação, o que também não garante que nunca mais tenha ocorrido.

Dispusemo-nos a desatar o nós que prendiam Silvia e a andar de braços dados com ela. Ela poderia se apoiar em nós enquanto caminhava, para que, assim, se movimentasse um pouco. A enfermeira autorizou, desde que isso fosse feito “por nossa conta e risco”.

Silvia era refratária a qualquer tipo de conversa, por mais superficial que fosse. Reagia rapidamente às tentativas de puxar assunto com xingamentos, suspicácia e ordem para que saíssemos dali. Nas poucas perguntas que respondia, dizia ser uma atriz da TV. Por vezes xingava a mãe, em outras dizia amá-la muito. Mas logo perguntava o que afinal queríamos dela, xingava e fechava os olhos. Seria preciso pensar uma outra maneira de nos aproximar de Silvia sem que essa presença se tornasse uma exigência maior do que ela era capaz de suportar.

O único assunto capaz de mantê-la numa conversa com mais de um minuto de duração era comida. Silvia queria saber se eu podia trazer comida e falava do que gostava de comer (e beber) antes da internação: estrogonofe, arroz à piamontese, batata palha, lasanha, bife à parmegiana, Coca-Cola e Cinzano. Dizia estar com fome e pedia comida o dia inteiro. Não era à toa. Silvia pesava cerca de 30 quilos na época. Era possível ver com facilidade os ossos dos braços, das pernas e do rosto. As refeições de Silvia eram pastosas porque, segundo a equipe da casa de saúde, ela comia com tanta voracidade que seria capaz de se engasgar com comida sólida. Há anos não mastigava um alimento.

Perguntamos para a equipe da casa de saúde qual o motivo desse emagrecimento e a resposta foi “metabolismo”. Segundo eles, Sílvia era muito acelerada, andava o dia todo e terminava por gastar todas as calorias ingeridas durante as refeições. Mesmo lembrando que, no presente, não se movimentava em momento algum, dada sua contenção, não foi possível fazer a equipe da casa de saúde ver o quão estapafúrdia era a hipótese de que o emagrecimento de Sílvia se devia a um metabolismo acelerado. Perguntamos se seria possível oferecer mais comida à paciente, visto que estava abaixo do peso e se queixava de fome. Responderam-nos de que ela comia a mesma quantidade de comida das demais e que não era possível ofertar nada além. Nada que fosse pensado de maneira particular, a partir de uma demanda singular do caso, encontrava abertura na instituição.

Conseguimos que Sílvia saísse da casa de saúde para uma consulta com um médico clínico, num ambulatório da rede pública, para investigar o emagrecimento. Após alguns exames, Sílvia foi diagnosticada com tuberculose e passou a ser acompanhada pelo pneumologista do serviço. Este nos alertou sobre a importância de que Sílvia completasse o tratamento medicamentoso de 6 meses para se curar da tuberculose, mas ressaltou que ela se alimentar bem também era parte importante do tratamento, na medida em que seu debilitado sistema imunológico precisava ser restabelecido. Para tanto, o ambulatório de pneumologia cedeu alguns suplementos alimentares que deveriam ser tomados entre as refeições.

Conversamos com a administradora e com a enfermeira responsáveis pela casa de saúde, não só sobre a importância de que o tratamento prescrito pelo pneumologista fosse seguido à risca, mas também sobre a urgência de Sílvia se alimentar mais e melhor para que pudesse se recuperar. Eles aceitaram a ideia de administrar corretamente os remédios e os suplementos, mas não alterariam a dieta de Sílvia. Não houve ganho de peso no primeiro mês de tratamento.

Percebemos que Silvia talvez não aguentasse esperar todo o longo processo de retomada do contato com sua família para retorno para casa ou para um dispositivo residencial. Talvez não sobrevivesse até lá. E, além do mais, era impossível pensar numa vinculação ao CAPS com a saúde da paciente tão debilitada. Como conhecer Silvia se passava grande parte do tempo contida e tão tomada pela fome? Nos demos conta de que, nesse caso, era inviável desinstitucionalizá-la com ela ainda internada nessa casa de saúde. Conversamos com outro hospital psiquiátrico da rede pública, que dispõe de um serviço residencial, falando sobre a situação dramática e indicando a transferência da paciente o quanto antes. De lá, seguiríamos com o projeto de desinstitucionalização. O outro hospital foi sensível à nossa demanda e nos ofereceu uma vaga para Silvia. Conversamos sobre isso com o psiquiatra da casa de saúde, que foi contra a transferência. Foi preciso convocar o Ministério Público. Foi emitida uma ordem judicial para que a transferência de Silvia ocorresse em até 48 horas, o que de fato aconteceu, após algumas idas e vindas.

Silvia chegou ao hospital psiquiátrico de destino com muito medo. Estava desconfiada, acuada, perguntando pela mãe e pedindo que fosse levada de volta à casa de saúde anterior. O relato da psiquiatra que a recebeu é de que estava visivelmente apavorada, referindo estar com medo, grudada em seu braço de um lado e no braço do acompanhante terapêutico do serviço residencial do outro. A psiquiatra respondeu-lhe de maneira muito firme que ela poderia confiar nela, prometendo cuidar bem dela. Nesse momento, Silvia olhou para a imagem de Nossa Senhora das Cabeças no hall de entrada do hospital, suspirou, parecendo aliviada, e deu graças a Deus.

Desde a sua chegada no hospital psiquiátrico público, Sílvia não foi contida, não usou fraldas ou ingeriu comida pastosa. A equipe dessa instituição entendeu que andar, ir ao banheiro e comer sem se engasgar era material de trabalho para eles e não algo a ser extirpado da vida da paciente. No lugar das cordas, a equipe do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba decidiu investir no laço, na invenção de um “nós” que a incluísse numa posição outra que não a de objeto. Ao tomar essas dificuldades da vida diária de Silvia como fio da meada para um trabalho e não como

impossibilidade da paciente *a priori*, surgiu a chance para que ela mesma apontasse o que era possível ou não. Com o investimento e a aposta da equipe técnica e dos pacientes moradores do setor, em menos de 3 dias a paciente comia, andava e ia ao banheiro sozinha.

O diretor do hospital psiquiátrico também quis conversar com Silvia, para poder conhecê-la e recepcioná-la na instituição. Após a conversa, foi convidada a voltar quando quisesse ao seu gabinete e, desde então, assim o fez diariamente. Senta-se à mesa da direção, dizendo ser secretária do diretor, e usa o computador por alguns instantes, para digitar alguns de seus dados como nome completo, data de nascimento e seu signo astrológico. Desde a sua entrada, Silvia passou por avaliação nutricional e passou a receber uma dieta específica, com suplementação visando aumento de peso. O ganho ponderal foi visível. O tratamento da tuberculose foi concluído adequadamente. O trabalho de desinstitucionalização teve seguimento nesse hospital psiquiátrico, tendo como desfecho a alta, com encaminhamento para tratamento no CAPS e moradia numa Residência Terapêutica.

Essas vinhetas clínicas servem para ilustrar a aridez do que encontramos dentro desse manicômio. Essa aridez poderia ser explicada por dois vetores principais. Um deles se refere ao empuxo à posição de objeto que encontramos na loucura. Tocaremos nesse assunto no quarto capítulo. Para além disso, essa miséria subjetiva que encontramos nessa casa de saúde também se relaciona com os efeitos da posição dessa instituição junto aos seus internos. Uma posição que os localiza no lugar de objeto. Não é aleatório que essa instituição tenha se configurado de maneira suprimir tudo o que seja do campo do sujeito e a objetalizar os que entram nela. Esse é um projeto consistente e proposital que surge com o mandato social de varrer a loucura para longe dos nossos olhos. Para entender o surgimento dos manicômios, as bases de seu funcionamento, vamos falar do surgimento das casas de internação psiquiátrica no Brasil, fazendo um paralelo com as Grandes Internações na França. Esse é o tema do próximo capítulo.

Capítulo 2

AS GRANDES INTERNAÇÕES NA FRANÇA DE PINEL E NO BRASIL

Pontos de contato e ruptura.

Para entender a existência e a forma lógica dos manicômios no Brasil, será preciso dar um passo atrás e observar que importamos um modelo já em uso na França para depois dar destinos peculiares a ele. Os manicômios – esses grandes depósitos insalubres para os quais os loucos são enviados sem que haja alguma perspectiva de saída, surgiram na França e foram a primeira resposta institucional para a loucura por parte do governo disso que um dia viria a se chamar República Federativa do Brasil. A promoção do Brasil colônia para a capital do império de Portugal trouxe algumas exigências ‘civilizatórias’²⁶ e muitas soluções foram importadas da Europa com o desejo de agradar a corte. Importamos arquitetura, moda, costumes e a iniciativa de encarcerar não só os loucos, mas também os pobres, os dissonantes e os desvalidos. No bojo dessas transformações, nosso país importa da França a internação psiquiátrica. Portanto, começaremos o capítulo circunscrevendo através de Foucault o surgimento das grandes internações na França para entender quais os pontos de contato e as diferenças de percurso nas histórias dessas instituições na França e no Brasil. Devido à sua influência na história da psiquiatria brasileira, vamos tomar como paradigmas a serem analisados a Psicoterapia Institucional francesa e a Psiquiatria Democrática Italiana basagliana.

Em seguida, tomaremos o caso brasileiro das grandes internações, suas vicissitudes, porém ressaltando as peculiaridades desse processo no Brasil. Questões únicas que perpassam nosso país de maneira singular influenciaram, e ainda influenciam, de maneira determinante a história da saúde mental e o que veio a ser a lida com os loucos na nossa sociedade. Questões que podem lançar luz

²⁶ Explicaremos mais adiante o motivo das aspas no termo civilizatório.

não só sobre os motivos dos manicômios terem se instalado no Brasil, mas também o porquê deles, e a lógica que os alimenta, ainda não terem sido extintos.

2.1 – As Grandes Internações na França: reclusão.

No caminho de pesquisar o surgimento dos manicômios na França, Foucault (1972) será nosso guia. De saída é importante considerar que os manicômios franceses herdaram a estrutura dos leprosários. Com a diminuição do número de acometidos pela lepra na Europa, os lugares e ritos que anteriormente eram destinados a ela passam a se endereçar à loucura. São intervenções que nunca tiveram a intenção de suprimir a lepra, mas mantê-la distante (idem, p. 6). Portanto, será preciso nos atermos brevemente sobre de que maneira a cultura entendia e lidava com a lepra e identificarmos quais que traços o manejo com a loucura herdou disso.

A lepra era considerada uma manifestação de Deus, de sua cólera, mais especificamente. Seria um dos meios através do qual Deus puniria os seres humanos pelos males cometidos nesse mundo. O sofrimento trazido pela doença seria um meio do indivíduo purgar seus pecados, portanto, o abandono e a exclusão eram considerados a salvação e a consequente comunhão do pecador agora em processo de redenção.

Com o fim da epidemia de lepra na Europa, o modo de compreendê-la e abordá-la foi importado para a lida com os pobres, com os acometidos pelas doenças venéreas, pelos vagabundos e presidiários. A separação de leprosos em locais distantes das cidades especificamente destinados para eles foi retomada nesses e em outros casos, porém, segundo Foucault, a herdeira legítima da lepra foi a loucura (idem, p. 8). As doenças venéreas muito rapidamente serão reconhecidas como assunto referente à medicina que demandam a formulação de tratamento clínico visando sua cura. Com a loucura, entretanto, veremos adiante que será diferente.

Da diminuição da lepra na Europa até a circunscrição da loucura como algo a ser segregado e excluído passaram-se quase dois séculos (idem, p. 8). Antes que a loucura fosse tomada como evento sobre o qual precisava-se intervir, apartando esses indivíduos dos demais, ela foi concebida de formas diversas que ainda permitiam alguma circulação pelo social. A mais antiga trazida por Foucault era a chamada Nau dos Loucos (idem, p. 9). A *Narrenschiff* consistia num barco que tinha por missão levar os loucos de uma cidade para a outra. Eles eram expulsos das cidades e dispostos nessas embarcações que os levaria para uma outra cidade qualquer. Podia acontecer da cidade para onde o louco foi transportado também expulsá-lo e ele novamente ser levado pela Nau do Loucos. Pode-se perceber o quão errante a vida dessas pessoas podia ser nessas condições, sem que se permitisse que o indivíduo tido como louco pudesse se fixar num território.

Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida (idem, pp. 11-12).

Diferentemente do que veremos nos manicômios, a Nau dos Loucos se ocupa de lançar para fora das cidades a figura do louco, mas não a fixa em lugar algum, não determina qual o destino para essas pessoas. É como se ela se preocupasse em dizer onde o louco não deveria estar, sem apontar qual seria o seu lugar, mantendo-o, dessa maneira, num limbo, num limiar, como se fosse o rio que devesse se encarregar disso. A Nau do Loucos representava o início de uma inquietude relacionada à loucura que surgia no horizonte da cultura europeia no século XV (idem, p. 13). Nesse momento, a loucura seria entendida como um estado de desatino que poderia tomar qualquer indivíduo e o louco desempenhava o papel de crítico social e moral. "Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, ao contrário, lembra a cada um a sua verdade" (idem, p. 14). O louco seria uma espécie de oráculo, um portador de um saber sobre nós mesmos que fascina e amedronta.

Muito embora tivesse esse lugar de oráculo, em momento algum isso significou que o louco alcançou estatuto de cidadão. Birman (1992) é categórico ao afirmar que a perda de direitos do alienado é um mito e que justamente o conceito de cidadania nasce a partir da exclusão da loucura do seu escopo. Acreditamos ser isso que Foucault (1972, p. 107) situa como sendo o reajuste do mundo ético que a loucura ocasiona, isto é, no sentido de expulsá-la:

Portanto, não se trata do não-reconhecimento da condição de cidadania dos enfermos mentais de um simples desvio de rota operando sobre um fundo reconhecido de positividade dos seus legítimos direitos sociais, mas de uma positividade que nunca existiu de fato e de direito, sendo esta atribuição de positividade uma ilusão constitutiva da psiquiatria como saber no nosso imaginário. Enfim, a exclusão social da figura da doença mental da condição de cidadania estabeleceu-se estruturalmente na tradição cultural e histórica do Ocidente quando, num lance decisivo, o campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX (BIRMAN, 1992, p. 73).

No final do século XV o desatino da loucura passa a representar a morte. Foucault observa nas obras literárias da época uma substituição do tema da morte pelo da loucura, mas não acredita se tratar aí de uma ruptura, mas de uma transformação da mesma inquietude de outrora. O desatino da loucura, o seu riso, é a anunciação da morte, é o presságio do macabro. É a invasão da loucura que indica que o fim do mundo está próximo.

Agora, os elementos inverteram-se. Não é mais o fim dos tempos e do mundo que mostrará retrospectivamente que os homens eram uns loucos por não se preocuparem com isso; é a ascensão da loucura, sua surda invasão, que indica que o mundo está próximo de sua derradeira catástrofe (FOUCAULT, 1972, p. 17)

É tempo no qual a loucura exerce um certo fascínio sobre o homem. Fascínio que é retratado em obras literárias e nas artes plásticas da época. Nelas, a constante presença da alusão ao que há de animalesco e bestial do homem, não mais como algo distante, mas como algo que lhe é próprio, como uma verdade que costuma permanecer oculta. Atribui-se ao louco o saber sobre essa verdade do homem.

Este saber, tão inacessível e temível, o Louco o detém em sua parvoíce inocente. Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias - e por isso mesmo mais inquietantes -, o Louco o carrega inteiro em

uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia a seus olhos está cheia de um saber invisível (idem, p. 21)

A loucura não estaria ligada ao subterrâneo do mundo, mas essencialmente ao homem, suas fraquezas, seus sonhos e ilusões, “ela é um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo” (idem, p. 24). A concepção da loucura no século XV desemboca num aspecto moral que a aproxima do erro, do defeito, da irregularidade de conduta que caracteriza a relação com a loucura no século XVI .

No século XVI teríamos o germen da contraposição entre loucura e razão. O que surge como desdobramento da loucura imanente à razão seria uma "loucura louca" (idem, p. 36), a loucura como uma recusa à razão, como ilusão. Assim nasce a experiência clássica da loucura. Um século após a Nau do Loucos, surge o tema literário do Hospital do Loucos (idem, p. 42), porém ainda numa configuração que permitia lançar sobre o louco um olhar complacente. Ainda se permitiria manter a loucura como voz presente no discurso sobre a humanidade. “Esse mundo do começo do século XVII é estranhamente hospitaleiro para com a loucura (...). Mas novas exigências estão surgindo” (idem, p. 44).

Até aqui, vemos que Foucault (1972) faz uma apreciação sobre algumas maneiras de conceber a loucura na antiguidade, nas quais ela é tomada como uma experiência próximo ao divino. O louco era um personagem errante, que funcionava como uma espécie de elo do nosso mundo com os demais: outros reinos, outras cidades e, até mesmo, os submundos que nos habitam e também outros mundos transcendentais. O louco tinha essa função social, e sua palavra circulava pela cultura, mesmo que de um lugar enigmático e temido.

“A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força” (idem, p. 45). Diferentemente dos períodos que a antecederam, a era clássica se dirigiu à loucura no sentido de fazê-la calar. Foucault localiza a filosofia cartesiana como sendo um ponto seminal para

essa nova tomada de posição. Se até o século XVII permanecia a dúvida, a incerteza diante do pensamento, afinal, poder-se-ia, por exemplo, estar sonhando; com Descartes alcança-se uma certeza. Essa certeza ergue a oposição entre os registros da razão e da desrazão e a loucura seria, obviamente, inscrita nesse segundo campo (BIRMAN & HOFFMAN, 2017).

Essa linha de pensamento fixa o humano como racional. O exercício da razão proposto por Descartes taxa a loucura como irracional, despoja a figura do louco da possibilidade de enunciar a sua verdade via loucura, banindo a loucura do campo da verdade. A partir desse ponto a loucura é colocada numa zona de exclusão na qual permanecerá. Loucura, desde então, será tomada como insensatez, com um falso pensamento.

Como poderia eu negar que estas mãos e este corpo são meus, a menos que me compare com alguns insanos, cujo cérebro é tão perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bilis, que eles asseguram constantemente serem reis quando na verdade são muito pobres, que estão vestidos de ouro e púrpura quando estão completamente nus, que imaginam serem bilhas ou ter um corpo de vidro? (DESCARTES apud FOUCAULT, 1972, p. 45)

Se antes toda uma população de doentes venéreos, devassos, dissipadores, libertinos, blasfemadores, alquimistas era rejeitada socialmente e enviada para um limiar, um lugar nenhum que as águas dos rios representavam, agora um espaço se abre e se delimita abrindo também o caminho para uma série de saber sobre a loucura. Se a experiência humana se define por ser racional, o louco nos ofende justamente nisso que nos constituiria. Não se trata mais de deixar de lado a loucura, de varrê-la para debaixo do tapete, mas, também, dominá-la, apossar-se dela. A desautorização da experiência de louco como sujeito tem início nessa passagem da loucura para a alienação. Desde então, ele passa a ser encarado como objeto. A loucura sofre, então, uma destituição do valor de sua palavra e se torna objeto do discurso moral e também, num futuro próximo, do discurso jurídico e do discurso médico. Nesse contexto, nascem as chamadas Grandes Interações.

O gesto filosófico inaugural de Descartes que institui a certeza na razão é contemporâneo à constituição do Hospital Geral de Paris (BIRMAN & HOFFMAN, 2017). Será sob o signo da ausência de razão, de alienação diante do verdadeiro do mundo, que a loucura passará a ser assinalada como situação a ser encarcerada nas casas de internamento que antes serviam como leprosários (FOUCAULT, 1972, p. 48). No século XVII mais casas de internação foram erguidas por toda França. Inicialmente, esses locais eram o destino de uma população de perfil difuso, mas, como veremos mais adiante, eles passam não só a ser um lugar que se pretende atender aos loucos de maneira mais específica, como também passar a ser considerado o destino natural dessa parcela da população.

Foucault toma como referência para o nascimento das casas de internação a fundação em Paris do Hospital Geral em 1656. Sua função era recolher e alojar aqueles que demandassem internação espontaneamente, mas também aqueles cuja internação teria sido ordenada por autoridade real ou judiciária (FOUCAULT, 1972, p. 49). Para os que também se mostravam necessitados dessa instituição, mas não se encaminhavam por vontade própria para a internação e nem eram enviados para este local por terceiros, cabia aos diretores nomeados a tarefa de exercerem seus poderes para além dos muros do hospital, promovendo uma espécie de busca ativa por internos na cidade.

Ao contrário do que se tenderia pensar, o Hospital Geral não era um estabelecimento médico (idem, p. 50). O Hospital Geral de Paris era um conglomerado de várias instituições que contava somente com um médico para visitar cada uma das casas duas vezes por semana. Os cuidados médicos se restringiam às intercorrências clínicas que porventura se apresentassem ali. Não havia a intenção de se curar doenças ali, não havia uma rotina de cuidados. Voltaremos a esse ponto mais adiante, mas, por ora, devemos acompanhar Foucault quando ele diz que as casas de internamento nasceram como uma instância da ordem e não da saúde (idem, p. 50).

As novas casas de internação muitas vezes eram erguidas dentro dos muros dos antigos leprosários que estavam vazios após a queda do número de pessoas afetadas pela doença. Porém, a loucura não herda da lepra somente a estrutura física. Toda a lógica do aprisionamento que alicerçava a exclusão dos leprosos será transmitida para a loucura. Essa era uma lógica multifatorial com raízes políticas, sociais, econômicas, religiosas e morais. Nessas instituições encontram-se justapostos os "(...) velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos de hospitalidade, a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir, o dever da caridade e a vontade de punir" (idem, p. 53).

As diversas maneiras de conceber e lidar com a loucura que pudemos sublinhar desde o século XV participam inevitavelmente da paulatina construção da imagem e do sentido da figura do louco tal como ela existe nos dias de hoje (idem, p. 29). Por isso, a importância de uma análise sobre a questão do tratamento da loucura que leve em conta essas marcas históricas que a loucura carrega.

Foucault traz dados curiosos sobre os primeiros anos após a criação do internamento para a loucura. Poucos anos após a sua fundação, o Hospital Geral de Paris contava com 6000 internos, o que na época representava 1% da população da cidade. A enxurrada de pessoas internadas num espaço tão curto de tempo denota uma repentina sensibilidade social dirigida a povoar os espaços vazios deixados pela lepra. Mas, é preciso notar que essa sensibilidade social não só promoveu a internação de uma população de perfil totalmente confuso e mesclado, como também fixou as casas de internação como a nova pátria da loucura (idem, p. 53).

Esse gesto de delimitar na internação o único espaço possível para a loucura também reorienta a reação do social diante de questões como o desemprego, a ociosidade e toda forma de miséria. "A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético - de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano. (...) A Renascença despojou a miséria de sua positividade mística" (idem, p. 56). Se a lepra pode ser

remetida à vontade de Deus, uma ferramenta da cólera divina, agora a loucura não vai ter relação alguma com os desígnios de Deus, ou seja, ela se encontra "dessacralizada" no século XVII (idem, p. 63). Ao se retirar a presença de qualquer divindade da loucura, ela passa a ser encarada apenas pelo prisma da moral. Ela representa somente caos, um obstáculo à ordem almejada nas cidades. Trata-se, portanto, não mais de reconhecer ali um caminho para purificação e trabalhar para aliviá-lo, mas simplesmente eliminar sua existência.

Se o louco parecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um 'problema de polícia', referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ela era acolhida porque vinha de outro lugar, agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis e os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. [...] Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados (idem, p. 63)

Foucault considera o internamento como uma das respostas dadas pelo século XVII para a crise econômica que afetava o mundo ocidental nesse período (idem, p. 66). Diante do aumento do desemprego, as casas de internamento teriam a função de limpar as ruas da mendicância e da ociosidade (idem, p. 64). Fora da crise econômica, esses locais adquiriam outro sentido: tornar útil os ociosos. Se, antes, os sem trabalho eram presos, agora os que estavam presos nesses locais passariam a trabalhar lá dentro. A rotina de muitas das casas de internamento em toda Europa incluía o trabalho. Talvez por conta disso, as primeiras casas de internamento tenham surgido primeiro nas regiões mais industrializadas do continente.

O trabalho nos asilos pode ser considerado uma das poucas linhas divisórias entre essas instituições e a exclusão dos leprosos. No segundo, não havia essa exigência econômica e moral do trabalho. Toda a prática da exclusão vista nos leprosários é retomada nas casas de internamento, porém agora sob a lógica da produção e do comércio (idem, p. 72).

Assim, sob o estigma de inútil socialmente, os loucos passam a ser destinados para as casas de internação. Se até a Renascença a loucura era entendida socialmente como um fenômeno ligado a algo transcendente, a partir do século XVI ela passa a ser percebida, juntamente com uma massa heterogênea de personagens sociais como os miseráveis, vagabundos e desempregados; através de um julgamento social que lhe imprime a marca condenável da ociosidade (idem, p. 73). O Hospital Geral tem, portanto, esse estatuto, essa missão de corrigir uma falha moral que é a ociosidade, estando, desse modo, mais perto da polícia do que do médico (idem, p. 77).

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. [...] Na história do desatino ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (idem, p. 78).

O internamento se configurou durante o século XVII como um mecanismo social responsável pela eliminação dos "a-sociais" (idem, p. 79). Encontram-se nesse grupo heterogêneo que passou a ter a casa de internação como sua pátria o libertino, a prostituta, o lascivo, o enfermo, os venéreos, o debochado e o insano. Dessa mistura de situações tão diferentes umas das outras, o internamento compôs uma massa uniforme do desatino. Isso seria um reflexo de reordenamento do mundo ético da época, com novas definições de bem e mal. As casas de internações seriam fruto desse intenso trabalho de reorganização social ocorrida no fim do século XVI e no século XVII, começando a abrigar e conter aquilo que passou a ser considerado malquisto. Notemos que, percebida a loucura, ela é rapidamente investida no sentido de fazê-la sumir. Ela, que perambulou pelas cidades, agora tem um domínio a partir do qual “em cada uma das personagens em que ela se materializa, exorcizá-la de vez através de uma medida de ordem e precaução de polícia” (idem, p. 104). Um domínio marcado pelo sequestro e coerção.

Todavia, as casas de internação não obtiveram sucesso em aplacar totalmente o medo que se criou em torno da figura do louco. No século XVIII, surge um temor que, segundo Foucault (1972, p. 353), é animado por um mito moral. Temia-se que um mal difuso e abstrato, atribuído por vezes à

lepra, por vezes à vapores contaminados, extrapolasse as grandes casas de internação e se alastrasse pelas cidades.

Será no fim do século XVIII que uma tênue distinção entre loucura e miséria vai ganhar vulto e justificar a abertura de um grande número de casas destinadas a receber exclusivamente os loucos. Nesse período, surgem iniciativas de corrigir a loucura através da coação. São intervenções que tentam, no mesmo movimento, punir a expressão da loucura e impedir que ela volte a aparecer. É interessante notar que esse projeto de hospital exclusivamente para insanos precedeu todo o esforço teórico para definir a loucura como doença e constituir o conjunto de intervenções médicas que lhe cabem. Mesmo após se especializar na internação dos loucos, inicialmente essas casas se mantêm como instituições fora do escopo da medicina.

2.2 – O Alienismo francês: o nascimento da clínica

Foi no final do século XVIII e início do século XIX que o discurso médico tomou o campo da loucura para si. Temos nesse movimento, que se chamou alienismo, a figura de Philippe Pinel como fundador. Este empreendeu uma observação controlada e continuada dos doentes no intuito de estabelecer relações entre semiologia e diagnóstica, isto é, recolher os diferentes tipos de sinais apresentados pelos pacientes e agrupá-los de acordo com a semelhança do quadro apresentado como um todo. Nesta nova maneira de se colocar diante do louco, o olhar ocupa posição central (FOUCAULT, 1980)²⁷.

Clinicar é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre esse corpo determinado olhar e derivar desse olhar um conjunto de operações (DUNKER, 2021, p. 331)

²⁷ Não podemos encontrar na clínica de Pinel algo do campo da escuta: ela ainda se restringe ao olhar. O que é obtido a partir da fala do paciente ou de seus familiares possui valor secundário e suspeito, devendo ser submetido à filtragem do olhar do clínico mediante os exames, as auscultações etc. O clínico pode até ouvir o paciente, mas não o escuta. Quem autentica a veracidade do que foi ouvido, no fim das contas, é o clínico (DUNKER, 2021).

Temos no alienismo a passagem da loucura da condição de problema moral para uma questão da medicina.

O francês Philippe Pinel (1745-1826) destaca-se como o fundador da psiquiatria moderna, não apenas pela sua obra de reformador dos hospícios, mas, sobretudo, por fundar uma tradição, a da Clínica, como orientação consciente e sistemática, ao introduzir a fundamental diferenciação metodológica entre a observação dos fenômenos e a tentativa de explicá-los, usando os princípios da história natural (RAIMUNDO & DALGALARRONDO, 2004, p. 135).

Pinel observou, catalogou e agrupou os pacientes segundo sua interpretação das subespécies de loucura apresentada por eles. Essa separação se estendeu ao tratamento, logo cada subgrupo receberia um tipo diferente de abordagem. Tudo que havia sido feito com relação aos loucos até então pode ser considerado anterior ao nascimento da clínica. Eram ações exclusivamente do campo da ordem, da moral ou da caridade, sendo todas elas desprovidas de uma orientação em balizas clínicas tais como Pinel inaugurou. Vale a pena ressaltar, tal como fez Foucault (1980), que essa investida do saber médico sobre a loucura aconteceu como resposta a várias demandas cujas raízes são jurídicas, morais e religiosas (DUNKER, 2021). Isso significa que a ordem e a moral²⁸ se mantiveram presentes no modo pineliano de tratar a loucura, ganhando, no entanto, uma outra fundamentação – a ciência médica, e uma nova roupagem – o tratamento de uma doença.

A psiquiatria nasce para legitimar, através do discurso médico, a continuidade da segregação da loucura. Veremos que tais balizas clínicas não evitaram que a abordagem à loucura ainda portasse características violentas, disciplinares e segregantes. Estamos ressaltando que o surgimento da clínica com Pinel acrescentou a esse panorama a pesquisa dos elementos psicopatológicos por acreditarmos que essa novidade – a clínica, se não mudou totalmente a realidade do tratamento dispensado aos alienados, ao menos introduziu mudanças que, com o passar do tempo, mostraram-se fundamentais.

²⁸ Moral e ordem que extrapolam as paredes dos manicômios e passam a ditar o funcionamento das cidades e de outras instituições como as fábricas, as prisões e as escolas. A prescrição de Pinel do que seria o modelo de homem saudável passou a ser utilizada como norma e a pautar o cotidiano nesses ambientes.

O tratamento moral, através do qual o médico entrava no sistema delirante ali constituído, incluía uma retomada reflexiva da alienação com o objetivo de promover uma experiência de liberdade. Freitas (2004), em *A História da Psiquiatria não contada por Foucault*, defende que é preciso retomar a ambiguidade da palavra “moral” no discurso do nascimento da psiquiatria, salientando que o termo remete aos costumes e condutas admitidas numa época, numa sociedade determinada, mas também ao estudo filosófico do bem e do mal que aproxima a moral do sentimento, em oposição à lógica e ao intelectual. Nessa segunda perspectiva, um tratamento moral estaria relacionado às abordagens do psiquismo, diferentemente das teorias organicistas sobre a loucura

Inspirado pelos valores da Revolução Francesa e do ideal de homem capaz do bom uso da razão, o alienismo tentava curar a loucura pela proposição de experiências de reconhecimento da racionalidade do delírio e das razões do delirante (DUNKER, 2015). Birman e Hoffman (2017) situam o tratamento moral como uma espécie de adestramento para o bom uso da liberdade. Segundo eles, no tratamento moral os alienados deveriam aprender pela força e, até mesmo pela violência se necessário, o “bom uso da liberdade” para se inscreverem como cidadãos.

É possível notar que a força objetualizante dos manicômios está embutida no tratamento proposto por Pinel. Vê-se que ele não propõe uma vida mais digna para os que permaneceram internados e muito menos defende uma inclusão da loucura no liame social. O que nos interessa nessa tomada de posição de Pinel é a pesquisa clínica que ele empreendeu em direção à loucura, é a sua obstinação em encontrar ali uma lógica, uma razão. Isso parece distanciar Pinel de Descartes.

Segundo Freitas (2004), há um elemento importante na teorização de Pinel sobre a loucura que, teria sido negligenciado pela *História da Loucura* de Foucault. O autor traz documentos da época para fundamentar o argumento de que Pinel não justapõe loucura e perda da razão. Tanto que

o alienista trabalha com a hipótese de resistir na loucura uma reserva subjetiva²⁹ como um ponto de

²⁹ Veremos que não é essa noção de sujeito como o que resiste aos avanços da psicose que a psicanálise traz. No momento estas considerações nos interessam na medida em que as inovações de Pinel colaboram para uma aposta na

resistência da razão e propõe que, contando com essa reserva, é possível dialogar com o insensato. Assim, mais do que corroborar a exclusão do louco, as descobertas de Pinel seriam uma ponte para acessar a loucura: a clínica.

O movimento de Pinel confere uma outra justificativa à internação. De procedimento de recolhimento e controle do perigo que a loucura representava, ela passa a ser um dispositivo de tratamento por isolamento (DUNKER, 2015). Ainda assim, a saída dos grandes hospitais como finalidade do tratamento médico faz a noção de liberdade, ainda que domesticada, circular. A cena mítica de Philippe Pinel desacorrentando os loucos provavelmente se refere mais à sua posição diante da experiência da loucura do que a uma quebra das correntes propriamente dita, uma posição que privilegiava uma experiência de libertação (DUNKER, 2017). Se com o advento do Hospital Geral os loucos perderam irreversivelmente a sua liberdade deixando de ser “homens livres” (LACAN, 1967), Pinel entrou para o imaginário popular como aquele que abria os portões dessas instituições, mesmo que o corredor para alcançá-los fosse bastante estreito (BIRMAN & HOFFMAN, 2017).

Antecipemos um pouco a discussão sobre as peculiaridades brasileiras no campo da loucura e da saúde mental para destacar que o Brasil não teve o seu Pinel (DUNKER, 2015, p. 116). Não temos em nossa história esse ato mítico de libertação dos loucos. A psiquiatria brasileira nasce com os psiquiatras e não os alienistas permanecendo assim desconectada do ideário alienista, mesmo que mítico, de libertação da loucura. “Esse discurso sobre a experiência de liberdade e de perda da liberdade, contida no sofrimento e na loucura, que dá origem ao mito de Pinel libertando os loucos acorrentados, declarando-os cidadãos, não tem equivalente nacional” (idem, p. 121). Não tivemos uma autoridade no assunto que defenda a existência de uma lógica, de uma reserva de sujeito na loucura e, mais ainda, do imperativo de dar voz a esse resto como única via de compreensão e tratamento da loucura.

Os efeitos dessa lacuna são visíveis em nossa cultura. Se o processo de desenvolver uma abordagem civilizada aos loucos nasce em Pinel como tendo a marca de uma minuciosa investigação clínica e de uma experiência de liberdade, o que surge como marca civilizatória no Brasil são as grandes internações. Dito de outra forma, se a França tem como um dos seus marcos civilizatórios um ato de interrogação sobre a loucura e uma tentativa de tratar isso, no Brasil ainda vice-reino de Portugal pretendeu-se fazer nascer a civilização limpando a cidade através da internação em manicômios. São movimentos quase que opostos. Se a quebra das correntes por Pinel encarna um certo imaginário de como uma civilização moderna francesa deveria tratar os loucos, o Brasil tenta se constituir como moderno justamente acorrentando os loucos. Como observam Dunker e Kyrillos Neto (2015, p. 30) “no Brasil os parques asilares foram majoritariamente planejados no espírito de higienização e auto-colonização próprio de nossa modernidade”. Voltaremos a essa discussão no capítulo a seguir.

Havia uma indignação nascente no início do século XIX com relação ao encarceramento e à tortura dos alienados (FOUCAULT, 1972). Surgiu aí uma discussão que colocava em paralelo os alienados e os criminosos, fazendo notar que os primeiros recebiam um tratamento muito pior. Os protestos foram se encaminhando para uma distinção entre loucos e prisioneiros, tanto sublinhando a inocência dos alienados quanto afirmando a necessidade de uma reforma no tratamento que lhes era dispensado. Mas, ao contrário do que essa indignação sinalizava, Foucault, afirma que “a presença dos loucos entre os prisioneiros não é o limite escandaloso do internamento, mas sua verdade; não o abuso, porém sua essência” (FOUCAULT, 1972, p. 397). Os loucos são a verdade brutal do encarceramento. Eles estão mais solidamente atados ao internamento do que aqueles que cometem crimes. Se havia no horizonte dos correccionários a liberdade, da mesma forma que para os miseráveis havia a perspectiva de retorno à família, para os loucos a previsão era de que permanecessem confinados indefinidamente. É o alienado, e não o condenado, o símbolo do internamento e do poder que o fundamenta.

Com a ocupação das casas de internação pelo saber médico na França foi se constituindo um fazer com a loucura, justificando práticas a partir de um embrião de ciência. Isso não significou de pronto que as instituições psiquiátricas tivessem o formato que conhecemos hoje. Foi preciso passar por muitos movimentos de questionamento dessa instituição para que o hospital pudesse tornar-se efetivamente, um hospital, um agente de saúde mental, e não apenas um instrumento de higienização social. A psicoterapia institucional foi um expoente importante para o que veio a ser essa transformação do hospital psiquiátrico na França e depois em outros países.

2.3 – A psicoterapia institucional francesa e a transformação do hospital psiquiátrico

Nos anos 60 o debate sobre a assistência às pessoas que sofrem transtornos mentais ganhou grande repercussão internacional. Uma contestação generalizada dirigida à maneira como entendemos e abordamos a loucura brotou em países da Europa e se espalhou até chegar no continente americano. Esse movimento de questionamento das antigas práticas em saúde mental e a proposição de um novo modelo foi nomeado como Reforma Psiquiátrica³⁰. As reformas inglesa, norte-americana e francesa foram as primeiras a engrenar e muitos países passaram a seguir os pressupostos destes precursores, dando início às suas próprias reformas em saúde mental.

Como tomamos o paradigma francês para aproximar e contrapor ao brasileiro, daremos sequência a essa empreitada acompanhando o processo de Reforma Psiquiátrica tal como ele ocorreu na França. O movimento que embalou a Reforma na França foi a Psicoterapia Institucional – vertente assim denominada por Daumezón, que se referia ao curso de mudanças da psiquiatria francesa do pós-guerra. As situações de confinamento da guerra e o senso de solidariedade entre os membros da Resistência Francesa e os trabalhadores e pacientes dos hospitais psiquiátricos, provocaram um questionamento do isolamento, das relações hierárquicas e da violência dirigida aos loucos nos manicômios. No Hospital Psiquiátrico de Saint-Albain, tem início uma mudança que

30 Ainda nesta tese voltaremos a dar mais atenção ao que foi e ainda é o movimento de Reforma Psiquiátrica.

propõe a humanização e a desmedicalização da assistência psiquiátrica, tomando como uma de suas bases a construção coletiva da rotina desse hospital situado na região central da França (PASSOS, 2009).

Porém, o movimento francês de reforma, e todos os que dela derivaram de uma maneira geral, guardavam uma conexão com o hospital psiquiátrico na qual a manutenção de sua existência era não só possível, como também necessária. A Reforma Psiquiátrica nesses países entendia que as instituições já existentes passariam por reparos, por reformulações em sua a lida com o louco. Todavia, não só essas instituições precisariam continuar a existir para receber questões relacionadas à loucura, como o hospital permaneceria como lugar para receber a loucura em seus momentos de crise. A internação se mantém como reposta para a urgência e a gravidade. A Psicoterapia Institucional deixa clara a sua posição pela defesa da manutenção de um espaço especial de acolhimento e convívio intra-institucional para pessoas com transtorno mental. Tal posição se justifica porque a Psicoterapia Institucional entende que os grupos humanos contam com a exclusão da loucura em sua constituição. Diante disso, é importante a existência de um espaço terapêutico intermediário a partir do qual outros lugares e encontros no social sejam possibilitados ou demandados (PASSOS, 2012).

Desviat (2016) aponta como um dos problemas da reforma psiquiátrica alguns elementos pertinentes que podem ser aplicados à atualidade da psiquiatria francesa³¹: a medicalização do sofrimento e a formação de profissionais voltados para o modelo organicista. Esses elementos trazem como consequências para a assistência prestada na França atualmente a pulverização do diagnóstico psiquiátrico e a medicalização da vida – ou seja, tratamento medicamentoso mesmo para pequenos sofrimentos psíquicos, transtornos neuróticos leves e situações de luto.

A judicialização das decisões médicas também é uma questão muito premente nas instituições psiquiátricas francesas na atualidade. Indicações de internação compulsória feitas por instâncias jurídicas, sem que haja uma avaliação, muito menos a concordância do psiquiatra são

³¹ Contexto ao qual foi possível ter acesso através das atividades acadêmicas desenvolvidas durante o PDSE em Paris, mais especificamente à Formação em Clínica Psiquiátrica do Hôpital Henri Ey, coordenada pelo professor Hoffman.

cada vez mais comuns. Tal situação aumenta ainda mais de frequência em casos de uso abusivo de substâncias psicoativas.

É como se na França, o poder atribuído ao discurso da clínica extrapolasse e se tornasse justificativa para o controle, via medicação ou internação. No Brasil é diferente. Quem trabalha nos serviços de saúde mental pode observar que, em grande escala, a medicalização da vida é um problema que concerne mais a classe média e os transtornos neuróticos. No Brasil, quem é maluco e pobre não padece principalmente dos excessos do discurso médico ou jurídico, mas sim dos efeitos de uma constituição social que, como veremos, se cristalizou num movimento de segregar e até mesmo eliminar essa parcela da população.

2.4 – As grandes internações no Brasil: a colonização da psicose

É possível estabelecer muitos paralelos entre o nascimento dos manicômios na França com o mesmo evento no Brasil. Para isso, precisamos remontar ao período do Brasil colonial para notar que também aqui essas instituições também têm suas raízes nos leprosários. Antes da chegada da corte havia os leprosários na colônia. Eles se encarregavam de isolar os leprosos, visto que a ideia de simplesmente expulsá-los das vilas e demais povoações não era tida como melhor solução por não eliminar o perigo de contágio, mantendo aberta a possibilidade de eles disseminarem a doença pelo interior. Os leprosários no Brasil colônia eram lugares nos quais os doentes recebiam um abrigo, nos quais eles se mantinham longe da cidade e do convívio com o restante da população. Nesses lugares não havia a figura do médico nem na concepção, nem na assistência e quem realizava os cuidados eram religiosos e escravas condenadas por terem cometido algum crime (FOUCAULT, 1972).

Em 1808, temos a chegada da corte portuguesa trazendo consigo mudanças radicais para os aspectos urbanos e culturais do Rio de Janeiro e, por extensão, de toda a colônia. O Rio de 1808 era uma cidade com poucas ruas, crescendo desordenadamente. Os anos de exploração pelo império português se refletiam na insalubridade da vida na cidade: não havia saneamento, a falta de higiene era total, e a população era praticamente toda analfabeta. Quadros como diarreias, disenterias, verminoses, sarna, bichos de pé, bernês, piolhos eram comuns. Doenças epidêmicas e contagiosas, como peste, varíola, malária e febre amarela circulavam pela cidade (PINTO & SOUZA, 2008).

A aparência da cidade do Rio de Janeiro não agradou muito aos portugueses que chegavam e uma reforma profundamente influenciada pelos costumes europeus começou a ser empreendida. Esse incremento da infraestrutura urbanística básica da cidade tinha a intenção de tornar melhor a vida da monarquia e de toda a elite branca que frequentava a corte. Foram construídos chafarizes, praças, pontes; abriram ruas e estradas. Para isso, a corte desalojou moradores e demoliu casas. Essas e muitas outras benfeitorias eram realizadas com a contribuição financeira de alguns habitantes mais abastados da cidade que, em troca, recebiam alguns benefícios materiais, como, por exemplo, terrenos, e títulos de nobreza (HOLANDA, 2006).

A chegada da corte portuguesa poderia parecer um marco civilizatório para a cidade do Rio de Janeiro, mas, pelos efeitos que se seguem, optaremos por conceber toda essa movimentação como uma continuidade da colonização. Assim fazemos porque essa empreitada não incluiu ou respeitou aqueles que já moravam na cidade e não levou em conta características locais. A corte chegou, demoliu o que aqui estava e construiu seu lar em cima, algo típico dos conquistadores.

Tal como é possível encontrar templos politeístas soterrados pela igreja católica em Atenas e em outras cidades da Europa, os portugueses chegaram aqui para impor um certo modo de vida, adaptando a cidade às suas demandas. Veremos que, muito embora teimemos nomear esse processo de civilização, o nome mais adequado seria colonização. Civilizar implicaria dizer que não havia civilização prévia, o que não condiz com a realidade³². Colonizador aqui tem o sentido de que

32 Voltaremos a essa discussão ao longo da tese.

diante do outro, do estranho/estrangeiro, a investida se dá com o objetivo, não de conhecer, de estabelecer um circuito de trocas, mas de ser vitorioso ali. Entraremos nessa discussão num outro momento deste capítulo.

Voltando a 1808, não é de surpreender que a chegada da corte portuguesa no Rio de Janeiro também tenha tornado urgente a criação da Intendência de Polícia, cuja missão seria zelar pela segurança e policiamento da cidade. A presença maciça dos escravos e dos homens livres pobres na cidade aterrorizava a população branca e proprietária de bens na cidade. Cabia à Intendência da Polícia manter a parte majoritariamente preta e totalmente pobre da população sob controle e zelar pela segurança desses que já eram chamados de “branquinhos do reino” (MACHADO et al., 1978).

Essa tensão entre os pretos/pobres e os ricos na cidade do Rio de Janeiro era uma pequena amostra de um problema que se alastrava por toda a colônia. Os rumores da insurreição de escravos no Haiti em 1794 e a Revolta (ou levante) dos Malês (escravos negros muçulmanos) em Salvador em 1835 traziam para a elite branca – uma minoria numérica - um sentimento de insegurança social. Havia uma preocupação constante de que ocorresse uma insurreição de escravos, segundo os moldes dessas e outras revoltas, também no Rio – visto que os negros eram a grande maioria da população. Tínhamos também centenas de negros fugidos das fazendas da região formando quilombos nas matas da Serra da Carioca. O medo dos pretos, dos pobres e dos que eram diferentes fazia com que a elite branca da cidade exigisse alguma medida ainda maior de contenção.

Nesse contexto, a presença dos pobres, dos loucos e dos desvalidos nas ruas passa a destoar da cidade que se pretendia oferecer para a corte portuguesa e esse grupo de pessoas que antes circulava à sua maneira passa então a ser recolhido na Santa Casa da Misericórdia. Lembremos que não havia até então uma faculdade de medicina no Brasil, pois não era permitida a criação de universidade nas colônias. Quase todos os médicos no então Vice-Reino eram portugueses funcionários da administração trazidos pela coroa (MACHADO et al., 1978). Talvez por isso o serviço nas Casas de Misericórdia se resumia a uma atividade assistencial promovida por ordens

religiosas e destinada sobretudo aos doentes pobres. Vê-se que tais estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres surgiram bem antes da psiquiatria nacional constituir-se como uma disciplina médica delimitada (RAIMUNDO & DALGALARRONDO, 2004, p. 130).

Tal como as grandes internações na França cem anos antes, a Santa Casa da Misericórdia recolhe e empilha internos sem muito critério. “Não esquadrihado pelo saber médico, amontoa doentes portadores das mais diferentes moléstias” (MACHADO et al., 1978, p. 285) e, dentre eles, encontramos os loucos. Entrar nas Casas de Misericórdia, apesar do discurso religioso e caridoso significava estar recluso, abandonado e sujeito a maus-tratos pelo resto da vida.

Agora com a corte vivendo na colônia era preciso formar profissionais para prestar serviços. Para tanto, no primeiro ano da chegada da corte portuguesa foram abertas duas universidades de medicina no Brasil, uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro. Temos um momento de ascensão do discurso médico no Brasil e este, ao examinar as Santas Casas de Misericórdia, avaliou que nessas instituições as condições de atendimento eram inadequadas. Os médicos brasileiros influenciados pelo nascente movimento de medicina social decretaram que a Santa Casa seria um local de infraestrutura precária e de propagação da morte (idem, p. 68).

É como se a psiquiatria surgisse no Brasil e começasse a conferir a si mesma a ingerência sobre a loucura. Mas, notemos que ela o faz por conta de um projeto de medicalização da sociedade e não por uma denúncia aos abusos do internamento ou por uma crítica à ausência de reflexão científica, de um esforço visando uma fundamentação epistemológica sobre o fenômeno da loucura. Diferentemente do movimento alienista que embalou o surgimento da psiquiatria na França, no Brasil a influência se deu pelo movimento da medicina social.

A medicina social surge como esse campo de saber médico que pretende intervir sobre a cidade com a finalidade de prevenir o surgimento de doenças. O que se observa no movimento de medicina social nesse período é uma medicalização da sociedade, que passa a ser o foco de intervenções preventivas para coibir práticas consideradas propagadoras de doença. Ela traz a

medicina para a disputa de um lugar entre as instâncias de controle da vida social. A medicina social ultrapassa o campo do saber e atuação sobre um indivíduo se lançando como prática social, esquadrinhando também a cidade atrás de possíveis focos de doença e práticas condenáveis para a manutenção da saúde. “A medicina social aperfeiçoa a técnica da quarentena não só refinando o esquadrinhamento urbano, como também estabelecendo um controle caracterizado por um permanente estado de alerta que, assim, ganha autonomia com relação ao perigo presente” (idem, p. 104)

Em 1835, o médico francês José Francisco Sigaud publicou o artigo *Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro*. Nele, o autor critica a falta de providências para retirar de circulação os tipos populares que exibem sua loucura pelas ruas da cidade. O artigo chega a mencionar que a maioria desses loucos parecia inofensiva, mas, ainda assim, em se tratando de mentecaptos conviria não confiar demais, já que eles poderiam enfurecer-se e cometer atos violentos repentinos (RAIMUNDO & DALGALARRONDO, 2004).

Essa soma da crescente tensão entre ricos e pobres no Rio de Janeiro e o aumento da demanda de reclusão desses que incomodavam a elite branca ligada à corte, com o surgimento de um discurso médico local que critica as antigas instituições que recolhiam os loucos, resultou na construção do primeiro hospício da América Latina – o Hospício para Alienados Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Um lugar para o depósito dos indesejados socialmente que, na mesma feita, correspondia aos anseios da classe médica recém surgida em nosso território que chamava para si a responsabilidade de estar à frente do cuidado dos portadores de doença mental.

À época, o Hospício Pedro II foi celebrado como a primeira conquista da psiquiatria brasileira. O louco, por conta da influência da medicina social na psiquiatria, será visto como um doente e como alvo de intervenção para a proteção do social (MACHADO et al., 1978, pp. 375-6). Segundo essa lógica, a convivência com outras pessoas influencia o meio onde o homem vive e o seu organismo terminando por afetar física e moralmente o seu sistema nervoso. Assim, todo o

contato e convívio com os considerados vetores de doenças podem afetar de maneira negativa o sistema nervoso.

Acontece que ser considerado uma ameaça à sociedade não era exclusividade do louco. O escravo também era visto pela medicina social como causa de desordem, doença e outros riscos à saúde família branca. Apesar da vida em condições piores do que insalubres, a saúde do escravo não ganhou atenção da medicina emergente e não foi diretamente tematizada pelos pesquisadores em saúde da época. Esse assunto só ganha relevância em relação a outrem, isto é, no que ela pode vir afetar a saúde de um branco. A saúde da ama de leite negra, por exemplo, só é debatida a partir do exercício da chamada “amamentação mercenária” com a criança de seu senhor (FREYRE, 2006; PORTO, 2006). Nesse debate, o leite da ama negra passa a ser considerado prejudicial para a criança branca que pode desenvolver características físicas e mentais negativas devido ao seu consumo.

Ao ser responsabilizado pela transmissão de várias moléstias, o escravo passa a representar um perigo para a saúde no meio público e doméstico e, tal como o louco, se torna alvo das restrições da medicina social. Afirmar que o negro se torna alvo das restrições da medicina social da época em nada tem a ver com uma postura de cuidado com essa parcela da população. Alojjar o negro no posto de vetor de doenças não se desdobrou em cuidados com a saúde deste, mas sim em mais estigma e segregação.

Além de portador de uma doença, o alienado, assim como o negro, será considerado uma ameaça por ser vetor de outras doenças. Desta forma, os loucos, principalmente os loucos pretos e pobres, se tornaram foco da atenção da medicina social. O louco que anda pela rua, o louco pobre, deve ser controlado. O louco rico não era alvo de intervenções da medicina social sob o pretexto de que ele, supostamente, poderia ser enclausurado dentro de sua própria residência através de uma reprodução do hospício em sua própria casa (MACHADO et al., 1978). Os ricos cuja psicose não era bem-vinda em seus lares, poderiam ser recebidos em um "quarto separado, com tratamento

especial" a preços exorbitantes no Hospital Pedro II. "Vê-se, portanto, que a profunda divisão social entre a elite e a massa de miseráveis não foi esquecida pela arquitetura do primeiro hospício brasileiro" (FILHO, 2008, p. 73).

Através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa [...]. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, de acordo com a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo [...]. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MOREIRA, 1905, p. 54).

Lima Barreto (2017) descreveu com detalhes os diferentes pavilhões do Hospício Pedro II e também foi sensível à diferença de tratamento recebido pelos mais abastados nessa instituição. Estes poderiam ter consigo um segurança/serviçal por tempo integral se assim desejassem e pudessem pagar. Ainda assim, ele sinaliza que as diferenças de classes só tinham como consequência um diferente tipo de morte em vida, esta sendo imposta a todos: “Eu só vejo um cemitério: uns estão de carneiro e outros de cova rasa” (p. 74).

Sendo assim, para tirar o louco pobre de circulação, cria-se em 1841³³, nas palavras de José de Alencar, o “palácio para guardar doidos” (MACHADO et al., 1978, p. 429). Palácio, talvez por conta da suntuosidade do projeto arquitetônico do prédio que foi erguido na Praia Vermelha³⁴. O Hospício Pedro II foi construído onde hoje é o campus da UFRJ na praia vermelha à beira da Baía de Guanabara. Dessa maneira, os navios de passageiros que chegavam ao centro da cidade podiam ver que o Rio de Janeiro já possuía um lugar destinado para o isolamento dos loucos. Na época, ter um lugar determinado para o recolhimento dos loucos conferia status à cidade, então fazia sentido exibir essa construção.

Primeiro manicômio situado ao sul do Equador e primeiro hospício da América Latina, o grandioso estabelecimento despontou como um monumento à ciência, um símbolo, destinado ao olhar europeu, do grau de modernização científica de um nascente Império sul-americano, tropical, mestiço, com uma sociedade

³³ Inaugurado em 1852, embora as obras tenham se estendido até 1855 (FILHO, 2008).

³⁴ “O Hospício é bem construído e, pelo tempo em que o edificaram, com bem acentuados cuidados higiênicos. As salas são claras, os quartos amplos, de acordo com a sua capacidade e destino, tudo bem arejado, com o ar azul dessa linda enseada de Botafogo que nos consola da sua emarcescível beleza(...)” (BARRETO, 2017, p. 40)

predominantemente rural e escravista e quase esfacelado por diversos levantes regionais separatistas durante a Regência (FILHO, 2008, p. 67).

Vimos que a chegada da corte portuguesa no Rio de Janeiro precipitou a criação da Intendência de Polícia. Lima Barreto (2017) em suas internações nessa instituição nos anos de 1914 e 1919 observou uma relação estreita entre o internamento no Hospício Pedro II³⁵ e a polícia, do louco e do marginal, afirmando que esta atuaria como um instrumento que se prestava como meio de apartar o suposto demente do social. Fanon sintetizou de maneira primorosa o incômodo de Lima Barreto ao afirmar em seu curso de psicopatologia social:

O louco é aquele que é “estranho” à sociedade. E a sociedade decide se livrar desse elemento anárquico. O internamento é a rejeição, o alijamento do enfermo. A sociedade exige do psiquiatra que torne o enfermo novamente apto a integrar a sociedade. O psiquiatra é o auxiliar da polícia (FANON, 2020, p. 276)

Mesclado com o marginal, o louco, por algum tipo de comportamento tido como fora da norma, deveria ser encerrado nessa espécie de depósito longe da vista dos seres considerados normais. A polícia ficava responsável por essa primeira triagem, que separava o joio do trigo social. Em seguida ocorria uma peneiragem na qual o joio meliante ia para a cadeia e o joio sem crime, mas estranho e quase inclassificável, também era forçado à reclusão.

Para além da arquitetura, o Hospício Pedro II também se inspirou no método de tratamento europeu, continente para onde os médicos que trabalhariam nessa instituição foram enviados com o objetivo de estudar e aprender mais sobre a terapêutica aplicadas no velho continente (idem, p. 70). A Europa nesse momento estava sob a forte influência de Pinel e Esquirol e estes introduziram uma postura investigativa diante da loucura que culminou num entendimento sobre este fenômeno que, como veremos adiante, o concebia como uma desorganização das funções mentais decorrente das paixões exacerbadas que se desenrolam na vida social e no seio familiar. Nessa perspectiva, o isolamento que o hospício materializa proporciona ao mesmo tempo a possibilidade de tratamento

³⁵ À época, já nomeado como Hospital Nacional de Alienados, o HNA. Manteremos o antigo nome para evitar confusões na leitura.

via esse *setting* e um distanciamento salutar entre o louco e a causa da sua perturbação mental, que estaria em seu contato com a sociedade e a família. Por meio desse isolamento, a função do médico é, num só tempo, proteger a família contra o mal que o doente representa e afastar a causa do desequilíbrio mental do paciente.

Embora não seja difícil localizar no nascimento do manicômio no Brasil o objetivo de isolar os indesejados do social, essa empreitada agora vem sob um verniz humanista. As entidades médicas pleiteavam um lugar mais adequado para os loucos, com melhor estrutura física e mais arejado. Não se ventilava a proposta de uma vida em sociedade para os alienados, muito menos na possibilidade de uma convivência com o dissonante, mas sim num depósito muito bem fechado que estivesse mais alinhado às normas da medicina social em ascensão na época.

Após sua inauguração, o Hospício Pedro II era administrado pelas freiras. Isso significa que mais do que tratamento moral proposto por Pinel e Esquirol, no cotidiano os pacientes recebiam uma abordagem de cunho religioso. Apenas em 1881, o primeiro médico assume a coordenação do Pedro II. Foram 40 anos sendo uma instituição coordenada pela igreja até que a medicina ocupasse o primeiro posto do hospício. Apenas em 1886 o primeiro médico psiquiatra chega a essa função. Durante o Segundo Reinado (1841-1889), também foram criados hospícios exclusivos para alienados em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará (MOREIRA, 1905).

Apesar da estrutura suntuosa e da entrada do discurso médico no manicômio da Praia Vermelha, a instituição era arcaica e truculenta. Lima Barreto (2017) descreve um cenário de corpos nus ou cobertos de trapos, amontoados e submetidos a uma rotina carcerária apoiada em modelos obsoletos de tratamento que resistiam às novidades trazidas pelas novas teorias psiquiátricas. Nessas instituições não era possível encontrar uma linha de força que operasse no sentido do controle dos corpos via disciplina (FOUCAULT, 1987). Não havia disciplina. Talvez, o único traço de disciplinarização que restou nessas instituições seriam as punições via contenção química e mecânica. Essas medidas punitivas sobre o corpo seriam o meio através do qual o manicômio

alcançaria o que está para além desse corpo. Assim, se Foucault (1972, 1987) lista os castigos, a disciplina e a vigilância permanente como os métodos possíveis para o controle dos corpos, nossa observação é que nesses hospitais psiquiátricos só restou o primeiro. Sobre suas passagens pelo Hospital Pedro II, Lima Barreto conta que “amaciando um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, da superstição de rezas, exorcismo, bruxarias etc, o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade média: o sequestro” (BARRETO, 2017, p. 74)³⁶

Não havia vigilância, muito menos disciplina. Nesses lugares não havia sequer esse tipo de investimento libidinal dirigido aos internos. Os hospitais não primavam por um trabalho com a expectativa de melhora ou de qualquer mudança no quadro clínico dos pacientes, nem que fosse pela via da ordem ou da moral. Disso podemos pensar que a história da psiquiatria no Brasil tem rumos diferentes aos observados por Foucault na França porque sempre estivemos, e ainda estamos, às voltas com a forte presença dessas instituições estagnadas num ponto anterior ao nascimento da clínica, à disciplina e ao controle. É como se a clínica ainda não tivesse nascido no Brasil. Nossa observação é a de que esses e os demais manicômios dos quais temos notícias em nosso país foram e ainda são regidos pela violência e pelo abandono. Voltaremos a essa discussão ao longo da tese.

A noção de Instituição Total de Goffman (1961) também nos ajuda a pensar as forças atuantes nesse e em outros manicômios. Porém, nossa observação é que as contribuições de Goffman, assim como as de Foucault, sobre a incidência dessas instituições serão úteis no presente mais pela via do que elas subtraem do interno – contato com o mundo externo, pertences pessoais, privacidade; do que pelo o que elas acrescentariam – rotina, trabalho, controle. Se, por um lado, os hospitais psiquiátricos brasileiros limitam o acesso dos pacientes às informações sobre o seu tratamento, enfraquecem o laço do interno com a cultura, despem o paciente de seus pertences e traços pessoais etc.; por outro lado não encontramos na rotina deste lugar uma supervisão e controle da vida dos internos. Há, portanto, características das Instituições Totais que acreditamos estar

³⁶ O autor volta a tocar na questão da diferença de classes como sendo um critério que modifica o meio, mas não o fim: a morte em vida pelo sequestro. Segundo ele, no que tange à loucura, a classe social só serve para mudar o formato da sepultura na qual essa morte social é depositada: jazigo ou cova rasa.

presentes nos manicômios inaugurados no Brasil, mas outras não estão. Eram instituições anteriores ao nascimento da clínica. Ali as intervenções podiam ser circunscritas do campo da ordem, da moral, da caridade, mas não da clínica, tal como Pinel inaugurou.

O surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil tem conotação diversa do nascimento da clínica trazido no bojo do alienismo francês. Se, como dissemos, Pinel inaugurou uma perspectiva investigativa na abordagem da loucura, no Brasil é como se tivéssemos parado num momento anterior, no qual as instituições para a loucura se destinam a sequestrar os indesejados, sem que isso se desdobre em alguma pesquisa sobre o que seria a loucura nessas pessoas. Nos prontuários do asilo nacional de Barbacena dos anos 1960, por exemplo, não encontramos uma preocupação em examinar e separar os pacientes segundo as formas típicas do diagnóstico psiquiátrico tais como a paranoia, a esquizofrenia, a psicose maníaco depressiva ou as demências³⁷. No lugar disso, outro dado chama a atenção: o número de dentes do interno (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2015). Não se trata de um elemento sem importância. A quantidade de dentes preservados foi e ainda pode ser um índice importante da classe social ocupada por aquele que está diante de nós. E pelo número de dentes muito se podia inferir, não só sobre a posição de classe do paciente na colônia de Barbacena, mas também sobre a expectativa de tratamento.

Havia no Hospital Nacional de Alienados Pedro II duas seções: uma para os ricos e que dispusessem de uma vultuosa quantia para custear um tratamento com regalias e a Seção Pinel. Sobre esta segunda seção, Lima Barreto (2017, p. 143), a partir da visão de “uma porção de corpos negros nus” testemunha: “esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que é tudo negro.”

Isso ilustra o que João Ferreira da Silva Filho (2008, p. 74) expõe de maneira contundente:

³⁷ O mesmo se aplica aos prontuários da casa de saúde na qual se desenrolou a experiência de trabalho na equipe de desinstitucionalização brevemente descrita na presente tese. Na maior parte dos prontuários não há qualquer registro do quadro psicopatológico do paciente, muito menos o motivo da internação. Na folha de entrada de alguns dos pacientes encontramos somente a palavra "deambulação" como justificativa da internação.

Entre nós (os brasileiros), o hospício nasce com uma nítida marca da distinção socio racial, e isso demarca uma gritante diferença entre as experiências brasileira e europeia. O Império brasileiro, a partir da incorporação de teorias raciais darwinistas e evolucionistas europeias³⁸, assimilara a ideia de que éramos um país continental, precariamente habitado por uma sub-raça. A diferença que marcava a imensa maioria da população não se devia ao fato de esta não se adequar às condições da cidadania liberal, já que negros, escravos e índios eram pensados como não cidadãos e mesmo como um empecilho para o futuro e a modernização do Império. Em nenhum momento, o nascente alienismo brasileiro cogita sua recuperação para um funcionamento social igualitário, visto que éramos uma sociedade rural fortemente hierarquizada, cujos lugares sociais destinados à maior parte da população eram de uma subalternidade naturalizada que devia ser perpetuada, mas jamais transformada.

A abordagem à loucura no Brasil expõe a existência de certas peculiaridades no cálculo do que será esse tratamento. Essas peculiaridades nos separam de maneira radical da experiência francesa a partir de determinado ponto. Nossa aposta é que a psiquiatria nasce no Brasil fazendo uma formação de compromisso dos vetores segregacionistas que compunham nosso tecido social desde o vice-reinado com o discurso progressista de uma ciência ainda capenga, mas necessária para o país, que sonhava com o status de nação moderna. Um anacronismo entre aspirações discursivas de progresso e as práticas disciplinares arcaicas, exercidas em instituições que expressavam nossas raízes escravocratas, familistas e patriarcais através de respostas essencialmente segregatórias e violentas. Apostamos também que nem mesmo o movimento de Reforma Psiquiátrica teve êxito em desvencilhar as práticas em saúde mental de tal mentalidade. Ainda que este movimento tenha surgido no Brasil para denunciar e modificar essa modalidade de resposta à loucura talhada ao longo dos séculos em nosso país, nossa observação é que mesmo ela, a Reforma, em alguns momentos também atualiza e repete a mesma violência que ela visa combater. Ainda somos um país manicomial. Essa discussão é tema do capítulo que veremos a seguir.

38 Veremos mais sobre o eugenismo social aplicado à saúde mental no próximo capítulo.

Capítulo 3

O BRASIL MANICOMIAL

O surgimento das grandes internações no Brasil guarda similaridades iniciais com o caso francês; as instituições tomam, porém, rumos distintos nos dois países com o passar do tempo. Na França, o movimento alienista, tomando a clínica como baliza, reorienta a abordagem à loucura conferindo-lhe um caráter terapêutico. Já no Brasil, é como se permanecêssemos estagnados num momento anterior ao nascimento da clínica. E assim, após algumas poucas iniciativas mal sucedidas de modificação, tem sido até o presente. Ainda somos um país que não superou o formato violento e excludente no tratamento da loucura. Neste capítulo, apontaremos alguns elementos que reforçam o teor manicomial do Brasil, contribuindo para a discussão sobre as razões pelas quais somos um país que conserva a segregação como traço característico na lida com o louco.

À tendência de segregar e até mesmo eliminar a diferença que a loucura representa, chamaremos de “manicomial”. Este termo não designa, portanto, um sinônimo de manicômio; não equivale e nem se aplica a qualquer hospital psiquiátrico, extrapolando-o. Estamos, com ajuda de alguns autores (BIANCHI, 2016; ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006) nuançando e ampliando esse conceito, expandindo-o para além de uma conceituação tradicional que circunscreve o manicômio ao asilo e aos hospitais psiquiátricos.

A lógica manicomial com a qual estamos trabalhando pode incluir os modelos caracterizados por Goffman (1961) e Foucault (1987), mas não se resume a eles. Ela, inclusive, pode não estar presente num hospital psiquiátrico. Nossa crítica a essa modalidade violenta de lidar com a loucura não se aplica a toda e qualquer internação psiquiátrica. Não estamos defendendo, nesta tese, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o fim da internação. A lógica manicomial, juntamente com os discursos que a concretizam, podem migrar e se moldar a outros formatos de instituições que inventemos para receber a loucura, mantendo o teor perverso e excludente. Não

conseguiremos, por essa via, superar o perverso e excludente modelo manicomial que, como veremos, se encontra na base da formação da sociabilidade brasileira.

A lógica manicomial submete o outro a um funcionamento dado previamente, um ideal estabelecido. É tomar o outro como objeto, seja para o fim que for: submeter, explorar ou domesticar. Esse ideal pode tomar as mais variadas formas: o silêncio, o bom comportamento, a circulação pelo social, o papel de cidadão. Assim, o sentido da palavra manicomial que evocamos se reflete não somente através da exclusão, mas também em pretensas tentativas de inclusão³⁹.

Para delimitar o discurso manicomial, retiramos a ênfase no hospital psiquiátrico para fazer notar formas, mais leves e sutis, de submissão e adaptação do outro, possíveis de serem encontradas também em dispositivos extra-hospitalares da rede de saúde mental. Desse modo, inquieta-nos o fato de que, uma vez capturados em algum nível por essa lógica manicomial, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, afirmar o manicômio (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006).

O modelo de exclusão social baseado no isolamento de indivíduos de conduta desviante ou considerados indesejáveis pela comunidade expõe a lógica manicomial à céu aberto. Considerar que ele a define é, porém, um erro. Fora dos asilos, nos CAPS, nas residências terapêuticas, nos ambulatórios, ainda é possível ver a manutenção cotidiana de práticas ligada a essa lógica, ainda que de maneira menos violenta⁴⁰. Medidas inclusivas que não tomem a psicose como fato clínico, que não se dediquem a escutar a construção singular que ela denota em cada paciente, baseiam-se em ideais pré-estabelecidos, não relançam as questões da psicose através de uma perspectiva de sujeito e serão a outra face da mesma moeda objetalizante do manicômio. São práticas que segregam porque são empreendidas 'apesar' da loucura e não 'a partir' dela⁴¹ e, desta maneira,

39 Voltaremos a essa discussão ao longo da tese.

40 A diferença entre a presença de um discurso manicomial num CAPS e num manicômio existe, não se trata de nivelar essas instituições. Uma das muitas diferenças talvez esteja no fato de que o CAPS corre o risco de se tornar manicomial. O manicômio não tem outra alternativa senão sê-lo.

41 Esse assunto receberá nossa atenção num próximo capítulo sobre a clínica.

terminam por privar o paciente da possibilidade de algum laço social que inclua a sua singularidade, isto é, sua loucura.

A partir dessa definição de “manicomial”, a casa de saúde descrita no começo desta tese não é o único espaço no qual essa lógica viceja. Pelo contrário, intervenções que desconsiderem e, nesse mesmo movimento, suplantem a dimensão da clínica nunca deixaram de existir, mesmo após o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil⁴², e ultimamente têm-se firmado como primeira escolha dos gestores da saúde mental para o atendimento aos usuários desta rede⁴³.

O retrocesso na atenção e acolhimento à loucura chega a tal ponto que os investimentos financeiros foram redirecionados da rede territorial para os serviços de internação⁴⁴. Veremos que a Reforma Psiquiátrica tentou propor uma maneira governamental de manejar a loucura que evitasse a internação. No entanto, nosso recente retorno ao modelo das internações mostra-se um fenômeno especialmente digno de nota quando percebemos que ele tem uma força tão grande que chega a subjugar aos diretrizes mais básicas do movimento de Reforma Psiquiátrica. Veremos que a Reforma Psiquiátrica, como o nome anuncia, é uma tentativa de superação de um modelo de atenção vigente em Psiquiatria. Na prática, é um esforço para dar uma resposta social à loucura (TENÓRIO, 2001). Organizada em torno da missão de dar cidadania ao louco, a Reforma Psiquiátrica desenvolveu ferramentas para o agenciamento social da loucura, visando uma substituição do asilo por dispositivos comunitários e territoriais de tratamento.

Este movimento tem suas bases em argumentos de base ideológica e também econômica, visando uma humanização no modo como a sociedade entende e responde à loucura. Quando o projeto de lei Paulo Delgado foi votado, em 1995, o senador Lúcio Alcântara emitiu um parecer favorável à proposta por entender que a Reforma Psiquiátrica consistiria no “[...] desenvolvimento de outro modelo descentralizado (com relação ao hospital psiquiátrico), com formas alternativas,

42 No último capítulo vamos debater sobre o que seria essa dimensão da clínica, suas implicações éticas concernentes à psicose e o lugar dessa clínica na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tema complexo e com vozes dissonantes.

43 Cf. CFP, 2018; ANDREOLLA, 2018; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018.

44 Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

mais eficazes, mais humanas [...] e *mais baratas*” (GENTIL, 1999, p. 17, grifo nosso). Após cerca de 40 anos da Reforma Psiquiátrica, já está claro que o argumento econômico não se sustenta. Manter os serviços substitutivos à internação como os CAPS, os ambulatórios, as Residências Terapêuticas dentre outros, juntamente com os benefícios sociais como, por exemplo, o De Volta pra Casa, não sai nada barato. Financiar o funcionamento dessa rede gera custos altos, uma despesa maior do que se esperava.

Se o argumento econômico não se verifica quando Reforma Psiquiátrica sai do papel, o discurso antimanicomial conseguirá resistir se apoiando exclusivamente no argumento de que devemos oferecer um tratamento mais digno para os portadores de transtorno mental? O que tem acontecido depois que nos demos conta de que humanizar a atenção à loucura gera um ônus para as contas públicas?

Após cerca de 40 anos de avanço tímido da bem-vinda Reforma Psiquiátrica, presenciamos o incremento de iniciativas manicomiais que, ao submeter o paciente a ideais previamente estabelecidos sem necessariamente qualquer relação com a maneira como sua psicose se organizou, cristalizam-no numa posição objetal - como coisa a ser manejada sem que nenhuma verdade possa ser apreendida de sua fala. Isso se alinha ao concomitante desmonte sistemático dos dispositivos territoriais de saúde mental, erguidos após muito investimento e debate. Sem o amparo da iniciativa pública, as condições de trabalho e assistência nos serviços substitutivos à internação se encontram num estado de precariedade que beira o abandono. Ainda que o desejo dos trabalhadores de saúde mental termine por sustentar, em muitos momentos, o cotidiano da assistência nesses serviços, sem o apoio dos gestores essa iniciativa obviamente esbarra em muitos limites. Dessa forma, projetos de trabalho construídos ao longo de muito tempo, relações entre técnicos e pacientes tecidas quase que artesanalmente e laços de trabalho entre os profissionais da equipe dos serviços vão virando poeira e se desfazendo no ar.

Entrevê-se aí um panorama formado, por um lado, pelo desmantelamento dos serviços extra-hospitalares e, por outro, pelo avanço das técnicas, discursos e instituições manicomiais. Encontramos uma forte ligação entre esses dois fenômenos componentes do cenário da assistência em saúde mental na atualidade. Esta relação explicita o propósito de enfraquecer os serviços nos quais uma clínica do sujeito poderia ter espaço, e incentivar o retorno das grandes internações em manicômios, definindo uma tomada de posição diante da loucura. Sem o argumento de que a Reforma Psiquiátrica seria um bom negócio para as contas públicas, significantes como cidadania e dignidade não parecem manter os gestores engajados nessa proposta. Como descreve Schwarcz (2019), as instituições que pareciam se fortalecer nas últimas décadas mostraram a sua fragilidade diante do primeiro abalo.

Longe de ser uma coincidência, os dois braços que compõem esse panorama possuem as mesmas raízes e se enquadram dentro de um projeto muito consistente cuja execução está a pleno vapor. O breve recorte trazido para esta tese de uma experiência de trabalho em conjunto com as ‘novas’ políticas de saúde mental do atual governo nos dão fundamentos para apontar que o Brasil não conseguiu se desvencilhar da lógica manicomial no tratamento da loucura. Mesmo após a passagem de um tempo considerável desde a implementação dos primeiros serviços destinados à loucura, mesmo após a constatação da desumanidade de seus métodos, essa lógica resiste e retorna. O Brasil é um país manicomial.

No atual capítulo, aprofundaremos em como o Brasil investe de maneira consistente na lógica manicomial, quais seriam as raízes disso, e os desdobramentos que nos levaram a uma posição, hoje, em que o social manicomial fracassa ao articular a diferença encarnada na loucura. Sobrevoaremos o brasilianismo, tema vasto, tomado como esgotado por alguns, mas que vem sendo revisitado no presente sob perspectivas até então inéditas. Enfatizaremos conceitos e palavras-chave de autores que se dedicaram a pensar a maneira brasileira com o diferente.

Visto que o tema é parte importante deste capítulo, mas apenas uma parte da tese, passaremos por autores de suma importância e seremos forçados a omitir outros de semelhante relevância. Dialogaremos com Gilberto Freyre (2006), pelo que descreve como gérmen de sociedade brasileira patriarcal antes e durante a colônia; com Sérgio Buarque de Holanda (2006), e suas considerações sobre as consequências de uma suposta continuidade com Portugal para a maneira brasileira de ser social; e também Jessé Souza (1998, 2019) e Laurentino Gomes (2019), com suas propostas de deslocamento do eixo central de toda essa discussão para a escravidão.

Diante de esparsas referências para a construção do caso da saúde mental brasileira a partir da psicanálise levando em conta a escravidão, vamos nos apoiar sobre a breve discussão de Charles Melman (1992) no que ele problematiza com relação ao laço social do processo civilizatório, nas considerações sobre o autoritarismo no Brasil a partir de Lilian Schwarcz (2019) e também sobre a releitura, à brasileira, do mal-estar na civilização proposta por Christian Dunker (2015). Frantz Fanon (2020), Achille Mbembe (2016, 2018) e Grada Kilomba (2019) despontam como vozes negras que precisamos ouvir para nos informar da amplitude e dos efeitos do colonialismo.

3.1 - A escravidão como nosso berço

Em 1888, a história brasileira assiste à abolição da escravidão no país. Poucos eventos históricos tiveram um semelhante impacto na vida social brasileira. Como sinaliza Schwarcz (2019), no Brasil, o sistema escravocrata, de tão enraizado, converteu-se numa linguagem:

Não se escapava da escravidão. Aliás, no caso brasileiro, de tão disseminada ela deixou de ser privilégio de senhores de engenho. Padres, militares, funcionários públicos, artesãos, taverneiros, comerciantes, pequenos lavradores, grandes proprietários, a população mais pobre e até libertos possuíam cativos. E, sendo assim, a escravidão foi bem mais que um sistema econômico: ela moldou condutas, definiu desigualdades sociais, fez de raça e cor marcadores de diferenças fundamentais, ordenou etiquetas de mando e obediência, e criou uma sociedade condicionada pelo paternalismo e por uma hierarquia muito estrita (idem, p. 27-28)

A escravidão no Brasil foi de uma proporção única. Ela moldou a história, a sociedade, a política e a cultura brasileiras durante os três séculos da colônia, e se manteve como base para erguer a República. Como veremos, ainda é possível notar seus efeitos no presente. Estima-se que em cerca de 350 anos aproximadamente 12,5 milhões de negros africanos foram trazidos involuntariamente para trabalho forçado na colônia. Pelo menos 1,8 milhão morreu a bordo dos navios negreiros (GOMES, 2019) que, por essa razão, eram chamados de “tumbeiros”. Dos que chegaram ao Novo Mundo, poucos sobreviveram ao primeiro ano de trabalho cativo. As condições precárias de vida, a carga de trabalho extenuante e a brutalidade eram práticas instituídas com o objetivo de manter esse imenso contingente de pessoas sob controle para a exploração de sua força de trabalho.

Patterson (apud GOMES, 2019) definiu a escravidão como morte social: o indivíduo é sequestrado, arrancado de seu lugar de moradia, de sua cultura, seus laços familiares, sua comunidade. A partir do momento em que é decretado como escravo, essa antiga identidade deixa de existir para o surgimento de uma condição, à qual não conseguimos chamar de vida, totalmente dependente e condicionada à vontade de um senhor⁴⁵. Uma série de rituais que reforçavam o novo estatuto de objeto pertencente a um outro: correntes, marcas feitas a ferro quente, colares e pulseiras de metal e até um novo nome. Em todas as sociedades escravistas o chicote foi utilizado.

Muitos movimentos de resistência à escravidão foram organizados pelos negros durante todo o período, sendo o caso de Palmares o mais conhecido⁴⁶: um conjunto de quilombos na Serra da Barriga que chegou a abrigar cerca de 20 mil pessoas em seu apogeu, no século XVII. As forças palmaristas resistiram por mais de um século às investidas das autoridades, até que Padre Antônio Vieira escreve um parecer contestando um outro padre que advogava a favor da concessão da liberdade ao palmarinos dizendo que

esta liberdade assim considerada seria a total destruição do Brasil, porque conhecendo os demais negros que por este meio tinham conseguido ficar livres,

⁴⁵ Difícil não notar a similaridade entre essa definição de escravidão e a rotina nos manicômios.

⁴⁶ Os quilombos eram lugares para onde os negros fugidos das fazendas podiam se abrigar e construir uma vida como homens livres. Eram sociedades estruturadas para viver e resistir à escravidão.

cada cidade, cada vila, cada lugar, cada engenho, seriam logo outros tantos palmares, fugindo e passando-se aos matos com todo o seu cabedal, que não é outra mais que o próprio corpo! (CERNICCHIARO, 2003).

Destruir o Brasil no trecho desse sermão nos remete a uma destruição do país tal como a minoria branca dominante tinha construído até então. Destruir Palmares se baseava no medo de mudança no estado de coisas e visava conservar a cultura colonial, exploratória e escravagista sobre a qual o Brasil se estruturava (GOMES, 2019)⁴⁷.

Um acontecimento da grandeza da abolição da escravatura é quase sempre multifatorial. As lutas e atuações sociais de escravos libertos e livres tiveram um peso fundamental para possibilitar o movimento pela abolição e seu sucesso. Dentre os eventos mencionáveis, dois detiveram um papel crucial no processo (MACHADO & CASTILHO, 2015). Primeiro, uma pressão internacional para que o Império do Brasil aderisse também à libertação dos escravos. Com o desfecho da Guerra de Secessão (1861-1865), o Brasil ficou isolado no cenário internacional como única nação escravista no continente. Nesse mesmo período, a Inglaterra passava pela Revolução Industrial e reorganizava os contingentes populacionais por conta das transformações relacionadas à lógica do trabalho. Era necessário ‘civilizar a população’, ou seja, incluí-la como cidadã nessa nova cadeia de produção e consumo. A continuidade da escravidão seria, nesse ensejo, causa de vergonha e desonra, além de um empecilho para esse novo mundo do trabalho e circulação de mercadorias. Seria o testemunho da incivilidade brasileira, face às nações civilizadas (BEZERRA-NETO, 2011).

O segundo evento de teor crucial para a abolição foi a Guerra do Paraguai, que se estendeu por 5 anos, matando cerca de 370 mil pessoas. Devido ao imenso número de mortos e feridos de ambos os lados, o conflito pressionou a libertação de escravos para o seu recrutamento para o front de batalha, expondo a fragilidade das bases sociais do Império.

Ademais, havia o já mencionado receio do haitianismo, a rebelião negra bem sucedida (GOMES, 2019; SOUZA, 2019, p. 83). Membros da elite procuravam evitar um espelhamento no

⁴⁷ Ainda hoje, há alguns remanescentes quilombolas que lutam com muita dificuldade pelo reconhecimento de seu território e de seus direitos

caso haitiano, com levante generalizado e em larga escala dos escravos contra seus senhores. Assim, determinar de antemão o fim da escravidão permitiria às classes dominantes manter as rédeas do país nas mãos, evitando uma abolição à revelia e de caráter subversivo (SCHWARCZ & STARLING, 2015).

As causas reais e os pretextos que conduziram o Brasil paulatinamente até o fim da escravidão são muitos e ainda se encontram em discussão pelos estudiosos do tema. Aqui, nos interessa em especial o ponto de que esse evento não foi fruto de uma tomada de consciência coletiva sobre a forma violenta do trabalho escravo, portanto, repudiável. As diversas questões levantadas, durante seu planejamento, acontecimento e *a posteriori*, apontam que não se começou a cuidar das chagas abertas pelos séculos de extermínio e segregação sistemática dos negros. A abolição não veio acompanhada de projetos de equidade e inserção social da população escravizada – por exemplo, indenizar ou distribuir terra para os escravos recém-libertos e seus descendentes.

Essa abolição da escravatura⁴⁸ feita sem o menor cuidado tem repercussões observáveis em nossa sociedade. Mesmo sendo o segundo país de maior população negra ou de origem africana do mundo (GOMES, 2019), dados atuais como nível de escolaridade, renda, ocupação, trabalho, acumulação de riqueza e mobilidade social nos conferem os índices numéricos da desigualdade entre brancos e não-brancos no presente, de maneira que a raça – ainda que não por si só – ainda apareça como fator fundamental na determinação da hierarquia socioeconômica do Brasil (SCHWARCZ, 2019; GOMES, 2019; TELLES, 2003). De maneira geral, a liberdade nunca significou, para os ex-escravos e seus descendentes, oportunidade de mobilidade social e melhoria de vida.

Jessé Souza (2019, p. 78) nomeia essa fatia pobre da população que tem nenhuma ou pouca chance de saída da miséria como 'ralé' e indica que ela representa a continuação da escravidão no Brasil moderno. Esses seriam os escravos para os quais a mudança social é, ao mesmo tempo, um sonho distante e uma exigência tirânica escondida sob o nome de resiliência. São estamentos sociais

⁴⁸ Se é que podemos falar de abolição da escravidão, diante da estimativa de que existam hoje mais escravos no mundo do que em qualquer período durante os 350 anos de escravidão africana na América (GOMES, 2019).

perversamente congelados e impossibilitados de romper ciclos de pobreza herdados do passado (SCHWARCZ, 2019). As pessoas, agora “livres”, são jogadas sem rede de proteção numa ordem social competitiva, até então desconhecida e para a qual não foram preparadas. Desse modo, a liberdade vira somente uma outra forma de degradação:

O dado essencial de todo esse processo (criação da ralé) foi o abandono do liberto à sua própria sorte (ou melhor, ao próprio azar). Como todo processo de escravidão pressupõe a animalização e humilhação do escravo e a destruição progressiva de sua humanidade, como a negação do direito ao reconhecimento à autoestima, da possibilidade de ter família, de interesses próprios e de planejar a própria vida, libertá-lo sem ajuda equivale a uma condenação eterna. E foi exatamente isso que aconteceu entre nós (SOUZA, 2019, p. 79-80).

O abandono secular de classes estigmatizadas e perseguidas, de fato, tem condenado os mais vulneráveis em nossa cultura. As forças escravocratas continuam a vigorar e assim deve permanecer haja visto que as poucas propostas públicas de integração social/racial das quais desfrutamos estão sendo criticadas e encerradas⁴⁹. As propostas institucionais vindas dos governantes pendem cada vez mais para localizar, isolar e até eliminar os indesejados ao invés de encarar essa diferença.

Após a abolição da escravatura, temos a Proclamação da República Brasileira em 1889, encerrando a monarquia do Império. A República nasce e mostra seus dentes: em 1897 ela ordena o massacre do povo pobre e sertanejo em Canudos, sob o pretexto de que a mobilização popular que se estruturava ali era de cunho pró-monarquista. A região, historicamente caracterizada por alta concentração de terra, secas e desemprego, passava por uma grave crise econômica e social. Milhares de sertanejos, liderados Antônio Conselheiro, partiram para lá, em torno da crença numa salvação dos flagelos do clima e da exclusão econômica e social.

Um grupo formado pelos grandes proprietários de terra e por lideranças católicas pressionaram a recém estabelecida República, solicitando que o governo interviesse contra Antônio Conselheiro e seus seguidores. O pretexto era que Canudos pretendia atacar cidades vizinhas e

⁴⁹ Destacamos algumas notícias dos últimos anos do nosso governo para apontar que há um desmonte intencional e sistemático de algumas dessas políticas que vinham se consolidando no campo da saúde mental.

destituir o atual governo para restaurar a monarquia - a justificativa era claramente baseada na insegurança social que a comunidade de Canudos trazia.

Diante de um movimento dissonante e, de certa forma, incompreensível, a resposta do Estado brasileiro foi extirpar de maneira definitiva esse corpo estranho da unidade que acabara de se desenhar. Todos os moradores foram dizimados. Assim,

Canudos atualiza a narrativa do objeto intrusivo, a grande metáfora do quisto interno, da zona de exceção que mobiliza forças federais rumo ao reequilíbrio e à restauração da unidade nacional. A insensibilidade, a intolerância e o barbarismo administrado da intervenção federal sugerem que se tratava principalmente da tentativa de destruição de um símbolo [...]. Canudos deve ser destruída como gesto exemplar que atesta o funcionamento da ordem, mais do que a própria prática da ordem ela mesma (DUNKER, 2015, p. 136).

Canudos, assim como Palmares, precisava ser destruído por representar um estado de coisas que ameaçava uma pretensa unidade atual e dominante. Vimos que as propostas institucionais vindas dos governantes pendem, desde os tempos mais remotos, para localizar, isolar e até eliminar os indesejados socialmente.

O Brasil repete e insiste mais uma vez em sua lógica de manutenção de uma unidade – aqui, no caso, da República, através do aniquilamento do que é estranho e do que não se submete. O medo da insubmissão dos índios, o temor da insurreição dos escravos negros agora se atualiza na forma de imperativo de matar o povo de Canudos e convoca uma suposta defesa da civilização. O mais peculiar, porém, no caso brasileiro⁵⁰ é que essa defesa da civilidade ocorre, paradoxalmente, através de atos bárbaros⁵¹. São atos feitos em nome de uma civilização que encerram por si só a possibilidade de um laço civilizado com o outro. Essa discussão é o cerne deste capítulo e a ela voltaremos outras vezes.

50 O Brasil certamente não tem o monopólio das incivildades. Eventos brutais como o nazismo são exemplos de que outros países sabem compor uma suposta civilização através da barbárie. Mas, o que talvez especifique o caso brasileiro seria a resistência em não se apropriar desses fatos para estabelecer uma postura minimamente crítica ou reflexiva com relação ao seu passado histórico. Voltaremos a esse ponto no presente capítulo.

51 Podemos observar que, quando esse isolamento termina por retornar de alguma forma, a repressão do Estado aumenta a sua intensidade. Isso está na base dos muitos massacres praticados pelo Estado em nossa história: a quase que eliminação dos índios nativos na chegada dos europeus, a destruição de Canudos e Palmares, as chacinas da Candelária e de Vigário Geral em 1993 e o massacre de presidiários no Carandiru em 1992.

A escravidão, tal como se desenrolou no Brasil, deixou como legado uma ideologia racista⁵² que passou a associar o negro com o intruso, a cor de pele à condição de escravo⁵³:

Segundo esse sistema de ideias, usado como justificativa para o comércio e exploração do trabalho cativo africano, o negro seria naturalmente selvagem, bárbaro, preguiçoso, idólatra, de inteligência curta, canibal, promíscuo, só podendo ascender à plena humanidade pelo aprendizado na servidão (GOMES, 2019, p. 73).

A sociabilidade brasileira tem, pois, como semente a escravidão e dela herdou características essencialmente excludentes e perversas. É a escravidão o ponto seminal da institucionalização em nosso país de práticas excludentes da população negra, pobre e periférica que se perpetuaram e se ramificaram por todos os setores da vida comum. Essa forma lógica que segrega se constituiu como padrão histórico brasileiro que se repete nas lutas políticas desde a colonização até o presente (SOUZA, 2019).

A segregação como efeito da escravidão pode nos ajudar a pensar a lógica do condomínio, descrita por Christian Dunker (2015). Nela, criamos ilhas de serenidade, através das quais se pretende afastar todo o tipo de tensão causada pelo abismo social presente em nossa sociedade. Os condomínios representam muito bem a separação e domesticação da diferença. São projetos urbanísticos ordenados e com forte sistema de segurança privada. Lá, o espaço é homogêneo, funcional e limpo, isolado do resto da cidade, que permanece caótica. Estas “soluções” não passam pela integração das diferenças que compõem nossa sociedade, questão suprimida na proposta dos condomínios. Neles, vê-se a expulsão e a submissão da “ralé”, o apogeu da lógica dos elevadores e entradas “sociais” e de “serviço”:

Não se trata aqui de portões que restringem e orientam a circulação de pedestres, ou cercas, que delimitam simbolicamente o pertencimento e a obrigação de cuidado do território, mas de muros de defesa, cujo objetivo militar é impedir a entrada, ocultar a presença de recursos estratégicos e facilitar a observação do inimigo (DUNKER, 2015, p. 50).

⁵² Veremos ainda nesse capítulo que tal ideologia viria a se atualizar no futuro sob o disfarce científico da Eugenia – discurso que ganhou muito espaço dentro da psiquiatria emergente no Brasil.

⁵³ Os portugueses chegam ao Brasil trazendo consigo a idealização do tipo branco e a desvalorização da pele trigueira já corrente na Europa (FREYRE, 2006, p. 71).

A lógica regente dos condomínios não consiste somente em organizar um fluxo de circulação de pessoas, mas selecionar quem (e como) entra, defendendo-se daqueles vistos como impróprios.

A miséria não é um problema a ser cuidado e resolvido, através de propostas de desenvolvimento social, mas algo a ser mantido e afastado. Trata-se de uma nova interpretação sobre a desigualdade social, a “pobreza incluída”: “de acordo com essa lógica, é preciso exportar problemas e, ao mesmo tempo, restringir seu retorno pelo reforço de barreiras fiscais, controle de fronteiras e restrição de circulação de pessoas” (DUNKER, 2015, p. 68). Algo semelhante acontece atualmente com os refugiados na Europa⁵⁴.

Voltando mais especificamente à questão da escravidão e às marcas que ela deixou no social brasileiro, o argumento de Jessé sobre as “ralés” (2019, p. 17) é contundente, no sentido não de somente propor que abandonemos o paradigma “culturalista” das ciências sociais⁵⁵ como sinalizar que ele acoberta e justifica preconceitos piores e mais profundos relacionados a essa questão do desenvolvimento. As teorias nascidas desse paradigma que corroboram separações hierárquicas entre os povos, as classes sociais, os gêneros e entre as 'raças' porque elas cindem atividades e características superiores das inferiores para, em seguida, atribuir as primeiras ao homem branco europeu e as segundas aos negros. Nesse esquema, o negro seria mais apto para o que se relaciona ao corpo, enquanto que o homem branco seria mais habilitado para ações do campo do espírito e do conhecimento. Não é coincidência, portanto, que ao negro tenha sido relegado o tipo de trabalho mais desvalorizado socialmente. Essa seria mais uma forma de dominação e opressão da população via uma inferiorização justificada academicamente.

⁵⁴Atualmente está em curso uma crítica situação humanitária vivida por centenas de milhares de refugiados, oriundos majoritariamente da África e Oriente Médio que buscam chegar na Europa Ocidental através de perigosas travessias no Mar Mediterrâneo e pelos Bálcãs. As reações dos estados da União Europeia são diversas, mas a maioria visa proteger o seu território dessa massa populacional, levantando barreiras físicas e políticas. Muitos dos países de origem dos refugiados foram explorados como colônias por países europeus aos quais agora o seu acesso é negado.

⁵⁵ Este paradigma entende a questão da diferença de desenvolvimento entre diversos os povos como sendo explicável através do estoque cultural que elas herdaram

Ainda segundo Souza (2019, p. 40), o culturalismo parte da ideia de que a transmissão cultural se daria de modo automático, como o código genético. Logo, um descendente de português carregará traços lusitanos. Jessé Souza se opõe a essa ideia e dá ênfase às condições sociais para que essa transmissão de elementos culturais aconteça, priorizando a influência das instituições nesse processo. Seria assimilando suas regras – distinguindo o que merece prêmio e o que merece castigo, que nós constituiríamos as balizas do que são comportamentos socialmente aceitáveis. E a escravidão foi e ainda é a instituição mais arraigada e disseminada em nossas relações sociais: “No Brasil, desde o ano zero, a instituição que englobava todas as outras era a escravidão, que não existia em Portugal, a não ser de modo tópico e passageiro. Nossa forma de família, de economia, de política e de justiça foi toda baseada na escravidão” (SOUZA, 2019, p. 42). E, para embasar essa afirmação, Jessé utiliza, como dissemos anteriormente, Casa-grande & Senzala (FREYRE, 2006) contra seu próprio autor alicerçando a experiência colonizadora no Brasil, no aspecto econômico na agricultura de monocultura baseada no trabalho escravo e, no aspecto social na família patriarcal. Assim, com Souza (2019) e Freyre (2006) temos um Brasil colonial organizado a partir do patriarcalismo, tal como ele criou raízes no nosso país. Uma família patriarcal que funcionava como matriz de toda sociedade, desde seus elementos nucleares: o senhor e sua família, mas essencialmente os elementos intermediários constituídos pelo enorme número de bastardos – muitas vezes gerados a partir do estupro⁵⁶ – e de escravos.

3.2 - A escravidão brasileira aplicada à loucura

Devemos retornar tais considerações para o campo da saúde mental, para observar como essa lógica investe sobre ele. Com a República, podemos notar algumas mudanças no cenário da psiquiatria carioca: o Hospício Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados (HNA) e

⁵⁶ Freyre (2006) utiliza termos como “emprenhar”, “intercurso sexual” ou “misturar-se gostosamente” para se referir à subjugação sexual das nativas e escravas no processo de colonização portuguesa. Não consideramos tais termos conferem a devida dimensão à violência sofrida pelos nativos e pelos escravos em solo brasileiro. Porém, como diz um ditado africano, até o leão aprender a escrever, a história exaltarà a versão do caçador (GOMES, 2019).

no período de aproximadamente uma década, padece de abandono, falta de investimento e de recursos. Surgem novas denúncias de maus-tratos, agora perpetrados pelo HNA (FILHO, 2008). Em 1902, o então prefeito do Rio de Janeiro, Pereira Passos, realiza um inquérito segundo o qual “o Hospício Nacional é simplesmente uma casa de deposição de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem qualquer fiscalização” (MOREIRA, 1905, p. 3).

Juliano Moreira é então nomeado novo coordenador do HNA e, na tentativa de construir uma base teórica para o tratamento da loucura, adota o pensamento alemão, iniciado com Kraepelin. Este psiquiatra estabelece uma relação causal entre os sintomas físicos e os transtornos mentais, alinhando o segundo como consequência do primeiro. Essa abertura ao pensamento alemão deu margem para a entrada no país de uma modalidade radical e em ascensão na Europa, principalmente na parte germânica: a eugenia (FILHO, 2008).

O termo “eugenia”, cunhado por Francis Galton em 1883, significa “bem-nascido”. Segundo seu criador, ela abarcaria o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, física ou mentalmente (CARVALHO, 2014). Esta perspectiva estabelecia uma relação entre características negativas e indesejadas, oriundas do que considerava como raças não brancas, e qualidades, atribuídas à branquitude, e visava modificações, que percebia como aprimoramentos, nas pessoas, a partir desses pressupostos. Os traços da população poderiam ser listados, qualitativamente, segundo um critério hierárquico dotado de ligações muito claras com uma proposta de embranquecimento da humanidade.

O pensamento eugenista foi recebido com entusiasmo pela elite política brasileira, bem como por grupos de intelectuais do início do século XX. Base de algumas das práticas do nazismo, o movimento eugênico encontrou um solo fértil num Brasil que tinha abolido a escravidão havia somente 30 anos, e reforçou uma lógica de exclusão e violência contra os negros.

O eugenismo chega ao Brasil num momento de expansão urbana intensa e desordenada. Devido à intensa industrialização do país, notava-se um fluxo considerável de imigrantes. Os ex-

escravos e camponeses também marchavam para a cidade em busca de emprego. Sérios problemas sociais e sanitários começam a aparecer na nova República, situação política e social muito complexa, em que o pensamento eugenista emerge explicando os problemas sociais a partir dos genes. Para ele, a degeneração do homem via propagação de qualidades raciais tidas como negativas era mais que uma doença individual: tratava-se também de uma ameaça social. Ameaça essa que, segundo os defensores dessa perspectiva, estaria presente na natureza étnica do nosso povo, mestiço por natureza⁵⁷. A pele negra é tomada como sinal de inferioridade em âmbito individual e ameaça em perspectiva social⁵⁸.

Em 1923 é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, com preceitos eugenistas. Com o psiquiatra Heitor Carrilho como um dos seus expoentes, ela tem uma influência importante no tratamento asilar. Alega que o alienado é um portador de degeneração hereditária, e propõe o recolhimento e o isolamento, chegando até a esterilização. Em 1930, a Liga extrapola o campo da saúde e amplia sua intervenção: aplica a sua interpretação da biologia à cultura, propondo uma limpeza da sociedade, o embranquecimento da população e a imposição de preceitos morais. O perfil racial do povo brasileiro faria da parcela pobre da população a mais suscetível a transtornos físicos e mentais. No sentido de estancar essa degeneração assim suposta pelos eugenistas brasileiros, suas pautas apontavam para a necessidade de uma seleção de imigrantes, do controle matrimonial e debates sobre a miscigenação, branqueamento e regeneração racial. No caso da doença mental já estabelecida, a Liga de Brasileira de Higiene Mental advogava a favor do uso da colaboração policial para impor tratamento coercitivo, a punição moral e jurídica do alcoolismo, a esterilização sexual dos doentes (DUNKER, 2015).

57 João Ferreira da Silva Filho (2008) fala sobre a reclusão de menores pobres e da eugenia social aplicada à infância e ao controle de natalidade em famílias pobres. Resumidamente, diríamos que para os pobres ainda não nascidos, a ligadura de trompa. Para os pobres já nascidos que ameaçavam o mundo da ordem, o extermínio.

58 Fanon (2020) sinaliza a existência desse mesmo pensamento dentro da escola argelina de Psiquiatria que, por sua vez, tomava os muçulmanos norte-africanos como “homens primitivos, cuja evolução cerebral é anatomicamente defeituosa” (p. 273). Ainda segundo essa escola, os Hindus padeceriam de maneira geral de: “ausência completa ou parcial de emotividade, credulidade, teimosia tenaz, propensão a acidentes e a crises de histeria” (p. 287).

A Liga Brasileira de Higiene Mental foi influente e ampliou suas discussões durante toda a primeira metade do século XX. A segregação social, que tomava por critério a miséria e a cor da pele, ganhou vulto e muitos defensores a partir da incidência do discurso eugenista na psiquiatria brasileira. É como se uma perseguição já em curso ganhasse embasamento científico e passasse a se justificar, sob a roupagem de pensamento moderno e benéfico para a sociedade.

Esse panorama segue até o pós II Guerra Mundial. Paralelamente, havia também o início de uma tentativa de construção de um pensamento acadêmico, intimamente relacionada a um decreto baixado por Vargas em 1938 que proibia a duplicidade de cargos estaduais e federais. Muitos médicos que mantinham vínculos duplicados para atuar simultaneamente como clínicos e como pesquisadores universitários saem da prática e se mantêm exclusivamente na academia. Assim, em 1938 é fundado, dentre outros centros de pesquisa acadêmica em psiquiatria no país, o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), onde começam algumas pesquisas em psicofarmacologia.

A década de 1960 assistiu a uma onda global de transformação cultural. Testemunhou a publicação original de “História da Loucura” de Foucault⁵⁹, a aparição dos primeiros sinais mais consistentes da influência da psicanálise sobre o campo da psiquiatria e início de experiências e tentativas de mudança da lógica em saúde mental vigente até então.

Nesse contexto, surgem as comunidades terapêuticas com a proposta de tentar mudar o hospício a partir dele mesmo, sem pretender extinguir essa instituição. Influenciadas pela psicanálise, as comunidades terapêuticas pretendiam construir um novo modelo discursivo/organizacional para as ações do cotidiano hospitalar (TENÓRIO, 2001). Para tanto, tomavam não só os pacientes, mas também a instituição como objeto de análise. As relações entre paciente e equipe técnica e entre os membros das equipes de cuidado eram pensadas no sentido de serem mais horizontais e permeáveis.

⁵⁹ O livro “História da Loucura na Idade Clássica” foi originalmente publicado como “*Folie et Dérison*” pela editora Plon, em 1961, depois como “*Histoire de la folie à l’âge classique*”, em 1972, pela editora Gallimard.

As comunidades não obtiveram, porém, êxito em seu objetivo de transformar o hospício brasileiro. Não foi possível observar qualquer mudança consistente no modelo asilar da época, e as comunidades terapêuticas foram engolfadas por instituições psiquiátricas particulares, desprovidas de interesse em mudança, e que queriam conferir às suas velhas instituições uma fachada mais humana e modernizada (TENÓRIO, 2002).

Além do movimento das comunidades terapêuticas, a Psiquiatria Comunitária emergiu nesse período. Este legado da medicina social dirigia o olhar da psiquiatria para a cultura, resvalando por vezes para uma prática de controle e normatização do social, agora via discurso psiquiátrico. Partindo de uma crítica ao modelo asilar e hospitalocêntrico ainda vigente, ela propunha que se interviesse na comunidade, a fim de prevenir o adoecimento mental e evitar a internação, entendida, nessa perspectiva, como segregadora e iatrogênica. Sugeria, em contrapartida, uma intervenção precoce na sociedade, no sentido de evitar a internação psiquiátrica através da prevenção de possíveis adoecimentos mentais, partindo da identificação de algumas situações de risco. Assim, trabalhava a ideia de saúde mental, por oposição à doença mental, com relação estreita com a adaptação do indivíduo às exigências da sociedade.

No entanto, nem a psicoterapia institucional, nem a psiquiatria comunitária conseguiram evitar a chegada e a ascensão das clínicas psiquiátricas particulares conveniadas durante os anos de chumbo da ditadura⁶⁰. Com o apoio do regime militar, essas instituições passaram a funcionar oferecendo leitos suplementares aos do sistema público que, se por um lado não tinha um número de vagas suficiente para responder a todas as demandas de internação, por outro, ainda não investia de maneira consistente numa rede extra-hospitalar, então não dispunha de uma resposta alternativa à crise.

Por décadas, as clínicas conveniadas recebiam um repasse do governo por paciente internado e por dia de internação, sem que houvesse controle algum. Em grande parte, as clínicas contratadas funcionavam exclusivamente às expensas do sistema público, primeiro via Instituto
60 Cf. FILHO, 2008 sobre a reclusão de "menores", considerados "transviados, desvalidos e desajustados" nesse mesmo período.

Nacional de Previdência Social (INPS) e, depois, como veremos a seguir, com o Sistema Único de Saúde (SUS) (FILHO, 2008). Nascia a indústria da loucura, esse empuxo à internação com o objetivo de obter lucro. Nos anos 1940, dos 24 mil leitos psiquiátricos existentes no Brasil, apenas 3 mil eram particulares. Durante a ditadura, esse número subiu para 56 mil. Em 1996, dos cerca de 62 mil leitos em hospitais psiquiátricos mantidos pelos SUS, aproximadamente 50 mil, isto é, por volta de 80% deles, eram em instituições privadas.

Nas clínicas conveniadas internava-se o paciente e deixa-se lá o tempo que quisesse. Maior o tempo de internação, maior o lucro. Essa associação do capital com o modelo manicomial se expressava nas clínicas conveniadas através de um incentivo à internação que, por sua vez, se resumia numa assistência limitada ao mínimo de custo possível, junto com técnicas de dominação que mantinham os pacientes silenciados. Resultavam em instituições sem qualquer infraestrutura nas quais se praticava cotidianamente técnicas de repressão e tortura (ARBEX, 2013). Muitos empresários desse ramo, dotados, em sua maioria, de fortes laços com políticos, enriqueceram com isso sem qualquer constrangimento, até que nos anos 1970, voltam as denúncias de maus tratos aos pacientes internados, da ineficiência do modelo e das fraudes nas instituições.

Nos anos 1980, o Brasil saía da ditadura imerso numa crise econômica, com inflação e recessão. Havia vontade de mudar e a sociedade se organizara razoavelmente. A constituição de 1988 ampliou direitos sociais e instituiu, em seu artigo 196, o Sistema Único de Saúde como forma de fazer operar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” (BRASIL, 1988). Com essa abertura política, houve uma nova tentativa de racionalizar e humanizar o hospício: visou-se diminuir a demanda por internação através da criação de ambulatórios. Ambas falharam e as clínicas conveniadas continuaram a crescer, mesmo após as denúncias de mortes e maus tratos perpetradas por essas instituições.

Em 1987, temos a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental e o segundo Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, tomado como o marco inaugural da

Reforma Psiquiátrica no Brasil. Surge o lema pioneiro: “Por uma sociedade sem manicômios”, que importado da Psiquiatria Democrática Italiana representa uma mudança radical nos objetivos pretendidos na atenção aos loucos. Não se trata mais de humanizar o hospício, tal como vimos no movimento de comunidades terapêuticas dos anos 1960. A Reforma Psiquiátrica brasileira nasce com o desejo de acabar com esta instituição e trazer o alienado de volta ao convívio social e ao estatuto de cidadão.

Se a modernização da psiquiatria na França se desenvolveu a partir do terreno da psicoterapia institucional, a Reforma Psiquiátrica nasce no Brasil tendo como paradigma o modelo italiano de Reforma, liderado pelo médico-psiquiatra Franco Basaglia⁶¹. Ele e seu grupo questionaram o poder da ciência Psiquiátrica sobre as instituições de cuidado para os loucos e trouxeram novas formas de tratar para o panorama da psiquiatria vigente ao assumirem a gerência do manicômio de Gorizia (FILHO, 2008). Na época, Basaglia defendeu que

Seremos nós, psiquiatras, a sair em busca de um papel que ainda não tivemos e que – na medida do possível – nos situe em paridade com o doente, numa dimensão em que a doença, como categoria dada, seja colocada entre parênteses (BASAGLIA, 2005, p. 86).

Uma instituição inventada (ROTELLI, 2001) – que precisa ser negada (BASAGLIA, 1985). Trata-se da psiquiatria com seus aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno do objeto doença. Intenciona-se assim depurar um objeto de intervenção, isto é, “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (idem, p. 90).

Dizer, no entanto, que cada pessoa é um todo maior do que a doença, afirmar uma existência-sofrimento no encontro com o social não especifica a questão colocada pela loucura. Desde Freud (1930[1929]/1996), o social e as restrições por ele impostas para uma vida em coletividade são fonte de sofrimento para todos, sem exceção. Nessa perspectiva, dizer apenas que

⁶¹ Representante do movimento da Psiquiatria Democrática e precursor de mudanças consideráveis nas políticas de saúde mental de seu país a partir dos anos 1960.

há um sofrimento relacionado ao social não individualiza o sofrimento psíquico, nem de neuróticos, nem de psicóticos.

Seria o sofrimento no encontro com o corpo social igual na psicose e na neurose? Para a psicanálise e o paradigma clínico no qual ela se sustenta, é justamente afirmando a especificidade da existência psicótica, e sustentando essa diferença, que poderemos abrir uma frente de encontro com a loucura que não seja manicomial. Voltaremos a essa discussão na tese.

Apostando na vertente terapêutica da liberdade, Basaglia (1985) defende uma liberalização tanto do doente como do psiquiatra e sua equipe. Esta liberdade poderá ser encontrada situando o doente em paridade com a equipe técnica e com a instituição. Essa horizontalidade nas relações deve perpassar a relação entre equipe técnica e paciente, mas também a equipe técnica internamente. O saber sobre o doente deve ser deposto, e a dialetização entre técnicos e pacientes, valorizada.

O modelo italiano de Reforma Psiquiátrica apresentava uma diferença fundamental com relação aos movimentos inglês e francês: tinha, como condição para sua execução, a destruição do manicômio. Para Basaglia (1979), seria impossível que a Reforma progredisse sem que isso fosse feito: era preciso disseminar, pelo social, os problemas referentes à doença mental, antes restritos à instituição e, para isso, se faria necessário implodir os hospitais psiquiátricos, visando que a rede substitutiva à internação se fortalecesse (ROTELLI et al., 1990) e tomando a cidadania do louco como bandeira de luta.

Basaglia dirigia sua crítica ao hospital psiquiátrico afirmando que “a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz” (BASAGLIA, 1979, p. 14). E a Psiquiatria Democrática Italiana tem o mérito de denunciar essa violência institucional no tratamento da loucura (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2004). A Itália foi, assim, o primeiro país a criar uma lei abolindo a internação psiquiátrica. Para isso, adotou tecnologias de cuidado que tinham como

objetivo substituir o hospital. Os recursos humanos e materiais existentes na época foram redirecionados para novas práticas de cuidar em saúde mental (ROTELLI et al., 1990). Rotelli (1990, p. 26) afirma que o manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento do sofrimento, da miséria e do distúrbio social. Entretanto, esse tipo de funcionamento não se encerrará com o desaparecimento dos hospitais psiquiátricos. Tal como fez ao longo da história, essa lógica se transmutará, e assumirá outras formas de dominação. Até ser compreendida e modificada em seu núcleo, a opressão do que é diferente se manterá.

O rápido sobrevoo que realizamos na história da saúde mental brasileira aponta para o fato de que as instituições psiquiátricas foram, e ainda são, uma solução governamental para isolar e silenciar os miseráveis que adoecem. A psiquiatria nasce no Brasil levantando paredes que aprisionam os loucos improdutivos que antes circulavam pela cidade. Pensando, portanto, a situação brasileira, concordamos com Basaglia (1979, p. 18) quando diz que a classe operária está destinada ao manicômio caso adoça. Essa é a resposta do Estado à questão da psicose, principalmente quando ela faz interseção com a pobreza⁶².

Trazendo essas reflexões para a chamada “indústria da loucura”, podemos entendê-la como modo de contenção que, num só movimento, retira de circulação as figuras indesejadas e não funcionais, mas também os devolve ao círculo produtivo - mais no lugar de trabalhador, mas como mercadoria rentável. A internação nesses manicômios particulares seria um mecanismo não só de reclusão, mas também de objetificação do alienado, que agora integra a cadeia produtiva como disparador de alguns custos ao seu redor, o que tornou a loucura um mercado lucrativo.

O Hospital Colônia de Barbacena exemplifica tristemente essa lógica. No início dos anos 60, o fotógrafo Luiz Alfredo, d' *O Cruzeiro*, visitou o manicômio para uma sessão de fotos que, posteriormente, integraram a matéria intitulada “A sucursal do inferno”. Ao retornar à redação, Alfredo, desabafou com o chefe: “Aquilo não é um acidente, mas um assassinato em massa”

(ARBEX, 2013). Tivemos um genocídio cometido, sistematicamente, pelo Estado brasileiro, com a

⁶² Muito embora isso não nos conduza a nivelar a questão da loucura à da pobreza, como se a primeira se resumisse à segunda. Veremos isso no próximo capítulo da tese.

convivência de profissionais da saúde, de funcionários e também da sociedade. Uma barbaridade como essa, e tantas outras, não se dá sem a omissão de muitos setores da sociedade, em diversos níveis - nenhuma violação dos direitos humanos se sustenta por tanto tempo sem que haja convivência.

Neste caso específico, a lógica chegou ao cúmulo de vender os corpos dos internos. Com as condições sub-humanas da instituição, o número de mortos era altíssimo. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país (ARBEX, 2013). Nesse ponto também é possível, a partir de Laurentino Gomes (2019), estabelecer um paralelo com a escravidão. Ao tratar da abolição da escravidão, o autor salienta que a captura, a venda e o cativo dos negros persistiram na atualidade sob outros disfarces:

é recorrente o noticiário sobre pessoas submetidas a condições de trabalho análogas ao cativo, exploradas mediante pagamento de salários irrisórios (ou nem isso), privadas da liberdade de ir e vir, em ambientes sórdidos ou insalubres que, muitas vezes, se assemelham aos das senzalas e dos engenhos de cana-de-açúcar do século XVIII (GOMES, 2019, p. 27).

Nesse ponto, nossas reflexões confluem para as observações de Achille Mbembe (2018) quando ele sublinha que no nosso mundo globalizado, capitalista e neoliberal deixou de ser exclusividade do povo negro ser tomado como objeto resto ou mercadoria. Essa visada violenta e exploratória começou com os negros, mas se estendeu para outras minorias. Estamos circunscrevendo a loucura como campo sobre o qual esse pensamento avançou. A manutenção da exploração do povo negro e a expansão desse modelo para outras formas de exploração torna a questão da escravidão um tema que não se restringe aos museus ou aos livros de história, mas parte de uma agenda urgente e decisiva na realidade brasileira e mundial.

A crítica de Basaglia repercute no nosso país e se fez especialmente relevante no contexto da psiquiatria brasileira dos anos 80, impregnada pela internação como única resposta possível e pela indústria da loucura ainda em expansão. É ela que embalou a necessária Reforma Psiquiátrica no Brasil.

3.3 - A Reforma Psiquiátrica no Brasil: a cidadania e a crítica aos hospitais

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se funda sobre o objetivo transformar o louco em cidadão. A psiquiatria como vinha sendo feita no país não foi capaz de oferecer uma resposta à loucura que não fosse asilar (TENÓRIO, 2001), mantendo assim essa parcela da população sem muita chance de participar da vida na cidade⁶³. A cidadania é a pedra angular sobre a qual se assenta o discurso da Reforma Psiquiátrica italiana e dela derivam suas ações. A Reforma, e o processo de desinstitucionalização que o subjaz, visa introduzir “novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995b, p. 494). Vê-se que o louco na Reforma é um sujeito de direito. “Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas também teóricas bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os direitos do doente mental, sua cidadania” (DELGADO, 1992, p. 29).

Mas, a loucura se resume à falta de cidadania? Conferir a cidadania ao louco abarca as dificuldades concernentes à psicose? Essas dificuldades são levadas em conta? Não há, na psicose questões específicas que se faz necessário reconhecer? Se Tenório (2001) afirma que a Reforma Psiquiátrica se ancora em duas proposições básicas, e uma delas é a psicose como uma questão de sujeito, não encontramos nos textos que orientam o processo de Reforma na Itália e no Brasil nem uma discussão sobre o que seria o sujeito. Não encontramos, como Tenório (idem, p. 15) afirma, conceitos clínicos ou uma clínica da Reforma. A condição da psicose e sua problemática referente ao corpo social é como que denegada pela Reforma Psiquiátrica, enquanto a clínica é rejeitada⁶⁴.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil trata a psicose como uma questão de inclusão social. E, em nome dessa inclusão, muitas vezes ela atropelou, sem nem se dar conta, a questão do sujeito:

63 No próximo capítulo vamos nos perguntar a partir da psicanálise sobre que dificuldade é essa do louco estar no social. Reconhecer e dar lugar a tal especificidade é o que pode fazer do agenciamento social da loucura proposto pela Reforma uma intervenção clínica e não um ideal de cidadania.

64 Voltaremos a esse tema da clínica e a Reforma Psiquiátrica no quinto capítulo desta tese.

Parece-nos que ao negar totalmente os saberes acumulados pelo campo da clínica, na tentativa de marcar uma diferença radical, a proposta basagliana acaba por produzir uma retórica onde a inclusão social acaba por inverter os sinais característicos da exclusão, eliminando assim a contradição que deveria ultrapassar. Assim, para a Psiquiatria Democrática Italiana as condutas consideradas “inclusivas” encontrariam legitimidade independente de qualquer consideração clínica (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2015, p. 125).

Quando o assunto é loucura, não conseguimos nos deslocar do campo do imperativo: da recusa à exclusão, passamos para o imperativo da inclusão (idem). Concordamos com Basaglia quando este assinala a exclusão e o silenciamento do louco nas relações sociais. De fato, os direitos mais básicos dessa população foram, e continuam sendo, usurpados - daí a importância da pauta da cidadania do portador de transtorno mental. É preciso encontrar uma via que articule a reivindicação de autonomia e o cuidado, com o respeito às dificuldades relativas a esse campo que os pacientes frequentemente testemunham.

Somos sensíveis à condição de exclusão do alienado na nossa cultura, mas ela não está relacionada a aspectos exclusivamente políticos. Essa exclusão tem raízes e desdobramentos que são do campo da clínica do sujeito e que precisam ser remetidos a esse campo também. Ou seja, se não remetidos ao campo do sujeito, os agenciamentos sociais da Reforma Psiquiátrica podem não só ser infrutíferos, como também podem ter efeitos deletérios, tanto para os pacientes como para a equipe de cuidado.

Basaglia enfatiza o papel das instituições manicomiais: elas reduzem o contato dos pacientes com o exterior e fomentam a perda dos seus direitos, inviabilizando a manutenção (ou obtenção) da posição social pelos internos. Com a observação e escuta clínica é possível, porém, reconhecer que, para além desses efeitos danosos da segregação empreendida pelo manicômio, há uma dificuldade de frequentar essas situações que concerne à psicose. Pinel foi sensível a isso. Para o alienista francês, o isolamento apresentado pelo alienado era um sinal de um processo progressivo de perda da alma e de ruptura com o pacto social que acarretava solidão, exílio, apatia (DUNKER, 2015). Assim, se o mito a partir do qual se propôs uma liberdade para os loucos na França se deu sem

apagar a existência, na loucura, de uma condição peculiar, na Itália indicar essa diferença era justamente o que precisava ser erradicado para se alcançar uma almejada situação de igualdade.

É preciso ir além da crítica às instituições totais (GOFFMAN, 1961): é preciso reconhecer e cuidar da maneira como a psicose foi sendo estruturada em cada paciente, entender por quais caminhos ela avançou e em quais entraves ela demanda auxílio. O trabalho da escuta clínica consiste em seguir essas coordenadas até formar um mapa particular do paciente. Para Basaglia (1985), o ato terapêutico visaria resolver os conflitos sociais adaptando o louco a esses conflitos. Sendo assim, esse ato seria uma objetualização e, tal como o manicômio, precisa ser negado. Não encontramos, porém, uma leitura em Basaglia que possa sinalizar a existência de outros atos, da ordem do tratamento, que tenham uma definição e um objetivo diferente deste. Não há ali um movimento de especificar a loucura, mas sim de equalizá-la como detentora de direitos como todo e qualquer cidadão⁶⁵.

Uma das frentes de trabalho da Reforma para devolver, ao paciente, a cidadania é tornar digno o seu tratamento. Para isso, o movimento propõe a desconstrução, no cotidiano, das instituições e da sociedade das formas arraigadas de lidar com a loucura, e a substituição de uma psiquiatria centrada em hospitais por dispositivos diversificados, abertos e comunitários. Esse seria um processo “[...] fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização” (AMARANTE, 1995a, p. 91). Como efeito interessante dessa crítica às instituições tradicionais, temos o aumento da quantidade de tratamentos possíveis, bem como a ampliação do leque de intensidade possível desses tratamentos.

Esse processo de pluralização dos dispositivos territoriais para acolhimento da loucura em substituição às instituições totais, na atenção psicossocial é chamado de desinstitucionalização.

Trata-se de um termo controverso:

65 Veremos, no quarto capítulo, que a psicanálise se coloca numa via clínica, mas que não passa por adaptar. Veremos também que, para a psicanálise, um reconhecimento do cidadão só será possível a partir de sua loucura.

Não há um consenso para o termo desinstitucionalização. Chamávamos o modelo que levamos a efeito em Trieste de desinstitucionalização, ou seja, um modelo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos dos hospitais psiquiátricos e de construção, fora do mesmo, de novos serviços que tivessem uma lógica inversa à da exclusão do internamento, da opressão própria aos hospitais psiquiátricos. Infelizmente, nos Estados Unidos, por exemplo, a palavra desinstitucionalização transformou-se numa caricatura disso, ou seja, acabou significando uma 'desospitalização', o fechamento dos hospitais, um atirar as pessoas na rua (ROTTELI, 1989).

No Brasil o termo desinstitucionalização se confunde comumente com desospitalização. Também é curioso notar que a essa multiplicação de instituições para a loucura venha sendo nomeado como desinstitucionalização. Soa estranho que os CAPS, Residências Terapêuticas e as demais instituições inventadas para tratar a loucura sejam chamados de “dispositivos desinstitucionalizantes” (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JR.; MATTOS, 2007).

Na perspectiva da atenção psicossocial, o modelo assistencial para a psicose deve ser reorientado na direção de um processo de desinstitucionalização. Não se pretende, todavia, que o paciente um dia prescindia das instituições. A atenção psicossocial (paradoxalmente) concebe a vinculação dos usuários às instituições da rede de saúde mental como desinstitucionalização.

Talvez porque a crítica esteja com o foco direcionado para as instituições, e não para o que há de manicomial em como lidamos com a loucura, este discurso resista e se mostra operante, mesmo após o fechamento de alguns manicômios pelo país; mesmo dentro das instituições “desinstitucionalizantes”. Desviat observa, em *Cohabitar la diferencia* (2016), que o fechamento dos manicômios não produziu sociedades menos violentas ou mais acolhedoras com os loucos. Desta maneira, este ato, o slogan da luta antimanicomial no Brasil, quando chega a acontecer, não implica necessariamente numa sociedade mais justa para os usuários da rede de saúde mental, principal pleito do movimento. A violência e a objetificação antes exercidas por essas instituições se perpetuaram, ainda que de forma mais amena.

Isso nos leva a pensar que o termo “desinstitucionalização” representa muito mal todo processo subjacente à Reforma. Ela traz como discurso, uma pluralização e complexificação das

instituições relacionadas à loucura. Com a Reforma, as instituições aumentaram em número e em diversidade, abrangendo as questões de moradia, de trabalho e lazer.

Os países latinos adotaram um termo, a princípio, mais sensível com relação ao verdadeiro adversário a ser combatido: a “desmanicomialização” (BIANCHI, 2016) substituiu a desinstitucionalização. Esta mudança, embora não solucione toda essa tensão sobre loucura, clínica e cidadania, ao menos evita alguns mal-entendidos.

De fato, o termo “instituição”, tal como descrito por Rottelli (1990, p. 30) é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’. Assim, o objeto doença constitui a instituição. Nesse contexto, o processo de desinstitucionalização torna-se a reconstrução da complexidade do objeto implicado na loucura. Seguindo o argumento de Rotelli, vemos que na desinstitucionalização “A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’. [...] O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI et al. 2001).

Assim, os dispositivos desinstitucionalizantes não trabalhariam a partir da loucura como doença - encaminhamento compartilhado pela psicanálise. Como veremos, a psicanálise não entende a psicose como doença ou transtorno, mas sim como uma modalidade específica de organização subjetiva, tal como a neurose, ainda que distinta dessa última. Desta maneira, a diferença entre psicanálise e atenção psicossocial não pode ser ancorada na loucura como sendo ou não uma doença e no tratamento visando ou não a cura.

A atenção psicossocial recusa a psicose como doença, mas não faz uma proposta consistente sobre no que, afinal, consistiria a loucura. Esta categoria, como condição peculiar, parece não existir. Ao recusar o olhar da clínica (ROTELLI et al., 2001), a atenção psicossocial joga o bebê fora junto com a água do banho: descarta a singularidade da existência implicada na psicose. Negar

o fato clínico da psicose separa esses dois campos e tem implicações cruciais para o que vai ser entendido como maneira de abordar a loucura. Nesse sentido, a atenção psicossocial se distancia das postulações da psicanálise.

Não encontramos, nos autores da Reforma Psiquiátrica colocações sobre um entendimento acerca da psicose. Isso condiz com a raiz na psiquiatria democrática italiana: um questionamento a todo e qualquer saber que se construa sobre a psicose. Assim, o processo de produção de vida, de sociabilidade, de ocupação dos espaços coletivos ocorre sem que se pergunte, antes, quais as dificuldades envolvidas nisso, sem antes refletir porque se faz necessária a mediação com o social. É como se não fosse preciso falar da diferença que a psicose representa no social, como se pudéssemos agir desconsiderando sua existência. Tomando a sociabilidade e a circulação pelo social como índices de saúde, elas se tornam um objetivo geral, desejável para todos. Esse laço com o trabalho, com a comunidade parecem ser uma finalidade que indicaria que a questão da loucura deixou de existir.

Como delimitar atenção psicossocial e psicanálise? Quando chegamos à conclusão de que acompanhar o psicótico na clínica psicanalítica requer que escutemos a psicose instalada ali. Menos pra construir um saber sobre a psicose, visto que Lacan (1955-56) nos alertou que o erro, diante da psicose, está em compreender, mas sim porque será a partir do saber que o paciente já construiu, ou poder ser secretariado para vir a construir, que o acompanhamento pode acontecer. É somente de dentro da psicose que um projeto terapêutico se desenha.

3.4 – A Reforma Psiquiátrica brasileira na prática

A experiência brasileira que serve como testemunha dos primeiros efeitos do discurso de Basaglia no Brasil ocorreu em Santos. Nessa cidade, em 1989, a Casa de Saúde Anchieta - outra clínica psiquiátrica conveniada ao sistema público de saúde, foi fechada e os pacientes que viviam

internados nessa instituição foram encaminhados para os serviços substitutivos no território. Era o lema “Por uma sociedade sem manicômios” reordenando o campo da saúde mental e tendo seus primeiros desdobramentos na cidade.

Dos anos 1990 aos anos 2000, assistiu-se um período de grande efervescência da discussão em saúde mental entre os profissionais da área. Os cenários da saúde mental e da atenção psicossocial no Brasil passaram por diversas transformações e inovações, com o objetivo de superar o modelo hegemônico hospitalar. Uma rede de serviços diversificados foi sendo tecida nas cidades, com os pacientes e seus familiares cada vez mais incorporados aos debates. Na mesma proporção em que se implementavam mais CAPS e Residências Terapêuticas pelo estado do Rio de Janeiro, também aumentavam denúncias de negligência e maus tratos em clínicas conveniadas, como, por exemplo, a Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi, e a Clínica das Amendoeiras em Jacarepaguá.

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde divulgaram o documento *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*, conhecido como a Declaração de Caracas (OPAS, 1990). A partir dele, direcionou-se as políticas adotadas pelo governo brasileiro na abordagem da loucura, estabelecendo como norte a re-estruturação da rede de atenção à saúde mental. Esta passou a ter seu centro na comunidade. Para além disso, os recursos, cuidados e tratamentos devem zelar pela dignidade e os direitos humanos e civis do paciente, propiciando a sua permanência no território.

Em 2001, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), coroou o processo de Reforma já em andamento no país. A lei visa garantir os direitos e a proteção dos portadores de transtorno mental de maneira mais ampla, regulamentando e organizando, ainda, os recursos da rede de atenção em saúde mental. O território é demarcado como lugar de tratamento para a loucura, e a internação só deve ser realizada

quando os demais dispositivos da rede falharam. A partir dessa lei fica vedada a internação de pacientes em instituições com características asilares.

Em 2003, é sancionada a lei nº 10.708 (BRASIL, 2003), que institui o Programa de Volta Pra Casa, estabelecendo um auxílio para portadores de transtornos mentais egressos de internações: o pagamento de um benefício aos egressos de instituições hospitalares psiquiátricas que tenham permanecido por um período igual ou superior a dois anos na época da publicação da lei.

Mas, o que de fato mudou com a Reforma? Podemos observar uma redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, um melhor gerenciamento das internações a partir da exigência de notificação ao Ministério Público das internações involuntárias, o crescimento da rede substitutiva à internação, bem como do Programa Médico de Família atuando como parceiro dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2006). No que diz respeito às clínicas conveniadas, embora o controle sobre elas tenha melhorado a partir do momento em que a autorização e a supervisão da internação passaram a ser realizadas por órgãos públicos, o estrago, criado por décadas de vista grossa para os abusos cometidos por essas instituições, já havia sido feito. As clínicas existentes continuavam a fazer da alta um processo o mais demorado possível e a estrutura das instituições era precária. A Casa de Saúde relatada nesta tese sobreviveu até o ano de 2018, enquanto, possivelmente, muitas outras instituições semelhantes a ela ainda devem funcionar por todo o território nacional.

Dentre os obstáculos presentes durante o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, podemos citar: a ausência de uma frente de trabalho para a preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao louco, uma articulação precária dos diversos setores dos serviços oferecidos na rede, a falta de apoio financeiro para a criação de serviços comunitários adequados (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006), o baixo e ainda ineficiente número dos CAPS e das Residências Terapêuticas e a preconização da transferência dos leitos dos hospitais psiquiátricos para hospitais gerais. Estes dois últimos nos interessam por abordar, diretamente, o não querer saber sobre a diferença radical da loucura.

Diminuir os leitos psiquiátricos sem oferecer uma contrapartida de tratamento comunitário pode ter pelo menos dois significados. No primeiro, entende-se que seria possível que a loucura participasse da vida na cidade sem estar referenciada a um dispositivo de saúde mental, isto é, que os quadros mais graves da loucura prescindem dele. Assim, apara as arestas da psicose, equalizando os elementos e supondo que não há questões específicas do encontro da loucura com o social. Para o segundo sentido, as instituições até seriam necessárias para que os psicóticos graves circulassem pelo social, mas, justamente por não desejar essa circulação, não se investe nesses dispositivos territoriais. Dito de outra forma, a realidade das práticas públicas demonstra que a gestão em saúde mental ou não concebe a necessidade de um suporte para a psicose no laço social, ou não quer que a psicose se aproxime desse laço. Esta segunda perspectiva deixa de trabalhar, de maneira honesta, para a circulação da psicose pelo social, mantendo essa diferença longe dos nossos olhos.

A maneira como o Brasil estruturou, ao longo dos séculos, uma resposta ao diferente, propicia justamente uma colonização e uma segregação das diferenças, como aponta o investimento do governo federal na retomada das internações em Comunidades Terapêuticas.

Da mesma forma, a transferência dos leitos psiquiátricos para hospitais gerais denota esse “não querer saber” sobre a diferença radical da psicose. Parte-se do pressuposto de que transtornos mentais têm a mesma origem, a mesma estrutura e as mesmas consequências que as demais doenças existentes, como se a psicose não tivesse suas peculiaridades e pudesse ser acolhida na estrutura dos hospitais gerais. Não é possível estipular um desconhecimento absoluto das particularidades de um paciente psiquiátrico em relação a um outro que, por exemplo, permanece acamado e que se submete ao tratamento porque consegue reconhecer que precisa dele. Essa diferença está posta. Isto reitera para nós a percepção de que, em nosso país, a questão parece estar mais próxima de eliminar a diferença, varrê-la do mapa.

São modalidades discursivas que parecem inclusivas, mas não o são. Desospitalizar a loucura e atender crises psiquiátricas em hospital geral podem parecer ações inclusivas, mas não o

são, porque comungam do paradigma de “não querer saber sobre a especificidade da loucura”. Tais medidas de inclusão social, assim como muitas outras, partem de um discurso que localiza a existência de uma exclusão da psicose para defender a sua reentrada sem que haja uma discussão clínica sobre a loucura. São, como define Dunker e Kyrillos Neto,

deslocamentos discursivos que constituem, localizam e individualizam a loucura no espaço da exclusão social e, a partir disso, sustentam um conjunto de práticas que visam à sua reinserção, inclusão ou reentrada no campo social. Trata-se de um conjunto de práticas que discursivamente se recusam a inscrever-se na noção de clínica e muitas vezes colocam-se em oposição a esta (2004, p. 117).

Veremos que no Brasil, ter sua diferença reconhecida e respeitada não é uma questão exclusiva da loucura.

3.5 – O Brasil e a colonização da diferença

O ano é 2019. Em fevereiro a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS, divulga a Norma Técnica número 11/2019⁶⁶, e, após a repercussão negativa do documento, manda tirá-la de circulação dos meios oficiais. Nesta nota, a Coordenação Geral de Saúde Mental fala da alocação dos recursos financeiros na rede de atendimento em saúde mental. Em suma, as comunidades terapêuticas (instituições de cunho religioso e com um histórico de uso de violência contra os internos), voltam a receber dinheiro do SUS. Elas, junto com os hospitais psiquiátricos existentes, teriam, caso esse documento entrasse em vigor, seus insumos incrementados, tendo também sua importância aumentada na rede de saúde mental.

Em janeiro de 2019, moradores da favela de Manguinhos, na zona norte do Rio de Janeiro, relataram que jovens de mochilas e boné, geralmente em motos, vinham sendo alvejados por tiros certos e repentinos. Segundo as testemunhas, os tiros aconteciam quando a situação na

⁶⁶ Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

comunidade estava “calma” – ou seja, sem tiroteio – e vinham de uma torre branca na Cidade da Polícia, a sede administrativa da Polícia Civil. A torre branca, que se destaca sobre o muro da favela, faz parte do Depósito de Evidências Criminais da Cidade da Polícia. Nela há buracos ou “seteiras”, espaços que podem sustentar canos de armas através dos quais armas podem ser apontadas para as ruas da comunidade. Peritos afirmam que seria possível fazer tiros de precisão a partir do teto da torre devido a pequena distância até o local das mortes. À época, o então candidato e atualmente governador eleito, Wilson Witzel, chegou a prometer que empregaria ‘snipers’, atiradores de alta precisão, para executar criminosos armados, mesmo se não houvesse confronto⁶⁷.

No mês de maio deste mesmo ano, o governo federal brasileiro publicou a Nova Política Nacional sobre Drogas⁶⁸. Nela, a redução de danos, paradigma que orientava a política anterior, de 2004, cai por terra e a abstinência retoma seu lugar como objetivo do tratamento do toxicômano. As comunidades terapêuticas são agora reconhecidas como locais de tratamento. Os CAPS não são citados. A Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina endossam essa nova política (ABP & CFM, 2019).

Em junho, o presidente Jair Bolsonaro sancionou a lei que permite que usuários de drogas sejam internados involuntariamente⁶⁹. Especialistas alertam que esse panorama aponta para uma rentabilização do setor privado em saúde mental. Um contexto semelhante deu ensejo para o nascimento a indústria da internação durante a ditadura.

Ainda no mês de maio, o vereador Fernando Holiday (DEM-SP) protocolou o Projeto de Lei 352, que dificultaria a realização do aborto legal no município de São Paulo e permitiria a internação psiquiátrica compulsória de mulheres grávidas, caso fosse atestado que a paciente tinha “propensão ao abortamento ilegal”⁷⁰.

67 Birman (2019) em sua fala observa que para o poder constituído essa população preta, pobre, periférica constitui uma segunda categoria de cidadão: os assassináveis. Dentro do projeto genocida de Estado vigente, são pessoas cuja vida pode ser tirada sem muito constrangimento.

68 Cf. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019.

69 Cf. LOPES, 2019.

70 Cf. ROMANO, 2019

Em agosto, no Rio de Janeiro, a Comissão de Defesa dos Direitos Humanos solicita uma audiência pública para discutir o Decreto Municipal número 46.314/2019⁷¹, que trata da internação compulsória de usuários e dependentes de drogas que vivem em situação de rua. Diante dessa possibilidade aterrorizante, o Projeto Cartas na Rua se propôs a conversar com os moradores de rua sobre esse projeto de lei, e recolher a resposta deles para os governantes, através de cartas que, além de serem entregues aos deputados e vereadores no dia da votação, foram publicadas no perfil Cartas da Rua da rede social Instagram. Numa delas lê-se:

Eu não sou ladrão nem bandido. Sou apenas usuário de droga e bêbado. Isso que estão querendo fazer é covardia. Bebo com meu dinheiro. Não dependo de vocês que nunca me ajudaram. Vivo com meu trabalho e minha dignidade. Meus amigos me ajudam. Vocês deveriam mudar a maneira de pensar. Sem botar arma na rua e sem levar ninguém a força. Perguntem primeiro (CARTAS DA RUA, 2019).

Em Outubro de 2019 o governo do Rio Grande do Sul contratou 120 vagas numa instituição psiquiátrica particular que, segundo o Conselho Regional de Psicologia, se enquadraria no modelo manicomial. O preço: R\$ 10 milhões por seis meses de contrato, o que significa o valor mensal de R\$ 13.950 por vaga contratada. Os pacientes transferidos para essa unidade são adultos com deficiência ou transtornos mentais que eram atendidos em abrigos da Fundação de Proteção Especial.⁷²

Esses exemplos servem para dar relevo a uma tendência em curso, no atual governo, de varrer do social aquilo que é tido como marginal. Esse empuxo toma formas variadas: desde o assassinato de jovens periféricos à defesa da internação de pessoas sem qualquer indício de transtorno mental. A questão extrapola o campo do que se entende como transtorno mental quando até mesmo grávidas sem qualquer diagnóstico psiquiátrico entram nessa pauta. Estamos vivendo a retomada a internação compulsória, muitas vezes feita em instituições particulares, daqueles que não seguem um ideal de comportamento. É nossa tendência a segregar, de varrer para longe o dissonante se atualizando com toda a força. É o desvelamento do tipo de discurso que se consolidou

71 Cf. ASCOM – CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2019.

72 Cf. ABATI, 2019; CRP-RS, 2019.

a partir da escravidão. Estamos, tal como descreveu Lilian Schwarcz, assistindo em horário nobre “a divulgação, sem peias de discursos que desfazem abertamente de um catálogo de direitos civis que parecia consolidado” (2019, p. 25).

Desde a chegada dos portugueses em nosso território, o que se vê são repetidos esforços de exterminar o que é diferente de uma classe dominante. Isso começou com a escravização e o massacre dos povos indígenas no território brasileiro⁷³, continuou com o sequestro e a exploração dos negros africanos durante o império, repetiu-se na destruição de Palmares e Canudos e se diversificou por múltiplas formas de submeter o outro presentes em nossa cultura – o manicômio é uma delas. O Estado brasileiro parece insistir numa resposta que ou interdita a expansão dos direitos para essas populações mais fragilizadas, ou trabalha no sentido de eliminá-las, o que caracterizaria o que Lilian Schwarcz (2019) chama de “estado autoritário”. Já Mbembe (2016) situa tais eventos como sendo integrantes da agenda da “necropolítica” - conceito desenvolvido a partir da biopolítica de Foucault, no qual “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer”. É o estado supondo ser possível gerenciar a população através da morte de alguns. Nessa esteira, Joel Birman (2019) tem nomeado esse tipo de ações governamentais de “estado genocida”. Se podemos circunscrever um modo sistemático do social brasileiro se comportar, a história aponta para esse padrão.

O Estado autoritário ou genocida, ou a necropolítica aplicada tem sua faceta na saúde mental. Vejamos que as grandes internações guardaram, no Brasil, uma particularidade com relação a como tudo se desenrolou na França. Enquanto lá os manicômios foram um ponto de partida logo abandonado, com o avançar das discussões sobre a loucura e a invenção de uma ciência médica a ela destinada, aqui os manicômios eram uma obra de 'civilização' – à brasileira, é preciso ressaltar. Uma civilização que, em nome de uma higienização do social, reserva atos não civilizados para

⁷³ A chegada dos europeus à América ainda é considerado o período mais mortífero da história moderna e contemporânea. O massacre dos índios nativos é tida uma das maiores catástrofes demográficas da história da humanidade (GOMES, 2019).

uma certa parcela da população (DUNKER, 2015), que se caracteriza por erguer prédios cuja finalidade é criar espaços geridos por regras de exceção.

Podemos localizar nessa maneira de tratar o outro o civilizar, no sentido de Melman: “impor a sua castração ao outro” (MELMAN, 1992, p. 63). Para este autor,

Quando os portugueses chegaram às costas brasileiras encontraram os índios que, é claro, conheciam a castração, visto que eles tinham sistemas de parentesco e que havia um jogo muito sutil de mulheres interditas; porém eles não puderam reconhecer essa forma de castração como semelhante, como fundamentalmente idêntica à sua, e foi por isso que eles procuraram civilizá-los⁷⁴.

Nossa relação com a linguagem nos introduz as dimensões do Real, do Simbólico e do Imaginário e eles funcionam numa espécie de solidariedade, Melman (idem) destaca, que em algumas circunstâncias históricas, o Real se coloca num estado de oposição, de estranheza com relação ao Simbólico. Diante disso, aqueles que supostamente representariam o Simbólico atuam de forma violenta para capturar o Real. Temos uma espécie de mestria que, ao se exercer via violência, abandona o campo da palavra tornando-se um mestre “caprichoso, todo poderoso. Ele está fora da castração e o exercício de seu poder não está mais mediado pelo simbólico. É um mestre real que, não se autorizando do significante, viria exercer um poder real e assegurar um laço social pela violência” (FERRETO, 2017).

Nesse ponto, as reflexões de Dunker (2015) e Ângela Ferreto (2017) parecem se sobrepor: há um tipo de mestre que, ao pretender instaurar uma ordem através da violência, mostra que ele mesmo não está submetido à ordem alguma; é uma exceção onipotente. Se este mesmo mestre não parecer ter sido interditado, como poderia ele transmitir a interdição?

Tal “mestre colonizador” instaura um modo de relação com aqueles que deveriam ser reconhecidos como nossos semelhantes. Nessa forma lógica, esse outro que está ao meu lado não é

⁷⁴ Vamos questionar em muitos momentos deste capítulo a atribuição do nome “civilização” para o processo de colonização das Américas pelos europeus. De saída, lembramos que não é verdade que não existisse uma civilização em nosso território quando os portugueses aportaram aqui. Havia uma gama considerável de diferentes sociedades indígenas bastante estruturadas e até estratificadas. Problematicar o termo “civilização, pode parecer preciosismo, mas esse exercício nos permite observar que a questão em jogo é o não reconhecimento dessa estrutura social pré-existente como digna de ser levada em conta e a subsequente imposição, mediante a violência, de um outro funcionamento.

possível de ser reconhecido como igual, como sujeito, como dotado de vida, mas como objeto do qual se pode extrair gozo:

O outro, o pequeno outro, não é necessariamente reconhecido como um semelhante. Ele só tem valor enquanto assegura o meu gozo. E esse gozo que eu sou levado a exercer sobre ele só vale na condição de tratá-lo como um dejetivo. Ou seja, esse gozo não tem limite (MELMAN, 1992, p. 61).

A imposição da castração feita por esse mestre não interdito é, portanto, essa via violenta de gozar do outro como um dejetivo. Parece ser esse mestre que se instaurou no Brasil no momento da colonização, e até hoje modula nossas relações, porque nunca foi substituído por outro.

Podemos observar a repetição dessa incidência violenta de um mestre não barrado indefinidas vezes na história do Brasil. Já dissemos que de 1500 até o presente podemos situar muitos eventos históricos que comportam essa forma lógica, na qual um semelhante perde esse estatuto para ser tratado como objeto de um gozo sem limites. Esse outro, agora em condição de dejetivo estará à mercê de todo tipo de violência. Se esse outro-dejetivo desperta o medo, se ele ameaça a propriedade e a segurança, a violência do dominador pode chegar ao homicídio. Tem sido assim com as “ralés” (SOUZA, 2019), isto é, com os setores mais frágeis da população - conjunto no qual incluímos os loucos. Esses novos escravos estão vulneráveis às políticas públicas informais de eliminar pobres, pretos e loucos.

Nesse sentido, o colonizador encarna o que Ângela Ferreto (2017) definiu como o mestre real, isto é, “um mestre que não se priva de gozar, um mestre de um gozo sem limites, nem mesmo o da vida de outrem, o que tem por consequência imediata que a vida nesse contexto não tem o mesmo valor que em outro lugar”. A loucura está presente na lista dos que foram e ainda são objeto dejetivo em nossa cultura, das vidas com um valor diminuído, senão nulo, das quais decidiu-se gozar sem limites.

Nesse sentido, Lilian Schwarcz (2019) demarca a diferença existente entre hierarquia e institucionalidade. Segundo a autora, nos momentos de crise, os brasileiros se queixam de uma falta de hierarquia nas nossas relações sociais e clamam por soluções mágicas – leia-se aqui radicais -

para problemas sociais estruturais. Isso acontece apesar do nosso passado e do nosso presente desmentirem tal percepção. Há, segundo a autora, uma hierarquia muito sólida e bem marcada em nossa sociedade:

Desde o período colonial, passando pelo Império e chegando à República, temos praticado uma cidadania incompleta e falha, marcada por políticas de mandonismo, muito patrimonialismo, várias formas de racismo, sexismo, discriminação e violência.

A despeito de vivenciarmos, desde 1988, e com a promulgação da Constituição Cidadã, o mais extenso período de vigência de um estado de direito e de uma democracia no Brasil republicano, não logramos diminuir nossa desigualdade, combater o racismo institucional e estrutural contra negros e indígenas, erradicar as práticas de violência de gênero. Nosso presente anda, mesmo, cheio de passado (SCHWARCZ, 2019, p. 24).

Sendo assim, esse tal mestre e as hierarquias não só estão delineadas em nossa cultura, como fazem valer seus efeitos. As instituições – estas responsáveis por exercer uma regulação - pecam, porém, pela fragilidade. Por mais que tenham sido forjadas e consolidadas nos últimos 30 anos de nossa história, “ainda hoje dão sinais de fraqueza quando balançam em função dos contextos políticos” (SCHWARCZ, 2019, p. 24). Quando se muda o partido detentor do poder, muda toda a direção de trabalho, incapaz de criar raízes por estar planando ao sabor das vontades de um mestre caprichoso, que tudo pode.

Podemos sentir o peso da mão desse mestre caprichoso e todo poderoso e violento sobre o campo da saúde mental. Sua força é tão arraigada em nossos costumes, que nem mesmo a Lei Paulo Delgado conseguiu pôr fim aos manicômios. Nem mesmo a existência de serviços substitutivos à internação afasta o que Machado e Lavrador (2001) chamaram de “desejos de manicômio”:

Eles se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (MACHADO & LAVRADOR, 2001, p. 46).

Dizer que os manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão despótica nos adverte de que os “desejos de manicômio” atravessam o tecido social, constituindo força motriz de muitas práticas e concepções no campo da saúde mental. Suas manifestações dentro

dele estão, como vimos, mais escancaradamente em medidas exclusivas, como a internação de grávidas que desejam abortar e de moradores de rua usuários de drogas; mas também de modo mais sutil, em medidas pretensamente inclusivas, isto é, em ações que promovam a cidadania feitas sem que sua pertinência e seus efeitos sejam pensados a partir da psicose do paciente, a partir da palavra dele.

Grada Kilomba (2019), ao falar do racismo, afirma que uma maneira de objetificar o outro é falando por ele. Na questão racial isso se apresenta, por exemplo, na baixa representatividade dos negros nos fóruns de discussão acadêmica ou política de pautas que lhe atingem diretamente. Com relação aos loucos isso talvez se expresse, de um lado, na ainda existente demanda de supressão da sua existência via reclusão, por outro lado, numa exigência de cidadania que fala pelo louco, parecendo saber de antemão aquilo do que ele precisa. São dois polos de um mesmo processo que não convoca a palavra do sujeito, que o maneja tal como um objeto.

Lacan ([1956-57]) diz que onde há violência, faltou palavra. No movimento do Simbólico tentar laçar o Real via violência, há a exclusão de qualquer possibilidade de uma relação simbólica com o Real visto que essa requer a manutenção da diferença de lugares, da dimensão da palavra. Essa é a transformação na linguagem introduzida pela situação colonial, um paradoxo que, ao tentar fazer laço de maneira violenta, exclui imediatamente a possibilidade de laço.

Sendo assim, seria o termo 'civilizar' o mais adequado para nomear essa maneira de encontro com o outro? Há algo de civilizado nesse processo? Talvez o termo 'colonizar' seja aquele que aponte para a ausência total de regras que esse encontro impõe. Porque, ao final, se trata justamente de uma falência da civilidade ao se defrontar com o diferente. É justamente porque não conseguimos estabelecer uma resposta civilizada no encontro com esse outro que partimos para uma empreitada de dominar e submeter essa diferença, extinguindo-a.

Até a Reforma Psiquiátrica, dispúnhamos da ferramenta da exclusão para achatar essa diferença representada pelo louco. Durante muito tempo, a resposta social para a tensão que a

circulação do louco provoca vinha no sentido de colonizar a loucura, isto é, de submetê-la e gozar dela sem qualquer limite. A virada proposta pela Reforma consiste justamente em inaugurar um espectro outro de respostas à psicose, que vai da internação ao ambulatório, passando pelos CAPS e Residências Terapêuticas. Temos, todavia, visto que nem essas novas tecnologias em saúde mental garantem que os loucos estejam protegidos desse gozo sem limites ao qual eles vêm sendo sistematicamente submetidos em nossa sociedade.

Se a loucura pode ser, no passado, a voz que interrogava o campo social, político e científico, nossa cultura se organizou no sentido de eliminar o mal-estar, anulando as interpelações que a psicose coloca nesses registros (BIRMAN & HOFFMAN, 2017). Esses elementos fazem Desviat (2016) defender a ideia de que é preciso reformar a Reforma Psiquiátrica, mediante uma reformulação do mal-estar da sociedade diante da loucura; acrescentaríamos que essa reformulação não pode ser confundida com pretender eliminar esse mal-estar, ou fingir que ele não existe. A relação entre sociedade e loucura é tensa, e não há previsão para deixar de ser. É somente sustentando uma relação que leve em conta essa tensão, e trabalhe a partir dela, que temos chance de não sermos manicomiais.

Avançamos até aqui na nossa tentativa de circunscrever a resposta brasileira ao dissonante como portando a forma lógica da segregação. Incluímos a loucura no conjunto desses que, junto com os negros, os pobres e os desvalidos, serão objeto de um gozo sem limites em nossa cultura. Levantamos alguns momentos em que esse discurso segregador apresenta uma flutuação e pareça ser de vanguarda ou humanitário, como, por exemplo, com as políticas públicas que endossam o movimento de Reforma Psiquiátrica, para demonstrar que mesmo essas respostas não sustentam a articulação da diferença que a psicose representa, seja retornando às práticas explicitamente manicomiais, seja no não querer saber dessa diferença no cotidiano da Reforma Psiquiátrica – algo que estamos circunscrevendo como sendo uma forma atenuada desse mesmo discurso manicomial.

Assim sendo, nos resta perguntar: por que ainda hoje o Brasil segrega os seus loucos? Por que, como temos insistido, o Brasil se manteve como um país que segrega? Por que não demos uma guinada para uma outra direção? Acreditamos ser mais fácil circunscrever as raízes da violência e da segregação como legado da escravidão do que compreender como tal tendência possa ter perdurado até o presente. Por que não conseguimos romper esse ciclo vicioso do passado? Por que os governos brasileiros nunca optaram por enfrentar as causas estruturais da desigualdade social (SCHWARCZ, 2019)?

Estamos longe de conseguir responder a essas perguntas. Não seremos capazes de identificar os pontos que até o presente nos impedem de superar esse modelo arcaico e violento que se instalou no nosso país. Ainda assim, consideramos importante registrar alguns pontos que nossa leitura pode levantar, ainda que eles não nos conduzam para uma conclusão sobre, como perguntou Cazusa (1987), “Por que que a gente é assim?”.

Sérgio Buarque de Holanda contrapõe nossa tradição cultural ibérica⁷⁵ à herança nórdica protestante, dizendo que diferentemente dos países protestantes nos quais domina o associativismo racional, a tradição cultural brasileira seria "individualista amoral" (HOLANDA, 2006, p. 11; SOUZA, 1998). Trata-se de um imediatismo emocional que nos restringe a relações sociais dos grupos primários – como, por exemplo, a família, nos impedindo de vislumbrar relações sociais com grupos mais amplos, distantes e complexos. Estaríamos tão afeitos ao nosso pequeno círculo social que, por ele, seríamos capazes de quebrar regras morais, mesmo que isso representasse um prejuízo para uma maioria.

De saída, essa teoria iluminaria um descompasso entre o público e o privado, entre as leis que se aplicam a mim e aos meus e as que se aplicam a todos – situação que enfraquece o que o autor chama de “mentalidade social”. O termo, nesse contexto, remete a uma tomada de consciência do todo que a sociedade representa, algo maior e mais importante do que as pequenas partes às

⁷⁵ Concordamos com Jessé Souza (2019) quando ele diz que essa análise peca quando ela toma essa suposta continuidade com Portugal como o cerne das características e também dos problemas sociais brasileiros. Ainda assim, como o próprio crítico de Casa grande & senzala afirma, as ponderações sobre a sociabilidade brasileira feitas por Sérgio Buarque de Holanda não são de todo falsa.

quais acreditamos pertencer. Este aspecto fundamental que torna possível relações "horizontais" de interesses, isto é, relações entre os pares, entre pessoas próximas, do mesmo nível social, em vez das relações verticais entre pessoas não iguais - de níveis hierárquicos diferentes, segundo o próprio modelo hierarquizado da instituição familiar.

Uma fraca mentalidade social se reflete numa primazia do privado, ao fortalecimento dos pequenos grupos, a precedência do interesse de curto prazo sobre os de longo prazo, às vantagens do personalismo sobre a cooperação social. Temos aqui a aplicação do estilo de vida familiar para a esfera pública - o familismo. Contudo, "família" aqui tem um sentido mais amplo, não se limitando apenas aos laços de sangue, abrangendo uma vasta gama de pessoas protegidas, aliados e agregados. Tais características definem o "homem cordial" que seria a síntese da teoria da personalidade do brasileiro segundo o sociólogo Sérgio Buarque de Holanda (2006). Como se vê, essa tal cordialidade é seletiva e de amplitude muito pequena. Para quem está de fora desse pequeno círculo, resta a barbárie. Falta, portanto, à cordialidade o senso de unidade, para além de suas próprias fronteiras (DUNKER, 2015, p. 135).

No começo da vida no Brasil colônia não havia uma organização administrativa. Éramos, segundo Leroy-Beaulieu (apud FREYRE, 2006), um país "*peu gouverné*" no qual "*l'organisation coloniale ne précède pas, elle suivit le développement de la colonisation*". Devido à ausência de um sistema organizado de administração, os portugueses que aqui se instalaram experimentaram um começo de vida sem a presença do Estado ou de qualquer instituição intermediária. Essa ausência de instituições intermediárias fez com que o elemento familístico fosse principal componente da estruturação social brasileira (SOUZA, 2019, p. 51).

A família, não o indivíduo, nem tampouco o Estado nem nenhuma companhia de comércio, é desde o século XVI o grande fator colonizador do Brasil, a unidade produtiva, o capital que desbravava o solo, instala fazendas, compra escravos, bois, ferramentas, a força social que se desdobra em política (FREYRE, 2006, p. 81).

É como se, num movimento inverso muito peculiar, a família - mais enquanto um conceito, um ideal, do que de fato uma instituição frequente e tradicional no nosso país - moldasse o Estado

no Brasil, e não o contrário. Nossa hipótese é a de que o familismo ressaltado por Jessé Souza a partir de Gilberto Freyre é o que modula não só nossas relações sociais, mas o próprio governo. Isso nos ajuda a entender a afirmação de Dunker (2015, p. 123) que “nossa experiência subjetiva está atravessada por um reviramento constante entre o público e o privado”. Nessa permanente confusão entre esferas, surgem as características do homem cordial⁷⁶, mas também muito do que temos de bárbaro, do que carece de regulação de uma instância terceira que sustente uma lei geral, porque essa instância terceira não se dobrou a essa lei e confundiu-se com o privado.

Adotamos uma expansão do patriarcalismo e do familismo para além da esfera das relações sociais, ao entender que esses elementos forjaram um tipo de Estado, de forma de governar à brasileira. Seriam eles o gérmen da nossa estagnação política num tempo tão insólito e sombrio que é o nosso período escravagista. Essa matriz histórica moldou relações sociais bem diferentes das que caracterizam modelo europeu. Se o indivíduo europeizado que hoje conhecemos concebe, em alguma medida, a alteridade, a necessidade do outro ainda, que este seja um “inferior social”, o patriarcalismo que caracteriza a instituição familiar da sociedade colonial brasileira funda nossas relações interpessoais dentro do molde no qual se pode gozar sem limites do outro – escravizando-o para o trabalho, seja doméstico, seja na lavoura, e para o sexo:

Uma espécie de sadismo do branco e de masoquismo da índia ou da negra terá predominado nas relações sexuais como nas sociais de europeu com as mulheres das raças submetidas ao seu domínio. O furor femeeiro do português se terá exercido sobre vítimas nem sempre confraternizantes no gozo; ainda que se saiba de casos de pura confraternização do sadismo do conquistador branco com o masoquismo da mulher indígena ou da negra. Isso quanto ao sadismo de homem para mulher – não raro precedido pelo de senhor para moleque. Através da submissão do moleque, seu companheiro de brinquedos e expressivamente chamado *leva-pancadas*, iniciou-se muitas vezes o menino branco no amor físico (FREYRE, 2006, p. 113)

⁷⁶ Apesar de atribuir a essa persona características tais como a corrupção e a acomodação, não é possível dizer que o homem cordial seja uma noção de todo negativa. O autor também fala da hospitalidade, da generosidade, da plasticidade, do compromisso com o gentio e com o meio físico como qualidades que também são nossas heranças ibéricas (HOLANDA, 2006, p. 146). Qualidades que tornaram possível o estabelecimento do povo português numa terra tão diversa de seu país de origem (FREYRE, 2006), mas cuja continuidade com elas nos impediria de estruturar uma nação brasileira moderna.

Aplicar esse modelo não só para as relações interpessoais, mas também da relação dos governantes com os governados também parece fazer sentido no Brasil. Temos chamado esse tipo de relação na qual um mestre sem limites usufrui como lhe convém de um outro (FERRETO, 2017; MELMAN, 1992) de colonização, mas Jessé opta por nomeá-la sadomasoquista (2019, p. 51). Mais do que o nome, nos interessa principalmente que o autor assim o faça por entender que nessa relação está incluída a possibilidade do não reconhecimento da alteridade, da ausência de sensibilidade diante da dor alheira, e, mais ainda, da perversão do prazer, isto é, da obtenção do prazer a partir da dor do outro. O patriarcalismo que nos define micro e macropoliticamente⁷⁷ seria, em suma, essa relação, de laços estreitos com um sistema escravocrata vigente, na qual o antagonismo mais geral e mais profundo seria entre senhor e escravos, entre dominantes e dominados. Nesse sentido, Gilberto Freyre (2006) e Jessé Souza (2019) são uníssonos ao afirmar que esse sadismo de senhor sobre o escravo excede a esfera sexual e doméstica e se tem feito sentir através da nossa formação de mais maneira mais ampla, no campo social e político.

Nossa hibridez cultural e racial não implicou numa constituição política e social que se afirma pela diversidade, pela diferença. Pelo contrário, houve, e ainda há, domínio e subordinação sistemática: do homem branco com as mulheres índias e negras, do senhor com sua esposa e com seus filhos, do senhor com seus trabalhadores etc.

O Brasil 'moderno' nasce desse Brasil colonial patriarcal despótico e segregador (SOUZA, 2019, p. 54). Essas tiranias estatais e privadas, por nunca terem sido devidamente demarcadas, estranhadas e criticadas, vicejaram até o presente tendo consequências políticas e sociais. Sofremos até o presente os efeitos sintomáticos de repetição da violência social, decorrentes de três séculos de barbárie escravagista que nunca foram reparados nem elaborados coletivamente. Estamos repetindo devido à ausência de elaboração (FREUD, 1925/1996) que permitiria uma reorganização do campo simbólico mediante a inclusão e ressignificação de restos deixados por esse evento traumático da nossa história (KEHL, 2015).

⁷⁷ Cf. FOUCAULT, 1989.

Se dissemos anteriormente que há uma política pública informal de segregar o povo preto, pobre, louco e periférico, estamos circunscrevendo como origem disso o sistema escravocrata do Brasil colônia. São padrões de ataque institucionais contra a parcela mais fragilizada e superexplorada da população. Nossa política pública em saúde mental é uma ilustração emblemática do modo por meio do qual as instituições brasileiras refletem a divisão social. Nesse cenário, o discurso manicomial é, tal como os presídios, um “tumbeiro”, uma das facetas da continuidade da escravidão em nosso país. Se Marcelo Falcão canta que “todo camburão tem um pouco de navio negreiro”⁷⁸, podemos também dizer que a lógica manicomial, em suas diversas formas de objetualizar a loucura, tem um pouco de senzala.

78 Tudo começou quando a gente conversava/Naquela esquina ali /De frente àquela praça/ Veio os homens/E nos pararam/ Documento por favor/ Então a gente apresentou/ Mas eles não paravam/ Qual é negão? Qual é negão?/ O que que tá pegando?/ Qual é negão? Qual é negão?/ É mole de ver/ Que em qualquer dura/ O tempo passa mais lento pro negão/ Quem segurava com força a chibata/ Agora usa farda/ Engatilha a macaca/ Escolhe sempre o primeiro/ Negro pra passar na revista/ Pra passar na revista/ Todo camburão tem um pouco de navio negreiro/ Todo camburão tem um pouco de navio negreiro/ É mole de ver/ Que para o negro/ Mesmo a AIDS possui hierarquia/ Na África a doença corre solta/ E a imprensa mundial/ Dispensa poucas linhas/ Comparado, comparado/ Ao que faz com qualquer/ Figurinha do cinema/ Comparado, comparado/Ao que faz com qualquer/ Figurinha do cinema/ Ou das colunas sociais/ Todo camburão tem um pouco de navio negreiro/ Todo camburão tem um pouco de navio negreiro

Capítulo 4

RECONHECENDO A REALIDADE CLÍNICA DA PSICOSE

Vimos que o Brasil, por conta de ter a escravidão como seu berço, é um país que segrega os pretos, pobres e os loucos. Importamos o modo de tratar os negros para a abordagem da loucura. Isso constituiu um modo social violento de endereçamento aos loucos, sejam pela via da exclusão mais truculenta, seja pela via da inclusão forçada.

Se esses discursos são violentos porque denegam ou eliminam a diferença que a psicose traz, não podemos cometer o mesmo erro e nivelar a psicose a uma questão histórica e social. A segregação do louco e do pobre tem suas relações, mas não são equivalentes. Foi importante contextualizar a realidade social da qual os mecanismos para enfrentamento da loucura extraíram seu modo de funcionar, e com a qual a psicose, por vezes, faz uma interseção. Porém, se temos como objetivo ser uma voz dissonante, precisaremos retomar a realidade clínica da psicose, a diferença intransponível que ela introduz.

Assim fazemos por entender que somente nesse movimento de resgate das questões implicadas na psicose é que podemos fazer frente ao social que, como vimos, tende a não querer saber disso. É preciso mostrar que há um fazer que acontece a partir da diferença da psicose, um trabalho, cujo material não é outro senão a loucura. É preciso falar da psicanálise e da clínica que ela engendra.

Dado que o Brasil quando instado a abordar a loucura é manicomial, qual a posição da psicanálise aí? De saída que a psicose é uma realidade clínica, que ela existe e é diferente. Parece pouco afirmar isso, mas nosso percurso até aqui nos mostra que afirmar a diferença num país como o nosso não é pouco. É preciso reconhecer sua existência, notar sua insistência, que irrompe em atos no manicômio e escapa através dos dedos dos ideais de inclusão social. Com esse intuito, avançamos, neste capítulo da tese, no terreno do sujeito na psicose, tomando, como ponto de partida

as contribuições de Freud e Lacan sobre este quadro clínico, o mecanismo de defesa nele implicado e as consequências clínicas que dele decorrem.

4.1 - Psicose: da *Verwerfung* a forclusão.

Se, como vimos, Foucault (1972) nos leva a concluir sobre a existência de uma noção de loucura datada do século XV, o termo psicose só surge no século XIX. Nasce aí uma distinção entre diferentes formas de loucura, que qualifica de maneira mais consistente do que se trata em cada uma delas, ao mesmo tempo em que estabelece uma categorização de quais seriam as formas mais severas e mais brandas de loucura. Nesse movimento de ir qualificando a experiência humana da loucura, neurose e psicose são separadas em grupos distintos.

Em seu artigo *As neuropsicoses de defesa*, Freud (1995[1894]/1996) se debruça sobre a etiologia dos quadros clínicos. Nessa perspectiva, os sintomas surgem, numa relação causal, como retorno de algo que foi tratado a partir de um mecanismo de defesa, que impediu, por sua vez, a integração de uma representação na vida psíquica. Neurose obsessiva e neurose histérica seriam barreiras levantadas pelo psiquismo para evitar que uma representação incompatível chegasse à consciência. Freud lista três mecanismos de defesa principais (idem, p. 64): *Verneinung*, *Vernignung* e *Verwerfung*. Dentre eles, o terceiro se associaria ao desencadeamento de quadros psicóticos, consistindo, segundo Freud (idem), numa

[...] uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como 'confusão alucinatória'. [...] Portanto é justificável dizer que o eu rechaçou a representação incompatível através de uma fuga para a psicose.

É digno de nota o destaque dado por Freud à força da *Verwerfung*, afirmando que, a partir dela, não restará registro algum da representação. Isto confere à *Verwerfung* a capacidade de tornar a representação rejeitada algo desprovido de existência. Estamos diante de um mecanismo de defesa

radical que, em comparação com o recalque na neurose, tem mais sucesso em sua missão de rechaçar uma representação.

Porém, afirmar que essa representação sofreu a *Verwerfung* não implica que essa representação tenha deixado de ter seus efeitos. Freud (1911/1996, p. 66) nos informa que o material submetido à *Verwerfung* retorna e que este retorno vem desde fora. Sendo assim, mais do que o afastamento de uma representação da consciência, o que realmente especifica a psicose, diferenciando-a da neurose, é a modalidade de retorno daquilo que foi afastado da consciência. Os fenômenos que compõem a psicose são indícios desse retorno vindo desde fora que Freud situou como consequência da operação da *Verwerfung*.

Lacan ([1955-56], p. 360) propõem que adotemos “foraclusão” como tradução de *Verwerfung*. É interessante pensar sobre qual teria sido a fonte a partir da qual Lacan pode ter extraído esta palavra. Segundo Rabinovitch (2001), “foraclusão” é um termo jurídico para designar a privação de uma faculdade, ou de um direito que prescreveu, por não terem sido executados no tempo devido. Contudo, anteriormente ao seu uso jurídico, esta expressão no francês, língua materna de Lacan, remete a “excluir, privar, expulsar, impedir, banir, omitir, cortar”, mas também “prender do lado de fora, fechar no exterior, jogar fora, rejeitar”. Foracluir, pode, então, significar banir, expulsar para sempre algo sem que o que foi rejeitado deixe qualquer rastro, qualquer vestígio.

Em sua obra, Lacan não deixa clara a origem do “foraclusão” por ele utilizado. Todavia, a escolha do termo como tradução de *Verwerfung* parece próxima da proposta de Damourette e Pichon ([1911-1927]), no que ela circunscreve esse termo como exclusão de algo passível de representação do campo da possibilidade e do acontecimento⁷⁹. Palavras como *jamais* e *plus* expulsam a ideia ou a ação em questão do campo do que é possível para o locutor (DAMOURETTE; PICHON, [1911-1927]). Como ilustração, podemos trazer um dos exemplos do efeito do foraclusivo na língua francesa elencados por Arrivé (1999, p. 135). Na frase “*Je suis très*”

⁷⁹ Os autores, em seus estudos sobre o emprego e o funcionamento da negação na língua francesa, isolam o que chamam de elementos foraclusivos.

contrarièe que vous ayez jamais entendu parler d'elle”, a palavra *jamais* se refere a algo ocorrido como se nunca tivesse existido. É um tratamento linguístico diferente da discordância porque o foraclusivo não vem pra desmentir ou protestar contra uma ideia, mas sim para exprimir, através de uma operação de linguagem, que nunca houve essa ideia. Isso nos remete ao que já vimos sobre a *Verwerfung* em Freud, sua função de eliminar uma ideia de modo que ela se apresente como jamais ocorrida e nos faz notar que é da mesma operação que se trata no foraclusivo.

Lacan forneceu contornos mais definidos ao mecanismo de defesa concernente à psicose, seu modo de funcionar e suas implicações clínicas. Freud diz que a volta do que cai sob o golpe da *Verwerfung* vem desde fora; Lacan, por sua vez, apurou a modalidade de retorno concernente a este mecanismo, ao especificar que ele opera sobre um significante, de modo que este reapareça no real:

O recalcado está sempre aí, e ele se exprime de maneira perfeitamente articulada nos sintomas e numa multidão de outros fenômenos. Em compensação, o que cai sob o golpe da *Verwerfung* tem uma sorte completamente diferente. [...] tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real (LACAN, [1955-56,] p. 21).

Assim, o que passou pelo recalque sofre uma transformação e volta a integrar a cadeia significante, agora sob a aparência de formação do inconsciente – sonho, ato falho, chiste, sintoma. O significante recalcado consegue, ainda que por alusão, ser articulado. No caso da foraclusão, o significante não passa por uma simbolização e não se reintegra à cadeia, permanecendo no exterior fazendo valer daí os seus efeitos.

Para entender sobre a impossibilidade de reintegração na cadeia significante do que foi foracluído também precisamos levar em conta a *Bejahung*, abordada Freud e cujas considerações são retomadas por Lacan (idem). Assim, o que sofre o recalque, ou a denegação, passou primeiramente pela *Bejahung*, isto é, “uma admissão no sentido do simbólico” (idem, p. 21). A representação recalcada ou denegada foi anteriormente submetida a uma admissão primordial. Desta forma, neurose e perversão têm esse antecedente lógico ao seu dispor.

A *Bejahung* constitui a ordem simbólica e permite ascender a uma dimensão do equívoco na qual palavra não é coisa, a uma estrutura na qual um significante não baste em si mesmo, e remeta

necessariamente a outro. Justamente por inaugurar essa dimensão da linguagem, a *Bejahung* abre o caminho para que o significante sobre o qual incidu um dos mecanismos de defesa, possa retornar via simbólico. No sujeito no qual não houve essa afirmação primordial, efetuou-se a forclusão: o retorno do que passou por esse mecanismo de defesa não se dará no campo do simbólico, mas do real. Sem essa assunção primordial que é a *Bejahung*, fica inviável, para o psicótico que o retorno da forclusão possa ser assumido como algo que lhe diz respeito, ou seja, possa ser metabolizado (da maneira que for) pela sua cadeia significante:

A *Verwerfung*, portanto, corta pela raiz qualquer manifestação da ordem simbólica, isto é, *Bejahung* que Freud anuncia como o processo primário em que o juízo atributivo se enraíza, e que não é outra coisa senão a condição primordial para que, do real, alguma coisa venha se oferecer à revelação do ser (LACAN, 1954, p. 389).

Sem a *Bejahung*, os significantes que, como veremos, emanam do Outro permanecem como são de origem, isto é, exterior ao sujeito. Não será possível para o psicótico se posicionar como sujeito diante dos significantes que o Outro envia. Por ter caído sob o golpe da forclusão diante da ausência da *Bejahung*, está vedada a possibilidade do conteúdo foracluído retornar e poder ser assimilado à história do paciente.

Tomemos a alucinação auditiva como fenômeno que exemplifica o funcionamento de retorno do foracluído. As vozes e mensagens que chegam até o psicótico não possuem qualquer chance de serem retomadas, relacionadas ao ser. Schreber (1903/1905, p. 237) estudou sobre a alucinação a partir de Kraepelin, e chega a citá-lo em suas memórias. A partir de seus estudos, ele conclui que a alucinação existe, assim como há pessoas que sofrem disso, mas ressalta que este não é o seu caso. As vozes por ele escutadas não são alucinações, mas sim provas de base real incontestes de que ele teria sido objeto de uma influência sobrenatural. Com isso, no caso Schreber, que algo fale em sua cabeça não significa de modo algum que isso possa ser subjetivado pelo psicótico. Essa presença literal do inconsciente na forma de discurso interior não ganha estatuto de revelação sobre o ser (LACAN, [1955-1956]).

Há, portanto, um significante foracluído na psicose; mas o psicótico só terá notícias dele no real. O que sofre foraclusão, na psicose, é o Nome-do-Pai, um significante primordial, que abre as portas para o acesso ao significante como tal, ou seja, como desprovido a priori de significação. Segundo Lacan (1953, p. 279), “é no Nome-do-Pai que se deve reconhecer o suporte da função simbólica”. Esta dimensão se apoia no Nome-do-Pai, e conta com ele para se fazer valer.

Para nos aproximarmos do que seria o Nome-do-Pai, precisaremos remontar ao complexo de Édipo, não pelo drama familiar que ele encena, mas porque ele introduz esse significante. No início deste complexo, encontramos mãe e bebê numa relação fusional de completude. Essa relação de objeto, supostamente completa e bem-sucedida, é interrompida por um terceiro elemento, que se interpõe nessa relação e desestabiliza esse par coeso e total (LACAN, [1955-1956]). Mãe e filho deixam de se completar, e o bebê percebe que não satisfaz a mãe nesse lugar de objeto, porque ela se ausenta, sinaliza que há um outro lugar para onde o desejo dela convoca porque lá está o que ela quer.

Em relação ao complexo de Édipo, o Nome-do-Pai é, portanto, uma metáfora no sentido de que ele “[...] coloca esse Nome em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação da ausência da mãe” (LACAN, 1958, p. 563). Ele encarna aquilo que criança acredita interessar à mãe e, ao fazê-lo, reformula o campo binário, no qual a criança figura, por sua vez, como objeto da mãe para uma formação triangular que permita que o bebê possa sair da condição de *assujeito* (LACAN, [1957-58], p. 195) .

O complexo de Édipo quer dizer que a relação imaginária, conflituosa, incestuosa nela mesma, está destinada ao conflito e à ruína [...] é preciso aí uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, uma intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai. Não o pai natural, mas do que se chama o pai. A ordem que impede a colisão e o rebotar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do pai. [...] Essa Lei fundamental é simplesmente uma Lei de simbolização. É o que o Édipo quer dizer. (LACAN, [1955-1956], pp. 110-111)

Em suas reflexões sobre os três tempos do Édipo, Lacan ressalta que a intervenção do pai na relação edipiana, além de separar um sujeito do objeto, como veremos, também instaura a norma fálica, da qual o Nome-do-Pai é suporte e permite uma identificação normativa na qual o menino

assuma o tipo viril, e a menina assumia um certo tipo feminino (idem, p. 170). Disso, podemos depreender que, com esse significante que partilha e alinha os sexos foracluído, o psicótico não entra nessa partilha; por extensão, não entra na sexuação, cujo significante fálico é referência. Alguns elementos da clínica da psicose que podem ser pensados sob a luz desse campo aberto por Lacan. O conteúdo das alucinações auditivas nos homens, por exemplo, frequentemente localiza o psicótico como fora de uma posição viril. Já nas mulheres, as alucinações falam sobre o feminino como algo desonrado, degradante.

Com o Nome-do-Pai, significante que vem representar uma falta, uma ausência, estando foracluído na psicose, está vedada a entrada do sujeito no mundo simbólico. Assim, o que retorna do que foi foracluído é justamente essa falta, esse vazio que, na neurose, pode operar via metáfora, abrindo espaço para que o neurótico subjetive isso, enquanto que, na psicose, vai aparecer no real. É disso que se trata na alucinação: da falta desse vazio que dá lugar para o sujeito, na reiteração de que esse sujeito não tem abrigo lá. Se alucinação paradoxalmente tem um significado para o psicótico, é justamente o da falta de domicílio para o sujeito.

4.2 - A linguagem é do Outro: nossa condição objetal

Há, como vimos, por conta da forclusão do Nome-do-Pai e da não inscrição do falo, uma problemática concernente ao sujeito na psicose. Esses significantes que sustentam a lacuna da linguagem na qual o sujeito encontra abrigo, não operam e a possibilidade de emergência de um sujeito a partir do discurso do Outro fica obturada. Charles Melman no editorial de 19 de setembro de 2018 da *Association Lacanienne Internationale*⁸⁰, define a psicose a partir de um traço clínico

⁸⁰ *J'ai proposé une définition de la psychose fondée non sur la cause hypothétique mais sur un trait clinique caractéristique assez général, semble-t-il: le défaut de division du sujet par rapport au message reçu de l'Autre. Mise en continuité donc du réel avec le symbolique qui fait que ça parle dans la tête, avec le sujet, mais aussi avec des intrus, aussi nombreux et divers que les espaces qui peuvent s'ouvrir dans la chaîne dès lors que s'expose à être rompue une continuité fragilisée par le défaut du trou unique où ont à se tenir l'instance phallique et l'objet a, garant du sens. Lorsque Lacan dit que ce qui est forclos du symbolique reparaît dans le réel, qu'est-ce qui reparaît avec la forclusion du nom-du-père?*

Nous avons tendance pour notre part à le situer dans la constance de l'exclusion signifiée par les voix au sujet, comme s'il n'avait pas légitimité à être là. Si le délire hallucinatoire a donc paradoxalement un sens, c'est celui du défaut de domicile du sujet.

característico: um defeito da divisão do sujeito com relação à mensagem recebida do Outro. O editorial segue dando indicações que nos serão caras e para as quais retornaremos ainda neste capítulo. No momento, a afirmação de que há uma mensagem do Outro que nos chega e que o psicótico diante dela não se divide já abre o começo da trilha que precisamos começar a percorrer.

Diante de um paciente que relatava que as palavras e frases lhe eram impostas, Lacan ([1975-76], p. 92), em vez de tomar esse fenômeno para explicar uma condição específica da psicose, decide, a partir dessa vinheta clínica, iluminar algo que concerne todo ser falante, com a seguinte provocação: “Como é que todos nós não sentimos que as falas das quais dependemos são, de algum modo, impostas?”. Palavras nos são impostas e isso vale para todos, ilustrando o *modus operandi* da linguagem enquanto um órgão (LACAN, 2007 p. 31), e da cadeia significante, com suas leis próprias, seu funcionamento autônomo e a imposição do seu funcionamento a todos, neuróticos ou psicóticos.

No grafo do desejo, Lacan (1960, p. 819) elucida a montagem que se desenrola a partir da mensagem emitida pelo Outro, até o possível surgimento de um sujeito aí. Nesse grafo, o Outro figura como tesouro dos significantes, enquanto fonte de significantes a partir da qual eles podem ser articulados em cadeia. Nesse lugar do grafo, o do Outro, que a emissão do sujeito, a partir do seu encontro com os significantes disponibilizados por esse Outro, pode ganhar efeito de significação, tornando-se uma mensagem que, de alguma forma, lhe concerne. Dessa forma, o sujeito se constitui ao receber o retorno de sua mensagem do Outro, mas de maneira invertida. Contudo, lembremos, num momento logicamente anterior, é o Outro a fonte, é ele esse “sítio prévio do puro sujeito do significante” (idem, p. 820):

A questão é de saber qual é a estrutura daquele ser que fala. [...] Qual será essa parte, no sujeito, que fala? A análise diz – é o inconsciente. Naturalmente para que a questão tenha sentido, é preciso que vocês tenham admitido que esse inconsciente é algo que fala no sujeito, além do sujeito, e mesmo quando o sujeito não o sabe, e

Se pose donc bien "la question préliminaire à tout traitement possible de la psychose" et que je reformulerai ainsi : la mise en place d'un transfert peut-elle creuser les fondations d'un domicile, serait-il voué à ne pouvoir être symbolisé?

Charles Melman

19 septembre 2018

diz sobre isso mais do que crê. A análise diz que nas psicoses é isso que fala (LACAN, [1955-56], p. 52).

A linguagem é do Outro. Ou, como disse Marc Darmon no *Seminaire d'été 2018 da Association Lacanienne Internationale em Paris*⁸¹, a língua é fascista, no sentido de um totalitarismo que, a partir do momento que falamos, nos faz referir forçosamente ao Outro, ao Um da língua. Isso está dado no momento em que falamos, quer nós nos demos conta disso ou não, que nós fagocitemos esse ser vivo independente ou não e sigamos, na maior parte do tempo, com a sensação de que somos protagonistas de nossas trajetórias, dependerá de que alguns elementos estejam em jogo. Originariamente, somos todos objeto; somos parasitados por essa estrutura que corre, voltamos a dizer, autonomamente e segundo leis próprias (LACAN, [1954-55]).

Diante desse giro que a teoria psicanalítica nos proporciona, Francisco Leonel questiona:

Será que é possível uma fala singular? É difícil conceber tal coisa. Sempre que falamos tomamos posição pelo menos em um contexto já problematizado, de tal sorte que somos muito mais representantes desta ou daquela ideia, deste ou daquele argumento, elementos de uma subclasse de ideias e argumentos já constituída, do que propriamente falantes de nossa própria posição singular [FERNANDES, 200-?].

Existe, então, uma singularidade? Como passamos de falados para falantes? Essas delicadas questões terão consequências importantes para o próximo capítulo, no qual trazemos a clínica psicanalítica como campo que se sustenta na tentativa de se acercar da trama universal que esse singular teceu.

4.3 - A questão do sujeito na Psicose

Clérambault (1942 [1920]) traz outras vinhetas clínicas que nos ajudam a pensar sobre a linguagem e a sua apreensão ou não. Sua paciente lhe diz: “‘Sou forçada a reconhecer as pessoas’; ‘Mostram-se todas as minhas lembranças, mostram-me minhas próprias lembranças’; ‘Não sei onde

⁸¹ Evento do qual eu tive a oportunidade de participar graças ao Programa de Doutorado Sanduíche da CAPES, instituição à qual reitero meus agradecimentos.

encontrar meu pensamento em tudo o que me sopram””. Esses relatos nos colocam diante de uma operação que, apesar de sua complexidade e sofisticação, é vivida como trivial. Através da psicose, temos notícia de que lembrar e pensar, por exemplo, são operações de linguagem, índice da nossa condição de sujeito (TENÓRIO & ROCHA, 2006). Articular essa operação como lhe pertencendo, como sendo ativada pelo seu desejo e estando sob seu comando é fruto da inscrição de alguns recursos linguageiros:

Se admitimos a existência do inconsciente tal como Freud o articula, devemos supor que esta frase, esta construção simbólica, recobre com sua trama todo o vivido humano, que ela está sempre lá, mais ou menos latente, e que ela é um dos elementos necessários à adaptação humana. [...] Quando Freud formula o termo pensamento inconsciente acrescentando na sua *Traumdeutung, sit venia verbo*, ele não diz outra coisa senão isto: pensamento quer dizer que a coisa que se articula em linguagem. [...] Essa linguagem, poderíamos chamá-la de interior, mas esse adjetivo já falseia tudo. Este monólogo supostamente interior está em perfeita continuidade com o diálogo exterior, e é justamente por essa razão que podemos dizer que o inconsciente é o discurso do Outro (LACAN, [1955-56], p. 132).

Essa condição objetual diante do significante está posta tanto para psicóticos quanto para neuróticos, e ambos padecem por serem habitados por esse corpo estranho que é a linguagem. Mas, neurose e psicose não são a mesma coisa e nem estão no mesmo plano. Se os fenômenos da psicose iluminam a nossa dependência da linguagem (TENÓRIO, COSTA-MOURA & LO BIANCO, 2017) o neurótico parece desconhecer isso ao crer em sua autonomia, isto é, no domínio da linguagem, na mestria sobre ela. Resta, então, nos perguntarmos o porquê disso, isto é, “a questão é antes saber por que um homem dito normal não percebe que a fala é um parasita, que a fala é uma excrescência, que a fala é a forma de câncer pela qual o ser humano é afligido” (LACAN, [1975-76], p. 92).

Por homem dito “normal”, tomamos o neurótico. Diante desse caráter estrangeiro da linguagem, o sujeito neurótico procura incluir algo de seu nisso que vem do Outro. A partir de então, os significantes do Outro podem passar a lhe representar, porque o sujeito toma seu lugar diante deste aporte que vem do Outro. Ainda que a cadeia significante opere de forma autônoma, o

neurótico apaga a autonomia da linguagem e esquece de sua condição objetal de origem, fazendo, do corpo estranho que é a linguagem, sua casa:

[...] ficamos com muito pasmo de que um sujeito ouça coisas que não ouvimos. Como se não nos acontecesse a todo momento, ter visões, como se não nos tombassem na cabeça fórmulas que têm para nós um valor surpreendente, orientador, algumas vezes até fulgurante, iluminante. Evidentemente, delas não fazemos o mesmo uso que o psicótico. Essas coisas se dão na ordem do verbal e são sentidas pelo sujeito (neurótico) como acolhidas por ele (LACAN, [1955-56], p. 130).

O acolhimento dos significantes que, como vimos, a *Bejahung* engendra permite que o neurótico viva nessa aparente independência do Outro, a maior parte do tempo. A experiência de “ser dono de si mesmo” e dotado de uma liberdade individual cria um verniz sobre a posição de objeto; verniz esse passível de quebra ou arranhões. Isso pode acontecer, por exemplo, num processo de análise, quando esta eventualmente proporciona uma divisão “deixando surgir efeitos de significação até então inaudíveis. O inaudito, o ritmo, mesmo o poético, brotam em lugar da longa faixa contínua de nosso habitual automatismo mental” [TYSZLER, 200-?, p. 1].

É preciso uma operação para que, a partir da estrutura da linguagem, possa advir um sujeito do desejo e o psicótico não realiza essa manobra. Os significantes que vêm do Outro permanecem exterior ao sujeito, como são de origem. Desta forma, a psicose expõe à céu aberto, à flor da terra (LACAN, [1955-56], p. 20), os problemas relativos a todo ser de linguagem. Assim é desde que Freud localizou, na loucura de Schreber, algo que concerne a todos nós: justamente ali onde Schreber delira podemos encontrar os mesmos determinantes em jogo na constituição do sujeito dito normal (FREUD, [1910-11]/1996). Assim, as questões pertinentes à psicose nos permitem observar que “o que chamamos de doente vai algumas vezes mais longe do que o que designamos como um homem saudável” (LACAN, [1975-76], p. 92). A psicose escancara, dessa forma, o funcionamento autônomo do significante, ao qual estamos todos submetidos.

o psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar. Trata-se de um testemunho aberto. O neurótico também é uma testemunha da existência do inconsciente, ele dá um testemunho encoberto, que é preciso decifrar. O psicótico, no sentido de que ele é, numa primeira aproximação,

testemunha aberta, parece fixado, imobilizado, numa posição que o coloca sem condições de restaurar autenticamente o sentido do que ele testemunha, e de partilhá-lo no discurso dos outros (LACAN, [1955-56], p. 153).

O que especifica a condição da psicose é que esse trabalho autônomo do significante situa o sujeito como objeto. Se o neurótico paga o preço de tomar lugar como sujeito, na psicose, essa exigência lança luz sobre uma impossibilidade de assumir essa posição senão no polo objetal:

Como não ver na fenomenologia da psicose que tudo, do começo ao fim, se deve a uma certa relação com essa linguagem [...] que fala sozinha, em voz alta, com seu ruído, seu furor, bem como com sua neutralidade? Se o neurótico habita a linguagem o psicótico é habitado, possuído pela linguagem (idem, p. 284).

O psicótico não assume, no campo do sujeito, o funcionamento da cadeia significante e a exterioridade da linguagem provoca, nesse caso, um efeito de exclusão do sujeito, assinalando sua falta de lugar. O que vemos na psicose é essa condição de um sujeito excluído pela operação do significante (TENÓRIO, 2017). Sendo assim, na psicose a emergência do sujeito ou se dá no campo da impossibilidade ou de maneira colapsada ao objeto.

Na psicose, podemos dizer que o sujeito está colabado ao objeto. De fato, Lacan (1967, p. 13) indica que neste caso não houve a extração do objeto e que, por isso, o psicótico traz o objeto no bolso. Para nos acercarmos desta afirmação, traçaremos um caminho iniciado nas pulsões, e seguindo pelos objetos eleitos por ela, para chegar às consequências da não extração do objeto *a*.

4.4 - Pulsões, objeto das pulsões e da sua não extração.

As pulsões, segundo Freud (1915/1996), seriam forças que atuam de dentro do organismo como uma necessidade exigindo satisfação. Tratar-se-ia de um conceito que faz a ponte entre o mental e o somático, agindo como o representante psíquico dos estímulos que se originam no

organismo, “como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo” (idem, p. 127).

Freud disseca o conceito de pulsão em outros quatro termos: pressão (*Drang*), finalidade ou alvo (*Ziel*), fonte (*Quelle*) e objeto (*Objekt*). Pressão seria a quantidade de força da pulsão. Finalidade seria o objetivo último da pulsão e consiste, invariavelmente, na sua satisfação. Por fonte de uma pulsão, compreendemos o órgão ou parte do corpo a partir do qual a pulsão se origina. O objeto de uma pulsão seria, finalmente, a coisa ou a ação em relação a qual, ou através da qual a pulsão seria capaz de atingir a sua finalidade.

Se a finalidade da pulsão não varia nunca, o objeto “é o que há de mais variável numa pulsão e, originalmente, não está ligado a ela” (idem, p. 128). Ainda que a tradução de *As pulsões e suas vicissitudes* feita a partir da língua inglesa tenha ignorado a diferença entre instinto e pulsão, o enfoque dado por Freud à variabilidade do objeto deixa claro de que não é sobre o instinto que o autor estava falando em seu artigo. Diferentemente do instinto, a pulsão não tem um objeto específico. Mais ainda, não existe esta relação de correspondência entre as pulsões e os objetos disponíveis no mundo tal como podemos supor haver nos instintos. Não somos guiados, adaptados ao mundo e aos objetos que estão contidos nele. Não encontramos uma simetria entre as pulsões e os objetos que supomos que servem para satisfazê-las. O que há, portanto, é um desencaixe estrutural nas relações do homem com os objetos e não há um objeto pleno ou total, que proporcionaria a satisfação plena da pulsão (LACAN, [1956-57]). As relações de objeto são estruturalmente conflituosas.

A partir disso, o cerne da questão deixa de se referir a um objeto propriamente dito para a experiência de perda de um objeto e sua constante tentativa de reencontrá-lo. Nas palavras de Lacan,

Freud insiste no seguinte: que toda maneira, para o homem, de encontrar o objeto é, e não passa disso, a continuação de uma tendência onde se trata de um objeto perdido, de um objeto a se reencontrar (...) Freud nos indica que o objeto é apreendido pela via de uma busca do objeto perdido (idem, p. 13).

Do encontro (sempre malsucedido) entre o homem e os objetos restará a fé constante de que o próximo objeto será capaz de trazer a satisfação total. E, como esta satisfação total nunca acontece, a procura permanece e o homem segue de objeto em objeto, trilhando o seu caminho de insucesso e, na melhor das hipóteses, de busca. Lacan (idem) introduz o conceito de objeto *a* para fazer avançar esta discussão: um objeto negativo, cuja presença só vem apontar para a falta, para esta condição estrutural de desencontro com os objetos, conferindo a ela a função de animar o sujeito e de sustentar a continuidade do desejo.

Será válido observar que falar dos objetos como sendo parciais não significa que os objetos da realidade sejam imperfeitos. A falta e a busca não se mantêm devido a uma incompletude dos objetos ou porque, em outras palavras, o mundo não teria se moldado de forma a corresponder a nossa realidade psíquica. No âmago da questão estará o fato de que, como vimos anteriormente, o homem é um ser de linguagem, cujo inconsciente se estrutura como uma linguagem e que, por conta disso, contém uma parte que resta sempre como impossível de ser articulada. Há, no desejo, algo inacessível por estrutura, algo que não é passível de ser conhecido ou apreendido. Esta faceta de impossível no nosso desejo confere à nossa capacidade de realizá-lo um caráter parcial.

Visto que o encontro se mantém faltoso, a própria repetição da busca notifica o atravessamento do sujeito por esse impossível, presentificando, sempre e mais uma vez, a existência de uma perda, a permanência de um impossível. Assim, a satisfação possível das pulsões nunca será apreendendo o objeto, porque, no momento mesmo em que o sujeito pensa apreendê-lo, o objeto que satisfaria a pulsão já não é mais. A satisfação parcial das pulsões se dará contornando o objeto, bordejando-o e regressando para a mesma fonte de onde ela partiu inicialmente.

Ao descrever a sexualidade infantil, Freud (1905/1996) enumera as zonas erógenas – a boca, o ânus e os genitais – como circuitos privilegiados para a satisfação da pulsão. São objetos eleitos pelo Outro, valorizados e investidos libidinalmente por ele em sua relação com a criança e, por isso, tornam-se objetos de troca com ele. O seio põe em cena a questão da presença e da ausência desse

Outro. Isso está num para além da questão da alimentação que, por exemplo, o seio faz suporte, em nossa relação com o Outro.

As zonas erógenas põem em jogo, portanto, um tipo de relação entre o bebê e o Outro, que vai mudando ao longo do tempo. Tais objetos eleitos da pulsão se sucedem, de modo a contemplar a questão posta pela relação do bebê com o Outro, circunscrevendo fases da organização sexual, a saber: oral, anal e genital (idem, p. 179). Essas fases não indicam uma questão evolutiva ou de maturação (LACAN, 1964, p. 177), na qual o estágio anterior seria hierarquicamente inferior ao seguinte e a aquisição da fase posterior implicaria no abandono daquela que a antecedeu. Ainda que essas fases estejam dispostas numa sequência, devemos pensar que elas se justapõem na medida em que muda a relação com o Outro.

Nossa relação com o Outro será caracterizada por um descompasso, por um desencontro que, em termos freudianos, mantém a pulsão sempre como insatisfeita. A parte “de sobra” da insatisfação se articula em nova demanda que, endereçada ao Outro, mais uma vez terá uma satisfação imparcial, gerando sempre um resto. A desarmonia (intransponível) entre a demanda do sujeito e o Outro mantém a pulsão como insatisfeita, e a satisfação total como horizonte a ser buscado – funcionamento que, como vimos, Lacan atribuiu ao campo do objeto *a*.

Nos primeiros estádios da pulsão, a satisfação a partir das zonas erógenas se dá de maneira independente, sem coordenação entre si ou noção de conjunto, e parcial. Como veremos, porém, a entrada do falo na economia psíquica da criança promove um recorte que organiza de maneira retroativa esses circuitos de satisfação da pulsão que foram sendo moldados a partir da relação da criança com o Outro (COSTA-MOURA, COSTA-MOURA, 2011).

4.5 - O falo, a extração do objeto e o sujeito

A natureza e a função do falo sofrem transformações no decorrer do complexo de Édipo. Lacan ([1957-58]) distinguiu três tempos nesse processo. No primeiro, a criança se identifica ao falo e se coloca como objeto de desejo da mãe. Temos aí uma versão imaginária do falo, na qual se trata de sê-lo ou não sê-lo. Vimos que, nessa fase anterior à entrada em cena do Nome-do-Pai, mãe e bebê se alinham de maneira a formar uma relação de completude imaginária. O bebê acredita ser o que falta a essa mãe, enquanto ela, de maneira especular, aposta no bebê como sendo o que vem completar a falta. Essa relação de objeto de suposta completude sofre um corte por um terceiro elemento, que se interpõe nessa relação e desconfigura esse par aparentemente pleno, mas também mortífero (LACAN, [1955-56], p. 114): este tipo de relação não faz surgir um sujeito, porque nela a criança se apresenta como objeto para satisfazer a mãe, e não um sujeito dotado de desejo.

No segundo tempo, portanto, a criança é retirada dessa posição na qual ela e a mãe se satisfariam reciprocamente, pois o falo se desloca da posição de objeto de desejo da mãe para se tornar um objeto que um outro pode ou não ter. Estamos num momento lógico em que o falo é algo que se tem ou não.

No terceiro tempo, a figura paterna incide de maneira a representar aquele que pode ou não conceder o falo para a mãe (LACAN, [1957-58]). O pai passa, então, a ser localizado como aquele que poderá permitir que o menino, tendo passado pela castração, possa, mais tarde vir a ter um pênis e que a menina saiba as coordenadas de onde encontrá-lo. Disso decorre, como vimos, a identificação sexual.

No segundo tempo do Édipo, o falo representa o que a mãe quer, sinalizando, para a criança que há um para além dela desejado pela progenitora; no terceiro tempo, as ausências da mãe, bem como esse outro lugar para onde ela vai, se associam ao Nome-do-Pai. O pai entra nesse circuito

deslocando a função do falo, antes situado na linha mãe-bebê, para si. Ao ocupar a função de representante do falo, o pai incide, ao mesmo tempo, sobre a mãe e sobre a criança.

Ao representar o objeto de desejo da mãe, o significante falo organiza o circuito pulsional, alinhando as zonas erógenas. Isso não significa, contudo, que ele totalize a sexualidade ou que, a partir da junção dessas várias partes, o Um se forme. O falo inscreve o objeto como objeto perdido, e, nisso, incide de maneira a manter um funcionamento parcial das pulsões. Ele instaura a equivocidade do significante, o que, por sua vez, abre a possibilidade de um sujeito se alojar aí. Por isso, Melman (2018) se refere ao falo como garantia do sentido, visto que, numa lógica total, não há espaço para manter a cadeia significante em movimento, pois, como veremos, ou o significante já chega completo, como no caso da paranoia, ou a cadeia não avança e só o vazio da linguagem se reitera, como acontece na esquizofrenia.

O falo localizará esses objetos como perda e relacionará essa perda ao campo do sexual, porque o interesse da mãe no Nome-do-Pai é de natureza sexual. Ele instaura, ainda, uma negatividade, ao funcionar como uma perda do objeto, alinhando os demais objetos da pulsão como ponto de referência. O falo põe em jogo a diferença sexual, mas não implica numa maturação ou adequação da sexualidade a uma forma ou a uma finalidade. Trata-se de sofrer, retroativamente, os efeitos da castração e aceder a um gozo pela via da queda de um gozo total, do gozo fusional com a mãe. O gozo fálico, que entra em jogo a partir da fase fálica, se realiza na aceitação de uma falta, de que não se tem o objeto e de que muito menos se é objeto. Portanto, nesse mesmo movimento, em que o falo, representado pelo Nome-do-Pai, sinaliza a perda do objeto, o bebê deixa de ser objeto para ser um sujeito que pode, a partir de então, desejar esse objeto.

O falo desloca a criança dessa posição, que anteriormente chamamos de mortífera, de objeto de desejo da mãe e abre a possibilidade da criança, ao deixar de ser objeto, também desejar. O Nome-do-Pai, ao representar o falo que a mãe não possui, libera a criança tanto do desejo

caprichoso da mãe, que o situa como objeto de desejo, como de uma satisfação narcísica da qual a criança poderia usufruir ao se identificar a esse objeto (LACAN, [1957-58], p. 190).

Se a criança entra na relação com a mãe se colocando como falo, como objeto cujo destino é completá-la, podemos entender que não será essa relação que propiciará o estabelecimento de um funcionamento de sujeito. A primeira infância, durante a qual a mãe investe na criança como objeto de satisfação, tem uma função fundamental para o desenvolvimento do bebê, e também para que a mãe possa se dedicar à maternagem. Mas, a emergência de um sujeito passa pela capacidade de se dividir diante da mensagem do Outro; logo não será esse momento que vai abrir a brecha para seu advento. Isso, pois, no primeiro tempo do Édipo, não se trata de dividir - pelo contrário, nele tudo é completo e aparentemente harmonioso. Nesse momento, anterior ao sujeito e ao eu, a mensagem do Outro (materno, no caso) envolve o bebê e deixa ali suas marcas. A incidência do pai no Édipo romperá com isso, lançando a criança para o funcionamento de sujeito.

Assim, a intervenção do Nome-do-Pai retira a criança de uma lógica de funcionamento ilimitado junto à mãe para ingressar num mundo no qual as satisfações são parciais. Se Freud escolheu dar um relevo maior à função castradora do pai, como sendo agente da interdição da mãe, em Lacan o pai, além de dizer não, é aquele que diz sim. Ou seja, a intromissão de um elemento que nos retire dessa lógica de gozo total tem um potencial libertador, não só porque um gozo infinito e sem pausa está mais associado ao pesadelo do que ao prazer (VIEIRA, 2008, p. 96), mas também porque a entrada numa lógica parcial abre a possibilidade de respondermos como sujeito, quando assim somos convocados. O pai lacaniano, portanto, a partir de uma perda, retira a criança do lugar de objeto e abre espaço para um funcionamento de sujeito, para o desejo. Veremos que será também sobre essa lógica parcial, sobre uma falta, que se assentará o laço social (LACAN, [1972-73], p.74).

As teorias psicologizantes supõem de saída a existência de um sujeito que investe seu desejo em um objeto. A novidade trazida pela teoria das pulsões de Freud, adicionando-se as contribuições de Lacan com relação ao objeto *a*, consiste na proposta de que a extração desse objeto pode

constituir um sujeito. Dessa forma, a questão do objeto está posta antes que um sujeito se constitua. Há aí uma subversão no que diz respeito à função do objeto, que o recoloca de maneira a participar, de modo fundamental, da constituição do sujeito.

A estrutura da linguagem introduz a hiância, que abre, por sua vez, a possibilidade de emergência de um sujeito. Mas, para que nossa condição objetual se articule em termos de um sujeito, Lacan sinaliza como necessidade a “cessão do objeto” (LACAN, [1962-63], p. 341). Trata-se de um ato inaugural do sujeito, simultâneo à cessão do objeto ao Outro pelo bebê. É justo esse movimento de cessão do objeto que não é realizado pelo psicótico, o que o faz trazer o objeto *a* no bolso. Se não há a perda do objeto, ele não sai da cena para virar horizonte a ser sempre buscado, como objeto *a*. Como a cessão do objeto, que anteriormente associamos à instauração da norma fálica a partir da castração, não acontece na psicose, faz-se necessário pensar o objeto *a* – em cujo cerne há um vazio, nesses casos.

O que chamamos de fé num reencontro com o objeto *a* que nos anima, que faz com que nos endereçemos ao Outro, não será o funcionamento da psicose. “Ele (o psicótico) não se liga ao lugar do Outro, do grande Outro, pelo objeto *a*; o *a*, ele o tem a sua disposição. [...] digamos que ele tem sua causa no bolso, é por isso que ele é um louco” (LACAN, 1967, p. 13). Na psicose, a não inscrição do gozo fálico, portanto, faz com que o objeto não chegue a faltar, permanecendo presente de modo real e sem mediações.

Sem a extração do objeto *a* que, como vimos, é um momento seminal para a constituição de um sujeito, na psicose teremos o paradoxo de um sujeito aderido ao objeto. Como não houve a separação que faria surgir um sujeito e um objeto promovida pelo falo, o que podemos falar da questão do sujeito na psicose é que, quando este é convocado, o que se apresenta é um sujeito colabado ao objeto (TENÓRIO, COSTA-MOURA, 2014).

Se encontramos na linguagem uma estrutura que propicia o surgimento de um sujeito, com o avançar das nossas discussões podemos dizer que se o vazio dessa estrutura convoca um

funcionamento de sujeito, para que este possa surgir ali é preciso que tenha havido um corte que, ao separar, tenha produzido um sujeito e um objeto (COSTA-MOURA, COSTA-MOURA, 2011). Disso decorre que o psicótico, embora atravessado pela linguagem como todo falante, quando convocado a emergir como sujeito demonstra aí uma impossibilidade de realizá-lo por estar colapsado ao objeto.

Como não houve a separação que faria surgir um sujeito, o psicótico se vê mais exposto ao Outro, às suas mensagens, às suas exigências, e por fim, ao seu desejo. Por isso, o psicótico se mantém sensível à nossa posição originariamente objetual. Retomando a proposta de Melman (2018) de falarmos da psicose a partir da sua não-divisão relacionada à não extração do objeto:

O *falasser* psicótico não é um sujeito dividido, já que está fora do recorte, fora da perda de gozo. Assim, não se pode atribuir-lhe a mesma responsabilidade de sujeito. E mesmo que não seja tão seguro que ele seja representado por um significante para um outro significante – com a condição de interrogar o estatuto do significante no campo psicótico –, de modo algum sua relação com o Outro é marcada pela castração, o Outro sendo ele mesmo não castrado na psicose (SCIARA, 2011).

Ali onde o neurótico se divide, se angustia, o psicótico, por não ter passado pela castração no complexo de Édipo, vai apresentar fenômenos que são da ordem da coesão. Isso porque “[...] a ambiguidade, a hiância da relação imaginária exigem alguma coisa que mantenha relação, função e distância. É o sentido mesmo do complexo de Édipo” (LACAN, [1955-56], p. 114). Na psicose, a mensagem que vem do Outro não causa divisão. Como não houve uma separação, não há uma distância e os fenômenos da psicose atestam isso.

Um dos pacientes psicóticos entrevistados durante o segundo semestre de 2018 na *Formation à la Pratique Clinique do Hospital Henri Ey em Paris*⁸², quando questionado, pelo seu entrevistador, porque teria socado a televisão pouco antes da desestabilização do seu quadro, que culminou com a atual internação no mesmo hospital, respondeu: “*je devais la fermer*”. Há duas traduções possíveis para essa resposta e ambas nos interessam. A primeira e mais literal “eu

⁸² Atividade de ensino vinculada à Université Paris VII – Diderot, coordenada pelos professores Christian Hoffman e Dr. Rahioui, à qual eu frequentei durante o período de estágio em Paris pelo Programa Doutorado Sanduiche no Exterior da CAPES.

precisava fechá-la” diz de um certo vazio que aquele aparelho que fala lança para o paciente e que, diante disso, ele precisava que aquele furo fosse fechado. A segunda tradução possível seria “eu precisava calá-la” e nos indica da violência com a qual o significante pode atingir o psicótico. Nesse sentido, o soco na televisão parece um revide, uma reação do paciente disso que chega até ele e diante do qual ele não tem divisão ou defesa. Há uma vulnerabilidade do psicótico que o coloca absolutamente à mercê dos significantes que chegam desse Outro. O resultado é que isso fala na sua cabeça (MELMAN, 2018). A incidência do significante no psicótico permanece autônoma, estrangeira e tirânica.

Na mesma linha, Wilson, um paciente da rede de saúde mental de Niterói, cita a existência de um enigma, palavra com uma conotação particular em seu discurso que se refere a uma força, uma onipresença. Nesse momento, para apontar onde estaria esse enigma, abre os braços, mostrando o consultório, o fora do hospital que víamos pela janela, e termina mostrando o espaço existente entre nós dois. Continua, explicando como funciona o enigma: “se você me dá um presente, quem me garante que foi você mesmo que deu? Como vou ter certeza absoluta disso, hein?”.

Vimos que o Nome-do-Pai opera como essa garantia, incidindo como ponto de basta na cadeia. Na falta disso, Wilson introduz a sua versão: “aí é que entra o Esquema. Ele pega esse enigma e diz que é ele. Ele diz que foi ele quem me deu o presente”. Trata-se de uma solução, pela via da paranoia, que extingue a suspensão que há na mensagem que vem do Outro. Não há divisão.

O fenômeno psicótico responde a essa aspiração pelo Outro⁸³. Como ilustração, as alucinações auditivas demonstram a presença xenopática do significante. Um exemplo alternativo se encontra na posição paranoide, que testemunha um indivíduo à mercê de um outro persecutor, assim como os fenômenos alucinatórios e delirantes relacionados ao corpo que mostram um corpo

⁸³ Discussão empreendida ostensivamente no *Seminarie d'été* 2018 da *Association Lacanienne Internationale* em Paris que teve a psicose como tema. Minha presença neste evento, que tanto pode contribuir para a construção da tese, só foi possível graças ao Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior da CAPES, instituição de fomento à pesquisa à qual dirijo meu agradecimento.

manipulado, despedaçado e até mortificado por esse Outro, que também não foi castrado na psicose (SCIARA, 2011).

A vulnerabilidade da psicose à incidência do Outro tem implicações na transferência e no tratamento, pois significa que, ao contrário do que se poderia supor, não é que o psicótico não estabeleça transferência. Os desafios no tratamento da psicose são de outra natureza e estão referidos ao fato do psicótico resistir mal a transferência (CZERMAK, 1998). Discernir a posição objetalizada do sujeito na psicose e sua vulnerabilidade com relação à transferência precisam ser levadas em conta na clínica, tema do quarto capítulo da tese.

Da mesma forma que a não separação do sujeito e do objeto, na psicose, traz, como consequência, uma incidência dos significantes que vêm do Outro sem qualquer mediação, veremos que o objeto também tem uma presença que é bem distinta do caso da neurose. Na clínica da neurose trata-se, de maneira geral, do encontro sempre faltoso com relação aos objetos; na psicose, o sujeito se vê às voltas com a presença desse objeto que, por não ter sido extraído, o obtura.

Ao falar das manifestações de hipocondria, Czermak sinaliza que estas estão presentes, em algum grau, em todos os psicóticos. Isso porque “há ali um objeto, do qual o sujeito nunca pode se livrar, que vem introduzir nele uma espécie de plenitude exagerada, de obturação” (1998, p. 58). Lacan ([1960-61]) chega a situar que o delírio de negação dos órgãos, bem como do funcionamento destes, que caracteriza a síndrome de Cotard ilustra o “núcleo da psicose”, quer dizer, essa condição na qual “falta toda e qualquer hiância, toda e qualquer aspiração, todo vazio do desejo” (LACAN, [1954-55], p. 299)⁸⁴. Veremos um pouco mais sobre a hipocondria nas psicoses quando falarmos sobre a linguagem de órgão a partir de Freud.

4.6 - Automatismo mental

⁸⁴ Referências importantes puderam ser levantadas a partir da leitura do tese de doutorado de Fernando Tenório (2017)

Um fenômeno clínico que tem um papel importante na discussão sobre a intrusão do Outro e do objeto na psicose é o automatismo mental. Clérambault (1920/1942) isolou o que ele veio a nomear como Síndrome do Automatismo Mental, a princípio presente num momento inicial da psicose e, ao contrário ao delírio, seria atemática, neutra e autônoma. O automatismo mental seria, por sua vez, um fenômeno primordial a partir do qual outros, secundários, e, esses sim temáticos e parciais, podem se edificar.

No núcleo dessa síndrome, Clérambault situou o fenômeno xenopático que, de maneira resumida, se situa no campo do pensamento e consiste no não reconhecimento, pelo sujeito, de seus atos, palavras e ideias como algo próprio. Como exemplo de automatismo mental, poderíamos listar a voz alucinada que comenta as ações ou as ideias do sujeito, e também a sensação de que seus atos e pensamentos lhe foram impostos por outrem. O paciente passa a ser morada de um estranho que lhe comanda e seu corpo, um aparelho receptor, e às vezes executor, dessa ordem.

É justamente o que se apresenta no fenômeno da alucinação verbal. No momento em que ela aparece no real, isto é, acompanhada desse sentimento de realidade que é a característica fundamental do fenômeno elementar, o sujeito fala literalmente com o seu eu, e é como se um terceiro, seu substituto de reserva, falasse e comentasse sua atividade (LACAN, [1955-56], p. 23).

Os relatos de casos clínicos de Clérambault se esmeram por descrever essa experiência radical de exterioridade. Um dos pacientes diz que “algo detém sua língua, toma posse de seus pensamentos, apodera-se de sua conversa antes dele, agarra sua língua exercendo nela uma pressão” (1920/1999, p. 168). Nesse caso, o significante permaneceu em sua faceta xenopática e fala ao sujeito - porém, permanecendo alheio, como do Outro.

Dentre os fenômenos xenopáticos, a alucinação auditiva é, senão a mais comum, a mais amplamente debatida. Em seu ensino a partir do caso da “Bela açougueira”, Lacan (1958, p. 540) situa de maneira precisa o momento no qual a injúria “Porca!” irrompe como mensagem que chega até à paciente em questão. Ele chama atenção para a frase insuspeita que, segundo o relato da

paciente, antecede a ofensa alucinada: “Eu venho do salsicheiro...”. Nesse ponto a frase é interrompida e surge a alucinação auditiva:

Podemos observar que a frase se interrompe no ponto onde termina o grupo de palavras que poderíamos chamar de termos-índice, isto é, aqueles cuja função no significante é designada, [...] ou seja, precisamente os termos que, no código, indicam a posição do sujeito a partir da própria mensagem (LACAN, 1958, p. 546)

No momento em que a posição do sujeito diante da própria mensagem poderia advir, o que surge é uma palavra de fora que o coloca em posição de objeto: de escárnio, de ameaça, ou simplesmente a ser descrito ou comentado. Uma divisão neurótica poderia aparecer no mesmo ponto; na psicose, todavia, isso fala na cabeça, de maneira direta e sem qualquer divisão, sem intervalo entre real e simbólico no qual um funcionamento de sujeito poderia encontrar abrigo (MELMAN, 2018). Por isso, a alucinação não é um fenômeno que possa ser lido pelo paciente no sentido de uma subjetivação, de uma responsabilização (SCIARA, 2011), uma tentativa de reconhecimento dessa mensagem como algo que lhe concerne:

O psicótico, no sentido de que ele é, numa primeira aproximação, testemunha aberta, parece fixado, imobilizado, numa posição que o coloca sem condições de restaurar autenticamente o sentido do que ele testemunha, e de partilhá-lo no discurso dos outros (LACAN, [1955-56], p. 153).

A voz vem como algo totalmente externo e qualquer tentativa de fazer o psicótico se apropriar dela, na melhor das hipóteses, não terá sucesso. Convocar o psicótico para se posicionar como sujeito diante da alucinação é desconsiderar que foi justamente isso que ele não pode fazer desde o começo - não a toma como enunciação porque esta chega com esse caráter externo, maciço e não dialetizável. A voz, da maneira como ela incide na psicose, é um objeto que não abre a chance para que um sujeito se aproprie desse significante que emerge, é um significante que não representa o sujeito e, em consequência, não remete a outro significante.

Pode ser que, como um trabalho de lidar com isso que irrompe na alucinação, possa surgir no psicótico um remanejamento do mundo, no sentido de dar conta disso que apareceu. Clérambault (1920/1999) chega a situar o delírio como reação intelectual à alucinação, como construção

secundária fruto de um esforço do intelecto. Freud e Lacan tomam um caminho diverso a esse, ao apostar que o delírio é um trabalho de sujeito que faz ressoar a mesma estrutura da alucinação, sem ter nada ver com a inteligência ou a racionalidade.

Freud (1911/1996, p. 32), observa que, na história de Schreber, primeiro surge o estranho pensamento de que seria belo ser mulher e se submeter ao ato da cópula. Mais tarde, com o desencadeamento da psicose e o início dos fenômenos alucinatórios, a temática do feminino ou da feminização permanecia. Aparecem, em Schreber, vozes que o chamam de “Miss Schreber”, dentre outras alucinações que também o situavam numa posição feminina. Isso culminou com o delírio de emasculação, e o objetivo de servir para Deus como mulher capaz de gerar a nova e pura raça humana.

Porém, mesmo dentro da riqueza, da força do trabalho desempenhado por Schreber, no sentido de elaborar as mensagens que lhe chegavam, ainda assim, não é possível notar a existência de uma divisão diante dessas mensagens. Os delírios parecem fornecer uma espécie de anteparo para essa mensagem que vem do Outro, como se tecer essa rede delirante pudesse amortecer o impacto dessa mensagem; ainda assim, não podemos falar de divisão:

[...] por não poder fazer uma mediação simbólica qualquer entre o que é o novo e ele próprio, entre em outro modo de mediação, completamente diferente do primeiro, substituindo a mediação simbólica por um formigamento, por uma proliferação imaginária, nos quais se introduz, de maneira deformada e profundamente a-simbólica, o sinal central de uma mediação possível (LACAN, [1955-56], p. 104)

O delírio, desde Freud (1911/1996) passa a figurar, portanto, não mais como sinal de doença, mas como tentativa de cura, como a tentativa de um restabelecimento possível da relação do psicótico com o mundo. Mas, vale ressaltar, a via do processo de reconstrução não passa pelo falo. O delírio não vai carregar as marcas de uma parcialidade, da equivocidade, de uma divisão – características que fazem a cadeia seguir de um significante a outro. Ele cresce nesse terreno do Um, marcado pela unidade, pela solidez, pela significação e se constitui, a partir destas

propriedades, como uma edificação totalitária, fixa e sem abertura dialética (LACAN, [1963-64], p. 25)

E, talvez por habitar esse terreno da significação, a paranoia tornou-se o modelo da psicose mais comumente estudado. Lacan dedicou-se ao trabalho de construção do delírio na paranoia em muitos dos seus escritos. Porém, no cotidiano dos serviços de atenção aos usuários da rede de saúde mental, o quadro psicótico mais presente é a esquizofrenia. Embora não se possa concluir que a esquizofrenia seja o quadro psicótico mais prevalente na população, certamente é o que mais solicita atendimento. Assim, se nos debates sobre a psicose, a paranoia ainda figura como estrutura clínica mais debatida, no campo da saúde mental trabalha-se na maioria das vezes com pacientes diagnosticados como esquizofrênicos. Por isso, abordaremos brevemente a esquizofrenia, tentando nos aproximar de uma discussão estrutural desse quadro. Uma discussão a partir da psicanálise que nos distancie da questão do déficit.

4.7 - A esquizofrenia

Émil Kraepelin agrupou os transtornos psiquiátricos em três grandes grupos: a loucura maníaco-depressiva, paranoia e demência precoce. Este último grupo foi renomeado por Bleuler (1911) como esquizofrenia⁸⁵, e comportaria o conjunto das psicoses que apresentam alteração do pensamento e das relações com o mundo de maneira muito específica. De fato, Bleuler (1911) as organizou no que se chamou dos “três A’s”, a saber: Ambivalência, Associações (afrouxadas ou até desagregadas) e Afeto (de inadequado a embotado). A esses “três A’s”, adiciona-se (idem, p. 55) posteriormente um quarto A: o Autismo.

A Ambivalência aparece na medida em que há uma cisão das funções psíquicas no sentido da perda da unidade, da integridade. Isso torna possível que representações antagônicas ocupem o

⁸⁵ Essas reflexões só puderam contribuir para a tese a partir da leitura em grupo do livro “*Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies*” (BLEULER, 1911), coordenada por Eva-Marie Golder e Dominique de Quai, promovida pela *École Psychanalytique de Sainte-Anne* em Paris, dirigida por Marcel Czermak. Agradeço aos colegas da *École* pelo acolhimento e à CAPES pela oportunidade de integrar esse grupo por um semestre.

mesmo pensamento. O comprometimento, nas Associações, está relacionado à fragmentação e à interrupção do pensamento presente na esquizofrenia. Essa perda de um fio condutor do pensamento pode se apresentar desde um afrouxamento dos nexos associativos, quer dizer, quando ele ainda está presente, mesmo que enfraquecido, até uma cisão total do encadeamento do pensamento – a chamada salada de palavras. O Afeto, por sua vez, se altera na medida em que pode variar numa gama de inadequado - desconectado com o contexto, a embotado, isto é, sem variação. Já o Autismo seria um isolamento do mundo externo a partir de um investimento no mundo interno.

Há, ainda, os sintomas que podem estar presentes na esquizofrenia, mas que não a caracterizam, por também comporem o quadro de sintomas de muitos outros grupos nosológicos. Seriam eles, delírios, alucinações, oscilações extremas dos afetos e sintomas catatônicos. É interessante notar que o grupo de sinais e sintomas descritos por Bleuler como compondo a esquizofrenia ainda se mantém atual. O diagnóstico diferencial da esquizofrenia com relação aos demais quadros psicóticos ainda se baseia na presença de elementos como o isolamento, o embotamento afetivo e o afrouxamento dos nexos associativos.

Os sintomas negativos são considerados de ordem dissociativa e abrangem todo tipo de fragmentação do pensamento e, conseqüentemente, da personalidade. Já o polo positivo dos sintomas psicóticos contemplaria a produção de novas ideias e percepções através da atividade delirante e alucinatória. Assim, a esquizofrenia está mais próxima do polo dos sintomas negativos, enquanto a paranoia, que, no DSM, chamaríamos de “transtorno delirante persistente”, pende mais para o lado dos sintomas positivos.

Na esquizofrenia temos a proeminência dos sintomas ditos negativos no campo do pensamento, do afeto e da linguagem. Dentre os mais comuns podemos listar: no pensamento desorganizado, afrouxamento dos nexos associativos e bloqueio do pensamento; na linguagem o mutismo, neologismo, descarrilhamento e salada de palavras; e, na afetividade, o aplainamento, esmaecimento, embotamento e a ambivalência.

Ao abordar a esquizofrenia, é comum dar ênfase a ideia de que ela implica um déficit. O fato é que essa entidade nosológica implica, de fato, na maioria dos casos, em um nível de funcionalidade e autonomia baixo, fazendo com que muitos pacientes dependam de cuidados de terceiros para uma circulação social. Dentre os quadros psicóticos, este é o com pior prognóstico. Ainda assim, se desejamos estabelecer uma relação causal entre a incidência do significante na psicose e a esquizofrenia, não podemos nos furtar de pensar sobre esse quadro clínico por uma via estrutural.

Se a psicanálise revelou alguma coisa de significativo, de esclarecedor, de luminoso, de fecundo, de abundante, de dinâmico, foi pondo em desordem as minúsculas construções psiquiátricas continuadas sem descanso durante décadas com a ajuda dessas noções puramente funcionais de que o eu, que era a sua camuflagem, constituía forçosamente o pivô essencial.

Mas o que a psicanálise trouxe de novo [...]? O único modo de abordar conforme à descoberta freudiana é o de pôr a questão no próprio registro em que o fenômeno nos aparece, isto é, no da fala (LACAN, [1955-56], p. 47)

A tarefa de pensar a esquizofrenia a partir da psicanálise é árdua, visto que as referências não são muitas. As formulações de Freud e Lacan sobre a esquizofrenia são sempre periféricas, o que nos trará o trabalho de cotejar, em seus textos, qual a especificidade da posição do esquizofrênico diante da linguagem.

Freud em *O inconsciente* (1915/1996) diz que o esquizofrênico toma a palavra como coisa. Disso podemos depreender que, com a não inscrição do falo, a palavra permaneceu em sua faceta concreta e não pode se abrir para uma dimensão na qual há mal-entendidos, equívoco. A isso se deve o peso da incidência dessa palavra no sujeito que, em vez de se dividir diante do que o Outro emana e de se perguntar o que isso pode querer dizer, pouco pode produzir diante da literalidade com a qual o significante chega até ele. Operações como a metáfora ou a metonímia estão vedadas, porque exigiriam a possibilidade da palavra poder ser substituída e não remeter a nada. Ao ser tomada como coisa, a linguagem fica à deriva, tendendo à decomposição ou ao congelamento, pois o que poderia dar lastro a uma significação e um sentido – o falo, como nos informa Melman (2018), não opera.

Ainda nesse artigo de Freud (1915/1996) há outra referência à esquizofrenia: nela encontramos “a linguagem de órgão”. Freud traz essa afirmação para explicar o que seria representação, de palavra e de coisa, através de uma situação da clínica na qual o paciente esquizofrênico não investe na representação de coisa, ficando somente com a primeira. Na esquizofrenia, portanto, o vínculo entre as representações de palavra e as representações de coisa está ausente. O investimento que se dirigiria às representações de coisa é redirecionado para o eu do paciente, tomado como objeto pela libido. Já falamos brevemente desse retraimento narcísico da libido no esquizofrênico ao falarmos do autismo e, no caso da “linguagem de órgão” isso se manifesta sob uma via hipocondríaca, isto é, quando a representação de palavra se ocupa do próprio corpo do esquizofrênico: um investimento o toma como objeto de maneira literal e incisiva, como uma menção imediata ao corpo e ao seu funcionamento. Não são raros os casos nos quais os pacientes esquizofrênicos descrevem o percurso dos fluídos pelo seu corpo, a trajetória do alimento, da boca até serem excretados.

Já Lacan sobre a função da assunção de algo que instaura um movimento dialético por comportar um fundo de ausência, menciona que

Na ordem simbólica, os vazios são tão significativos quantos os cheios; realmente parece, ao ouvir Freud hoje, que é a hiância de um vazio que constitui o primeiro passo de todo o seu movimento dialético. É justamente isso que explica, ao que parece, a insistência do esquizofrênico em repetir, reiterar esse passo. Em vão, já que para ele todo o simbólico é real (1954, p. 394)

Essa dimensão da linguagem que não é lastreada pelo falo – um significante que vem justamente inscrever um vazio - comparece na esquizofrenia, através de um pensamento que parece ter perdido o seu estofo e, ao mesmo tempo, sua direção. Vê-se nos fenômenos de afrouxamento do nexos associativo, o surgimento de significantes desprovidos de meta, sem orientação e sem que se estabeleça uma ligação. Eles ilustram o funcionamento de uma linguagem que não se articulou em torno de um significante que, por sua vez, instaura uma perda. Sem ela, o esquizofrênico ficará

preso aos ritornelos, isto é, à repetição insistente de um significante que não remete a nada, na reiteração do vazio sem que ele se desdobre numa cadeia (LACAN, [1959-60]):

Há uma forma que a significação toma quando não remete a mais nada. É a fórmula que se repete, que se reitera, que se repisa com uma insistência estereotipada. É o que poderemos chamar, em oposição à palavra, o ritornelo. Essas duas formas (a intuição delirante e o ritornelo), a mais plena e a mais vazia, para a significação, é uma espécie de chumbo na malha, na rede do discurso do sujeito (LACAN, [1955-56], p. 44)

Se o delírio estanca a significação por ser pleno⁸⁶, por fazer com que um significante baste, o ritornelo da esquizofrenia também tem o mesmo efeito, porém, por ser um vazio que não remete a nada. Reiteração sobre o mesmo ponto sem que algo se suceda, sem que o significante deslize pela cadeia.

4.8 - Psicose como diferença irreduzível

As considerações que conseguimos reunir até aqui sobre uma organização que não se dá pelo simbólico na psicose, seja na esquizofrenia ou na paranoia, têm implicações significativas na relação do psicótico com o laço social. Basta estar próximo dos reconhecidamente loucos para notar como é empiricamente evidente que, para além de toda a dificuldade do corpo social em aceitar e acolher esse corpo estranho que é a loucura, há, nela mesma, uma dificuldade em participar dessa engrenagem. Dito de uma outra forma, se há na maneira como se constituiu o social uma dificuldade em incorporar isso que é estranho, há do lado da psicose uma dificuldade em se exercer nesse campo. Insistimos na importância de se levar isso em conta por dois motivos. Primeiro, por considerarmos que esse é um ponto fundamental para aqueles cujo trabalho é cuidar dessa clientela. Segundo, por notarmos um certo constrangimento em sublinhar a diferença que a psicose implica. É como se admitir que algo é diferente precisasse necessariamente vir acompanhado de um

juízo de valor. Mesmo que Grada Kilomba (2019) tenha indicado que essas duas noções, o do

⁸⁶ Como coloca Lacan, “isto se vê no texto de Schreber como na presença de um doente. A significação dessas palavras que fazem vocês se deterem tem como prioridade remeter essencialmente para a significação, como tal. É uma significação que basicamente só remete a ela própria, que permanece irreduzível. O próprio doente sublinha que a palavra tem peso em si mesma. Antes de ser redutível a uma outra significação, ela significa em si mesma alguma coisa de inefável, é uma significação que remete antes de mais nada à significação enquanto tal” (1992 [1955-56], p. 43)

diferente e do pior, andem quase sempre de mãos dadas em nossa sociedade, acreditamos ser possível nos descolarmos dessa tendência através do discurso psicanalítico. Ele, desde Freud, que empreende uma afirmação da especificidade da psicose sem ser pela via do déficit.

Desde seus estudos sobre as pacientes histéricas, percebe-se, em Freud, o esforço para situar um funcionamento dotado de causalidade e de leis próprias justamente nos fenômenos que, desde Descartes, são taxados como afastados da verdade e desprovidos de razão. Freud reinveste nessas manifestações não apenas como possuindo uma lógica, mas como sendo a verdade do sujeito: "aqui, no campo do sonho, estás em casa" (LACAN, 1964, p. 47). No caso específico da psicose, os delírios e alucinações serão retomados não mais como desrazão, mas como uma razão muito própria e singular em andamento.

A experiência humana, a partir de Freud, passa a incluir algo de louco. O que vimos no segundo capítulo como desatino, como desrazão, Freud situa como sendo uma parte não eliminável da nossa experiência. Mais ainda, é justamente esse germen de loucura comum a todos, que Freud vai localizar como morada do que nos difere uns dos outros, do que nos singulariza.

Sujeito e loucura deixam de ser opostos para tornarem sinônimos (TENÓRIO, 2001). Se, como vimos anteriormente, Pinel acreditava existir uma razão que se preserva na loucura (FREITAS, 2004), Freud tem o gesto inaugural de situar, justamente na loucura, a verdade do sujeito. Nasce, com Freud, uma clínica na qual os sintomas histéricos e psicóticos deixam de ser entendidos como pertencentes ao campo do erro e da negatividade para serem tomados como índices de sujeito e portadores de uma verdade. Mas, até emergir a linha de pensamento trazida por Freud, a loucura permaneceu tal e qual Descartes a definiu, isto é, como expressão máxima da ausência de razão.

Temos, portanto, uma verdade na loucura que não encontra no social um lugar na qual ela possa reverberar. Uma questão social muito específica na psicose está relacionada com o que retomamos de sua constituição até aqui. Isso significa que, se nós importamos o modelo violento e

segregante da escravidão para tratar a psicose em nossa sociedade, estamos ressaltando que a loucura não é equivalente à pobreza ou à falta de cidadania, à deficiência ou à questão racial. Não devemos nos esquecer que “a psicose existe e que esta é uma estrutura clínica e, como tal, deve ser respeitada e não diluída nas questões de marginalidade e estigmatização social” (FERNANDES, [201-?]).

A loucura guarda uma relação ainda mais delicada com a questão da exclusão, com a falta de lugar. Vimos que as grandes interações na França e no Brasil se ocuparam de sequestrar indefinidamente os que destoavam do social homogêneo e ordenado que se pretendia construir. Nessa massa composta por uma gama variada de questões, “a loucura é propriamente aquilo que aparece no corpo social como não redutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, do que aparece como incomodamente dissonante” (TENÓRIO, 2001, p. 11). Enquanto as outras categorias incômodas puderam ser encaminhadas para instituições apropriadas para a abordagem de suas questões, a loucura foi restando ali como núcleo duro daquilo que não compreendemos e também não desejamos. Foi-se reduzindo à diferença por excelência perante ao corpo social, sem poder ser metabolizada ou absorvida por ele.

A psicose representa, então, no social, uma diferença irreduzível. Como vimos, o liame social se funda sobre a linguagem (LACAN, [1972-73]), e ordena a relação entre os seres humanos, incluindo tudo o que se refira a uma coletividade e tudo o que for da ordem das convenções, interdições e inibições. Esse é o discurso estabelecido, no qual o psicótico não pode se apoiar (LACAN, 1972, p. 475). Esse suporte não está lá, porque a operação que institui o social não se inscreveu nele.

O social seria esse tecido que se constitui a partir de uma operação simbólica que, como vimos, ao extrair algo desse campo, termina por ordená-lo, domesticá-lo. A psicose é a condição na qual essa operação não teve efeito e isso dá origem ao seu pertencimento problemático ao laço social (TENÓRIO, 2001)⁸⁷.

⁸⁷ Voltaremos a esse ponto no próximo capítulo, no qual retomaremos a questão do laço social para depurar as suas implicações éticas no tratamento da psicose.

Assim, temos como primeira contribuição da psicanálise, para o campo da Reforma Psiquiátrica, a sustentação da existência de uma diferença radical na psicose. Essa não é uma tarefa fácil, visto que ela precisa germinar num terreno que procura justo o inverso, isto é, numa postura que desdobra a assistência em saúde mental em assistência social [FERNANDES, 201-?] apagando as diferenças numa afirmação de que todos somos cidadãos. Segundo Dunker e Neto (2015) a psiquiatria democrática italiana, paradigma que, como vimos, orienta a Reforma psiquiátrica brasileira

pretende negar que a loucura seja uma condição patológica individualizada que necessite de abordagens terapêuticas ou clínicas. Ao contrário, a questão fundamental da loucura é a exclusão social. A terapia deve ser substituída por vínculos familiares e comunitários. Os hospitais devem ser substituídos por centros de encontro que estimulem os agora chamados usuários a circular como cidadãos reais (idem, p. 74).

Reconhecer o fato clínico da psicose e suas especificidades é o primeiro passo para uma clínica em saúde mental que não seja manicomial. É o único ponto que nos desvencilha da prática truculenta dos manicômios, sem resvalar para um aplainamento de uma atenção regida por ideais.

Há uma diferença na psicose que não se curva às investidas do social em harmonizá-la ou silenciá-la⁸⁸. Querer ignorar ou apagar essa diferença, além de violento, é infrutífero.

Poderíamos dizer que aquilo que aparece na cultura como diferença irreduzível é chamado de loucura, formulação que já nos faz perceber que a pretensão de harmonizar loucura e sociedade é problemática em si mesma. Reconhecer aí a base do nosso trabalho é um passo importante para que possamos fazê-lo com eficiência e orientar eticamente nossas ações (TENÓRIO, 2001, p. 12).

A clínica psicanalítica se funda como práxis que vai na contramão disso ao firmar esse ponto dissonante e indomesticável como ponto de partida para o trabalho. A primeira contribuição da psicanálise para o campo da saúde mental está em sinalizar e sustentar a diferença radical que a psicose representa (idem).

⁸⁸ Dunker (2015) chama atenção para o potencial crítico que os sintomas psicológicos trazem para a compreensão de determinado estado social. Isso significa que neutralizar esses sintomas é perder a chance de questionar o social tal como o constituímos.

Se reconhecer a especificidade do fato clínico da psicose é o primeiro passo, o passo seguinte seria, a partir dessa clínica, trabalhar para que o psicótico possa estar no mundo. É a clínica que pode fazer girar a grande roda do tratamento, dos agenciamentos políticos e sociais. Veremos como isso se deu no processo de desinstitucionalização aqui descrito, tentando ampliar as considerações extraídas dessa experiência de trabalho para o campo da clínica da psicose.

Capítulo 5

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COMO OPERADOR DAS AÇÕES ANTIMANICOMIAIS

Nosso percurso até aqui nos permitiu partir da observação de que, por conta do nosso passado escravista, nossa postura diante da loucura é objetalizar, seja através da segregação, seja através da violência. No capítulo anterior fizemos o movimento contrário das grandes internações e destacamos a psicose dessa massa que o Estado tem por costume varrer para o debaixo do tapete. Assim fizemos, ao cernir uma questão relativa ao campo do sujeito que concerne somente à psicose. Fomos além e localizamos a psicose como a diferença por excelência, pois o que ela traz como dissonante não se deixa domesticar por nenhuma investida, seja ela inclusiva ou segregante.

Sublinhamos que reconhecer a diferença implicada na psicose é o primeiro passo para fazer frente ao nosso passado escravocrata que se atualiza no presente através de uma lógica manicomial na abordagem da loucura. Reconhecer a psicose é necessário porque será a partir dela que um tratamento que dê algum lugar de sujeito para o paciente pode se desenrolar. Somente dentro da maneira como a psicose se instalou em cada paciente que será possível pensar numa estratégia de acompanhamento que não seja objetalizante, manicomial. No atual capítulo, abordamos, então o campo do tratamento da psicose.

No século XIX, Pinel fundou a clínica psiquiátrica como método consciente e sistemático para escutar os sintomas e observar os sinais. A clínica, que situamos no presente como via de escape para a segregação empreendida pelo discurso manicomial, não só recolhe essas pistas que o paciente vai deixando ao longo do atendimento, como também remete esses fenômenos ao campo do sujeito do inconsciente. Estamos no campo da clínica psicanalítica, via aberta por Freud e retomada posteriormente por Lacan.

Lacan (1977) propõe uma clínica do real enquanto impossível de suportar. Como vimos, a noção de sujeito comporta um impossível de se deixar capturar por definições ou se domesticar por

intervenções. Sem reconhecer esse fato clínico, as intervenções que se fazem em saúde mental tendem para uma tentativa de ordenar esse real, de emoldurar esse impossível de suportar. A clínica da qual falamos no presente não só concebe esse impossível como tal, sem pretender torná-lo possível, assimilável; como também entende que o trabalho só pode acontecer a partir dele. Estamos falando de uma clínica que se permita encontrar com o que há de mais singular em cada paciente, isto é, mapear esse impossível, bem como a solução encontrada pelo paciente para manejar esse impossível insolucionável.

Ressaltar a importância da clínica no campo da saúde mental abre polêmicas. Devemos reconhecê-las, sem encerrá-las; sem, tampouco, deixar de propor as considerações que surgiram durante o encontro das reflexões teóricas da tese com a experiência de trabalho na equipe de desinstitucionalização.

A primeira dentre as polêmicas indaga se a Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento que tem, em suas bases, a clínica. A partir dos dados trazidos no terceiro capítulo, responderíamos que não. De fato, a Reforma Psiquiátrica brasileira se pauta, como vimos, na Psiquiatria Democrática Italiana, cujos principais teóricos, como Basaglia e Rotelli⁸⁹, consideram que a clínica é uma instituição a ser negada em toda a sua extensão. Para eles, o deslocamento das questões referentes à loucura para uma condição de existência-sofrimento denega a condição da psicose, porque não fala exclusivamente dela, mas de todo ser que vive numa sociedade estruturada como a nossa (FREUD, 1996/1930[1929]). Nesse mesmo movimento, a Psiquiatria Democrática Italiana rejeita a clínica. Rotelli afirma que o caminho para acompanharmos os aportes do paciente, com sua produção, devemos “[...] evitar as estreitas vias do olhar clínico, da investigação psicológica [...]” (1990, p. 93). Ao assinalar a possibilidade de o saber psiquiátrico ser utilizado como

⁸⁹ Uma segunda polêmica se pergunta se conseguimos fazer, no Brasil, uma Reforma Psiquiátrica realmente próxima da proposta pela Psiquiatria Democrática Italiana. Temos, hoje, serviços com relações horizontalizadas, nos quais os papéis intra-equipe e entre equipe e pacientes se diluíram a ponto de se tomar decisões de maneira democrática? Alguns basaglianos afirmam que a Reforma no Brasil não teve êxito em seguir o modelo italiano. Se isto for comprovado, como parece ser, a Reforma Psiquiátrica brasileira paira num limbo por não ter nem afirmado a clínica como guia-mestre, nem equalizado loucos e não-loucos.

instrumento de dominação e opressão do alienado, Rotelli extrapola a crítica para a clínica como um todo e acaba jogando fora toda a psiquiatria (FILHO, 2008).

Assim, a proposta de libertação dos loucos segundo a Reforma Psiquiátrica Italiana vai na contramão do movimento de Pinel porque este acena para uma liberdade sem apagar a existência na loucura de uma condição peculiar, enquanto que para Basaglia essa aproximação da loucura através da clínica era justamente o que precisava ser erradicado para se alcançar uma almejada situação de igualdade. Não há, portanto, na Reforma Psiquiátrica oriunda da Itália que aportou no Brasil um movimento de se debruçar sobre a loucura, e estudá-la, para depois fazer proposições. Há, de saída, o projeto de equalizá-la como detentora de direitos tal e qual todo e qualquer cidadão.

Bercherie (1989) situa, como condição para o nascimento de um novo campo de saber, um corte epistemológico que rompa com o saber anterior. Para ser considerado como tal, o campo de saber emergente precisa ser dotado de um quadro teórico com maior alcance e poder explicativo. No caso italiano, a perspectiva política aberta pela Reforma Psiquiátrica não se acompanha de um quadro teórico inovador. Ao propor a mudança de objeto de doença mental para uma "existência-sofrimento" do paciente em sua relação com o corpo social, a Reforma Psiquiátrica não oferece um desvendamento ou sequer uma maior investigação das questões anteriormente propostas tendo a doença como objeto. A postura antiteórica assumida pela psiquiatria democrática italiana trouxe críticas importantes ao modelo vigente, mas se manteve numa posição de somente desqualificá-las, sem propor um entendimento da loucura que pudesse superar o paradigma clínico.

A psicanálise, por outro lado, se fez fortemente presente no cotidiano dos serviços de saúde mental no Brasil. Sendo assim, a clínica atribuída por Tenório (2001) à Reforma Psiquiátrica no Brasil nos parece um efeito da incidência do discurso psicanalítico sobre esse campo. No chão de fábrica da Reforma Psiquiátrica brasileira estavam os psicanalistas, cuja presença ainda se verifica, pelo menos nos serviços de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro e adjacências. São eles quem, na sua lida, incluem o frescor dessa discussão da clínica do sujeito na prática nos CAPS. Mas essa

clínica não está lá nas origens, como um paradigma. O deslocamento para uma escuta clínica é uma contingência, fruto da tensão sustentada na rotina pelos psicanalistas, que se mantém na rede de saúde mental.

Iniciativas de natureza clínica seguem, assim, são raras em nosso país:

São poucas as experiências propriamente clínicas que o Brasil viu florescer sempre de forma excepcional, não sem algum sincretismo teórico. No mais das vezes o que encontramos são projetos administrativos associando técnicas de controle e contenção, de socialização e medicação, sem que a mais elementar escuta da loucura, ou qualquer forma de clínica da palavra, tenha algum lugar (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2015, p. 89)

Se a clínica esteve presente em ações da Reforma, ela tinha caráter contingente. Dunker e Neto (idem) apontam para uma “falência da clínica” nessa dissociação proposital entre formas de tratar e as políticas que as concernem. Essa separação culminou com a transformação das políticas substitutivas em saúde mental em políticas contrárias à clínica, independente de sua natureza. Tal postura pode ser ilustrada pelo relato dos autores sobre o cotidiano da recepção de casos nos CAPS:

Praticamente não há mais espaço para uma investigação detalhada sobre os sintomas. Isso é muito coerente como a desconstrução do projeto de identidades psicopatológicas. Na prática isso significa que o paciente em sofrimento não é realmente escutado. O objetivo é ser funcional e eficiente nas habilidades sociais. Integrado à família, trabalhando e politicamente engajado, essa é a imagem requisitada à inscrição social (idem, p. 89)

A investigação sobre os sinais e sintomas que nos informariam sobre a particularidade da psicose não só não possuem espaço, como deve ser evitada num ambiente orientado pela Reforma Psiquiátrica por ser considerada estigmatizante. Em seu lugar, são verificados os dados pessoais e realiza-se uma mini anamnese social do caso: condições de moradia, círculo social e educacional, internações psiquiátricas prévias, etc. As habilidades sociais são tomadas como se elas não possuíssem qualquer relação com o campo subjetivo; como se elas existissem autonomamente e precisassem de reparos também independentes do campo do sujeito.

Se a clínica não está nas bases da Reforma Psiquiátrica brasileira, sustentaremos, no presente capítulo, através de recursos teóricos e retomando vinhetas clínicas da experiência de

trabalho na equipe de desinstitucionalização, a importância da presença da clínica nos equipamentos da rede de saúde mental. Ao se constituir a partir do que o paciente traz, ela opera como resistência à lógica manicomial de objetualização do louco. A clínica é o que fura nossa tendência em objetualizar o louco, permitindo ultrapassar essa estrutura segregante que nos constituiu.

Ao dar o lugar para a psicose, a clínica situa como carro-chefe do tratamento o paciente, em suas dificuldades e suas possibilidades, que, por sua vez, só podem ser depuradas e manejadas através de um trabalho clínico atento ao que o paciente aponta como via de acompanhamento, de laço. Nesse ensejo, a construção do caso clínico deve ser uma referência para o trabalho nos serviços de saúde mental. Um esforço para cernir o que é da ordem do sujeito em cada psicose – da relação do sujeito com a linguagem, e do trabalho de sujeito que pode haver ali (TENÓRIO, COSTA-MOURA & LO BIANCO, 2017, p. 206).

5.1 - A clínica do traço

Ao falar de clínica, estamos falando de maneira geral desse exercício investigativo baseado na observação e na escuta. Mas, como temos anunciado, é a clínica psicanalítica que se configurou de modo a contemplar as questões que temos sublinhado como essenciais para um trabalho possível com a psicose. Nessa busca por circunscrever e tornar transmissível o singular de cada caso, Lacan retoma algumas observações de Freud para privilegiar o dispositivo do Traço do Caso como método que nos orienta na construção do caso clínico.

A noção de traço surge em Freud em suas discussões sobre os traços mnêmicos. Este termo designa esses elementos que sobram como vestígio, como rastro no psiquismo das experiências vivenciadas. Posteriormente, Freud (1914/1996) volta a falar da noção de traço em suas observações sobre o conhecedor de arte russo Ivan Lermolieff, que teria revolucionado o mundo da

arte. Sua técnica de reconhecimento da autenticidade de uma obra, não se atém aos aspectos gerais e grandiosos da peça em questão, mas pela análise dos pequenos detalhes, como, por exemplo, a representação das unhas e dos lóbulos da orelha. Freud estabeleceu um paralelo entre o método desenvolvido por Lermolieff e a técnica psicanalítica, ao afirmar que “este método é parente próximo da técnica da psicanálise médica, a qual também está habituada a adivinhar o latente e o oculto a partir dos traços [*Zügen*] menosprezados ou não considerados, do resíduo – do lixo – da observação” (idem, p. 207).

Em seu artigo *A pintura de Moisés feitas por Michelângelo*, Freud (idem) debruça-se sobre dois pequenos detalhes da obra - a postura da mão direita e a posição das Tábuas da Lei, para, a partir delas tecer considerações sobre a imagem. Mais de 20 anos depois, Freud (1937/1996) compara o percurso realizado numa análise com o trabalho arqueológico, situando que, em ambos, trabalha-se com traços e marcas primordiais, não só por terem sua inscrição numa época remota, mas por serem indicações pontuais em torno das quais orbitam as construções, essas sim maiores e mais elaboradas.

Tais indicações de Freud fazem com que Lacan também traga em seu ensino a questão do traço:

Um traço é uma marca, não é um significante. A gente sente, no entanto, que pode haver uma relação entre os dois, e, na verdade, o que chamamos de material significante sempre participa um pouco do caráter evanescente do traço. Essa até parece ser uma das condições de existência do material significante. No entanto, não é um significante (LACAN, [1957-58], p. 355).

O traço, como a própria imagem à qual termo remete, não tem palavra. A partir dele, palavras podem ou não surgir, mas o traço, em si mesmo, não é da ordem do significante. Lacan propõe a expressão Traço do Caso para remeter a um método de construção do caso clínico em psicanálise. Seu dispositivo adverte que se trata de uma construção: atribui-se de significantes, incluindo o analisante, o analista, o percurso do tratamento, mas não se equivalem ao traço. Este é perseguido pelo analista mediante o dispositivo descrito, e vem pra representar uma busca pelo elemento mínimo que aborde a enodação dos três registros simbólico, imaginário e real em cada

paciente. O traço seria, dentro do tratamento, o resíduo após o desbaste dos elementos acessórios, marca indelével do encontro entre o analista e o paciente.

Assim, o traço do caso propicia uma aproximação do que, em cada situação, se apresenta como paradigmático e singular, entendendo que tudo ao redor foi o modo como o sujeito pode produzir sua ficção a partir disso que não tem palavra, a partir desse enigma. Assim, a clínica psicanalítica indaga: o que é esse traço, e como pode se desdobrar com ele?

a respeito de qual é a particularidade da clínica analítica, ela é clínica de quê? E aí a resposta vem simples: ela é uma clínica do modo como a linguagem produz e afeta um corpo, ancorando nessa produção a subjetividade e os laços sociais nos quais esta última vem consistir. É nessa conjuntura que emerge a problemática do sujeito, sua singularidade e seu modo de gozo [FERNANDES, 200-?, p. 4].

Vimos que a linguagem é do Outro e isso institui nossa condição primordialmente objetual. Somos parasitados pela estrutura da linguagem, que funciona autonomamente e segundo leis próprias. Isso não significa que o singular não possa incidir sobre o discurso, mas sim que o que pertence ao campo do sujeito tem um funcionamento evanescente, raro e muito breve, “sendo logo absorvido na trama particularizante ou universalizante do discurso” (idem). Mas, até ser fagocitado, esse singular carece de palavra, é indizível:

Enfim, é isso, o singular oscila entre o traumático de certos acontecimentos e o incomunicável da experiência. De um lado o acontecimento abrupto, fazendo suas incidências, deixando suas marcas e de outro, nossa experiência íntima, nosso vivido – neste fazemos naturalmente a experiência de nossa singularidade, mas aí o singular é incomunicável [idem, p. 3].

O que diz respeito ao sujeito é, portanto, “impensável de outra maneira que não através dos efeitos pelos quais é marcado, e que torna precário que alguém se entenda dele” (LACAN, 2003, p. 423), o dispositivo do Traço do Caso tem como objetivo bordejar esse impensável. Esse ponto impossível de ser positivado vai ser trabalhado na clínica como ausência: “aquilo que indica a presença de algo, no que esse algo, justamente, se furta à presença, se furta à possibilidade de posituação” [FERNANDES, 200-?]. Isso nos orienta em direção à suspensão da classificação dos

fenômenos observados em categorias gerais, e nos conduz para um outro tipo de semântica na construção e condução dos casos:

É no texto que pode se depositar tais elementos cujo ser é tão furtivo e é aí também que um estilo pode aparecer. Vê-se então de que modo o psicanalista aborda o singular, o real próprio de sua clínica: pelo traço, retendo-os em um texto. Ele não avança para a classificação, processo metodológico próprio da medicina que justamente apaga os traços por transformar o que seria dessa ordem na clínica, em sinais que irão fundamentar os critérios de pertinência [FERNANDES, 200-?, p. 5].

Caberá ao psicanalista se oferecer como superfície sobre a qual os traços dos pacientes se inscreverão e incluir aí algo de seu – seu estilo, para fazer texto. Apostamos na construção do caso clínico como passo fundamental no tratamento possível das psicoses. Ao perseguir o suporte mínimo da estrutura do sujeito, ele termina por interditar o profissional de saúde mental de construir um saber generalizante sobre o paciente. Requer um exercício de escuta atenta e termina por apontar direções inusuais para os tratamentos. Tais características fazem da Clínica do Traço, e a construção do caso que ela inclui, uma ferramenta para que a Reforma Psiquiátrica possa evitar vir a se tornar uma nova forma de cronicidade. Esse trabalho delicado e minucioso da construção do caso clínico a partir de pequenos traços pode evitar a cronificação dos pacientes e dos trabalhadores no interior dos serviços abertos de saúde mental (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2015).

No trabalho com a equipe de desinstitucionalização, manter o Traço do Caso como norte serviu como esteio para uma prática que se manteve atenta ao funcionamento de sujeito nos pacientes encontrados no manicômio. Ainda que não tivesse sido possível desbastar os elementos de cada caso até encontrar o traço singular de cada interno, essa proposta exigiu que nós perseguíssemos isso, que nós construíssemos um caso clínico sobre cada um, e serviu como guia no nosso contato com eles. Através dela, foi possível frear o ímpeto de reparar os anos de abandono na casa de saúde, com ações que encaminhariam questões da vida prática, para tentar mapear os pontos cardinais da psicose de cada paciente.

5.2 - A clínica na desinstitucionalização: a clínica no um a um

Vimos anteriormente que Celina – paciente internada na casa de saúde conveniada que foi campo de trabalho da equipe de desinstitucionalização da prefeitura, mantinha seus olhos verdes estatelados enquanto passava os dias sob o sol xingando e ameaçando algo que não conseguíamos discernir. Com o trabalho diário, ela começou a responder à minha permanência silenciosa ao seu redor. Todos os dias, eu a cumprimentava e ficava a cerca de dois metros de distância, ouvindo-a falar. Sentia como se ela não se desse conta da minha presença ali; ainda assim, essa era a única aproximação possível. Um dia, enquanto eu conversava com outra paciente, num banco do pátio, Celina sentou-se ao meu lado e começou a “falar”. Eram apenas sons incompreensíveis, mas com modulação. A mímica facial e corporal indicava que estava me contando um segredo. Falava baixinho e apontava para pessoas com os olhos. Eu perguntei, tentando entender o conteúdo do que ela falava, mas ela se cansou e foi embora. Celina assim fez por algumas vezes, sempre indo embora diante das minhas perguntas.

Isso me intrigou; indagava-me: como Celina faz laço com o outro? Como, na sua psicose, ela se engaja numa relação com o outro? Até então, Celina parecia estar em guerra constante e, ao seu redor se formava um campo minado, que impedia a aproximação. Agora, ela baixa a guarda e vem contar o que parece ser um segredo, transmitir uma mensagem que parece ser secreta. Sinalizou, para mim, que não entraria numa relação comigo pela via da investigação, de uma entrevista. Resolvi, então, aceitar o lugar que ela me ofertava: seria a receptora de seus segredos. Apostei que, nesse caso, importava mais que Celina pudesse confiar uma fala a alguém do que o conteúdo propriamente dito.

Dali em diante, quando Celina vinha espontaneamente me contar essas coisas, eu recebia sem questionar. Às vezes reagia com interjeições que acompanhavam as mímicas delas: “É mesmo?”, “Não é possível!”, “Cê jura!”. E ela falava, levantava a cabeça, cruzava e balançava as

pernas, parecendo satisfeita; depois, levantava de onde estávamos para voltar ao chão. Isto não funcionava se eu a procurasse. A iniciativa de vir falar comigo tinha que ser dela, o que quase sempre acontecia num momento no qual eu estivesse falando com outra paciente. Tentei puxar assunto uma vez e não deu certo. Recuei. Passei a apenas trocar olhares com ela quando eu chegava, e a esperar que ela viesse quando fosse o momento.

Semanas passaram e os segredos foram virando fofocas. De olhares acusatórios e perseguidos para outras pacientes, Celina passou a apontar uma e outra fazendo mímica de que estava me contando um caso sobre elas. Balançava a cabeça em tom de reprovação e às vezes parecia debochar ou maldizer da outra. Um dia, diante das minhas interjeições, Celina me diz “É, menina!”. Eu ri e ela riu também. Outras palavras foram aparecendo: absurdo, pobrezinha... Todas acompanhadas por muitos gestos.

Um dia, entro na enfermaria e Celina, que já estava de pé, vem em minha direção de braços abertos. Confesso que tive medo. Mas, ela me abraçou forte e segurou minhas bochechas com os dedos, como se eu fosse um bebê, dizendo “Olha que bonitinha ela!”. E nossa interação passou a ter esses dois momentos: um no qual parecíamos comadres fofoqueiras, e outro no qual ela se dirigia a mim de maneira afetuosa e me infantilizando através de palavras como “bonitinha”, “bebezinho”, “bonequinha” e outras no diminutivo. Às vezes, aceitava meu convite para sair do sol e sentar ao meu lado no banco; às vezes ignorava completamente.

Entender a impossibilidade de aproximação com Celina foi fundamental para orientar qual o trabalho possível com ela. Qualquer indício de que eu desejava algo dela, bloqueava a estrada. Se eu tomase a iniciativa, se eu perguntasse, até mesmo se eu estivesse sozinha/disponível tudo ficava inviável. Era preciso que meu olhar, minha escuta e meu desejo estivessem dirigidos a outra paciente, para que algum contato não fosse maior do que ela poderia suportar. Para aceitar a minha presença, Celina precisou me tornar inofensiva, pequenininha, bonitinha, boazinha. Assim eu não

lhe causaria danos. Por entender que em sua psicose o outro era extremamente invasor, aceitei esse lugar no qual Celina me alojou. Este, naquele momento, era o único lugar possível.

A via clínica foi a única possível com Celina. Diante de uma aridez tamanha, foi preciso apostar de que havia nela uma lógica singular e que essa lógica seria o trilho sobre o qual um trabalho poderia avançar poderia ser respeitosa e frutificar.

O caso de Roberta, paciente que juntava restos da enfermaria, seja coletando-os do lixo, seja arrancando pedaços de portas e janelas de madeira, não foi diferente. Em alguns momentos, Roberta tirava a roupa e mostrava para mim ou o seio ou a vagina, enquanto falava algo incompreensível. Com o passar do contato quase que diário com Roberta, algumas palavras foram aparecendo: “São Paulo” e o nome de uma mulher, entre outras. Também começamos a notar alguma modulação afetiva na massa disforme que Roberta trazia como fala. Em alguns momentos, Roberta chorava, parecendo fazer uma súplica; em outros, momentos ria de se arquear para trás com as duas mãos na barriga. Frases começaram a surgir: ela mostrava a genitália dizendo “sou homem”, apontava cicatrizes pelo corpo, falando delas como marcas tiros e pancadas.

Certo dia, para a surpresa de todos da equipe de desinstitucionalização, Roberta, em sua escassez de palavra, disse “‘tô’ aqui fumando um cigarro”, enquanto pitava um dos pedaços de madeira recém arrancados da porta da enfermaria. Estes também serviam como brincos, que colocava em seus furos na orelha. O que mais coletava do chão e do lixo ia sendo amarrado nos braços, pescoço ou cabeça. Um dia, Roberta passou fezes no cabelo. Conversei com ela, tentando entender o que estava acontecendo. De sua fala, entendi somente a pergunta: “traz um xampu?”.

O trabalho passou então a contar com essas pequenas encomendas, sempre relacionadas ao corpo: brincos, prendedores de cabelo, pulseiras, cremes, xampu, fitas. Itens que fossem menos degradantes que fezes e menos problemáticos do que farpas de madeira, que terminavam por causar infecções nos lóbulos das suas orelhas. Pequenos artifícios que não duravam muito e

desapareceriam em menos de 24 horas, mas que, ao menos, apaziguavam temporariamente Roberta e faziam com que ela, sempre absorvida pelas vivências psicóticas, voltasse para falar comigo.

A aposta era a de que Roberta sinalizava que a aproximação com ela se daria acompanhando o seu trabalho com relação a seu/um corpo. O corpo não é uma questão qualquer na psicose. Com a forclusão do Nome-do-Pai, o psicótico "[...] ao ser apanhado sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido" (LACAN, 1972, p. 475) precisará construir com um trabalho singular um corpo possível. Em muitos casos, como este, será um corpo estranho, disforme, efêmero e que, portanto, precisará ser refeito cotidianamente. Um corpo que Roberta testemunha ter sido destroçado por tiros, um corpo de homem - um corpo que, com muita dificuldade, ia sendo artesanalmente localizado através de um ensaio de delírio e dos restos da enfermaria. Um corpo que, à medida que se estruturava, ia estruturando também a fala de Roberta, permitindo que algumas frases fossem decantadas de um todo confuso e pudessem até mesmo ser compartilhadas. As palavras "São Paulo" e o nome de mulher que Roberta começou a nos trazer contavam fragmentos importantes de sua história. Roberta havia morado em São Paulo, antes de vir com a família para o estado do Rio de Janeiro, e o nome de mulher, depois viemos a saber, era o de sua irmã.

Não é possível saber se Roberta já tinha esse movimento antes da chegada da equipe de desinstitucionalização, porque nenhum registro dessa atividade foi encontrado em seu prontuário. Entretanto, presenciamos a inexistência de um olhar que pudesse identificar, nesse movimento de Roberta, um trabalho subjetivo de extrema importância, um trabalho que pode vir a dar algumas balizas para o seu percurso na psicose.

Foi somente observando e apostando nas questões corporais que ela trazia é que a minha presença pode começar a ter algum efeito pra ela. Não se trata aqui de generalizar e fazer disso uma direção de acompanhamento que consiste em simplesmente oferecer uma possibilidade para que

qualquer paciente possa cuidar de sua higiene pessoal, ou ter acesso a itens pessoais e a adornos. Embora essa oferta tenha muita importância, não é o cerne deste trabalho⁹⁰.

Com Fátima, a clínica também serviu para apontar para o único lugar possível de estar presente sem ser invasivo, e sem suscitar, nela, reações drásticas para se defender do outro. Fátima também mostrou que nossos esforços para a retirar da instituição na qual ela se encontrava não implicariam, de modo algum, que ela prescindiria de uma instituição.

Fomos advertidos de que se tratava da paciente mais perigosa do setor, pois, era, segundo a equipe técnica da casa de saúde, “violenta e ardilosa”. Os relatos de agressividade incluíam algum planejamento por parte da paciente, e isso parecia deixar a equipe de enfermagem da casa de saúde bastante receosa com relação a ela, optando por sempre contê-la mecânica e quimicamente nesses momentos. Diante do medo de Fátima, a resposta era a corda. Percebemos que os episódios de agressividade eram quase sempre precedidos de uma negativa a um pedido. Se queria beber água e esse pedido não fosse atendido, era capaz de aguardar até uma distração de quem tivesse recusado sua demanda para, somente então, agredir.

Contudo, o que mais chamou a atenção da equipe de desinstitucionalização nos encontros iniciais com Fátima era o tamanho de sua barriga. Parecia estar com cerca de 8 meses de gestação. Uma breve pesquisa no prontuário nos indicou que essa distensão abdominal já havia sido investigada clinicamente durante a internação atual na casa de saúde, sem que uma causa ou tratamento fosse encontrada. Fátima dizia estar grávida. Sua gravidez tinha uma relação com o que ela comia. Se comia milho no almoço, estava grávida de pintinhos. Alguns alimentos eram recusados por Fátima porque, segundo ela, afetariam o que ela carregava na barriga. Beterraba, por exemplo, engrossaria seu sangue, prejudicando a saúde do seu “bebê”.

Fátima oscilava entre momentos em que estava entregue às vivências psicóticas, como delírios, alucinações e invasões de seu corpo, e outros em que parecia calma, silenciosa e com o

⁹⁰ Alguns pacientes, que conquistavam a simpatia dos técnicos da casa de saúde, ganhavam acesso a esse tipo de bens: sabonetes, roupas e anéis. Entretanto, isso não se aproxima do trabalho relatado aqui, não só porque não parte dos mesmos princípios para ser realizado como também não tem as mesmas repercussões.

comportamento muito semelhante ao de uma mulher religiosa. Nessas horas, prendia os cabelos, assumia um vestuário mais recatado e andava entoando cânticos gospel, enquanto carregava livros religiosos pela enfermaria.

As duas fases eram acompanhadas por delírios e alucinações. O que variava era o quanto Fátima parecia tomada por eles. Quando entrava na fase mais agitada e agressiva, Fátima assumia uma conduta quase que diametralmente oposta à religiosa descrita anteriormente. Suas vestes ficavam em desalinho, sua postura era mais informal e debochada, sua voz tornava-se estridente e ela se ocupava do tema do sexo. “Fátima é tarada”, diziam as técnicas da casa de saúde. Investia sobre os homens da equipe de desinstitucionalização, convidando-os para transar e, na ausência deles, gritava esses mesmos convites, para que os homens do setor masculino, no andar de cima, pudessem ouvi-la.

Isso era rapidamente tomado no nível do senso comum, como alguém que, em pleno exercício de sua vontade e capacidade de deliberação, estivesse com apetite sexual e quisesse ter esse tipo de experiência com os indivíduos do sexo oposto ali disponíveis. Era o entendimento trivial sobre a sexualidade aplicado à Fátima: “faz isso porque é tarada, gosta muito de sexo e quer transar”. Nada, porém, é trivial e a psicose é uma oportunidade de observar isso à céu aberto. Esse cenário mostra os vários registros possíveis, recalcados na nossa experiência cotidiana do mundo e, no âmbito do sexual, Fátima estava num bem diverso desse que lhe atribuíam comumente.

Ao ser abordada sobre esse comportamento junto aos homens, relatava que o que acontecia como da ordem de um estupro. Fátima dizia ser estuprada. Havia sido abusada na noite anterior, e nas noites que a antecederam. Homens que entravam pelas janelas, pelo teto, estupravam-na noite após noite. Aqueles que não conseguiam entrar na enfermaria a estupravam da portaria mesmo. O sexual nada tinha a ver com essa roupagem, rapidamente assumida pelos de fora, de que se tratava de uma mulher com desejos, cortejando um homem, com vistas à conjunção carnal. Fátima, em seu

relato, era objeto de um outro que a tomava. Não havia desejo sexual dela: o desejo era do outro e também não havia barreira que fosse capaz de se erigir contra isso.

As conversas com Fátima iam avançando em paralelo com outras, envolvendo sua família. Foi surgindo, no filho de Fátima, a ideia de que ela pudesse sair para passar o Natal com a família. Pensou-se numa mera licença de 24 horas após anos de reclusão. Cerca de algumas horas após Fátima deixar a casa de saúde, aparentemente bem, num daqueles momentos em que parecia menos tomada pelas invasões sofridas, o filho de Fátima me ligou. Sua mãe tentara agredir um menino do bairro, porque ele lhe havia recusado um doce. A partir dali, Fátima deixara de ouvir quem estava ao redor e parecia transtornada. Entendemos que não seria possível, para ela e a família, continuar com a licença e orientei que, em vez de trazê-la de volta à casa de saúde, buscassem a emergência do hospital psiquiátrico público da rede do município.

Assim, a internação com vista a um trabalho de desinstitucionalização de Fátima teve seguimento num outro hospital. Lá, com um trabalho orientado para a investigação clínica começou a ser possível perceber alguns traços clínicos da paciente. Todo o contorno subjetivo desaparece quando confrontada. Muitos episódios de agressividade ocorreram nesse hospital, o que, sem dúvida, foi uma dificuldade para que a equipe não se afastasse da paciente, recuando um pouco do tratamento. Porém, com a sustentação da coordenação do setor e do hospital, favorável a uma investigação clínica do caso, a resposta não foi punitiva ou de tentativa de eliminar esse comportamento. Decidiram entender o que, afinal, acontecia com Fátima nesses momentos.

Perceberam que a palavra, naquelas ocasiões, não só não tinha muita incidência, como também parecia ser uma exigência que a desnorteava ainda mais, provocando ainda mais agressões. Notaram a existência de um momento que antecedia as agressões, no qual a fisionomia de Fátima mudava e que, nesse momento, ainda era possível intervir. Assim, o laço de Fátima com essa outra instituição foi sendo modulado a partir de um acolhimento do que se passava com ela, de invenção de estratégias para lidar com isso que a acometia. As cordas que, antes, eram a única resposta a algo

meio sem contorno que acomete Fátima, foram substituídas por um trabalho calcado na relação possível entre ela e os profissionais do setor e, subsequentemente, do CAPS. O laço substituiu a corda.

Depois de meses internada, Fátima teve alta do hospital psiquiátrico e foi para casa de seus familiares. No caminho do hospital para casa, já apresentou uma piora do seu quadro clínico, parecendo mais desagregada e arredia. Ao chegar em casa e ser recebida pela mãe, Fátima tentou se recompor na medida do que lhe era possível e perguntou com o tom da voz entre o normal e o estridente: “mãe, a senhora me aceita?”. A mãe a aceitou e, mesmo não estando num estado que suporíamos como ideal para a alta, ela permaneceu em casa.

Essa alta foi uma aposta que só pode se realizar a partir do trabalho de construção de um laço com Fátima. Laço com o CAPS, com o Programa Médico de Família atuante em sua região, com a família, mas laço também com o Hospital, agora configurado como um lugar de retaguarda para onde ela pode ir quando tudo estiver mais difícil do que é possível suportar. Um laço que não estrangula o que há de sujeito nela, não prende, nem amarra, visto que ela pode ficar temporariamente ali, mas também pode ir embora.

Ana, a senhorinha com dificuldade de locomoção que era chamada pela equipe do manicômio de "fujona", também voltou para casa. Ela se lembrou da existência do filho durante um grupo e isso foi mobilizando a retomada dos vínculos familiares. Trabalhou-se no sentido de permitir à família olhar para Ana sem que houvesse alguém ali falando sobre ela para eles. Assim, Ana começou a obter (e aproveitar) licenças para passar o final de semana em família, sem qualquer relato de intercorrência. Sem as fugas ou a agitação, que a equipe da casa de saúde ameaçava que iriam acontecer. Ela e sua família puderam conhecer o CAPS durante uma das licenças. O CAPS, em seguida, realizou uma visita domiciliar ao filho da paciente que, a partir de uma indicação nossa, já estava providenciando a segunda via da certidão de nascimento da mãe. O processo de retomada dos vínculos com a família e com o território transcorreram com tranquilidade. Um dia, o filho,

juntamente com dois profissionais do CAPS de referência, foi até a casa de saúde pedir não mais a licença, mas a alta médica de Ana.

Estar atenta ao que era impossível para Carlos também indicou qual o tratamento possível de sua psicose. Carlos já havia sido meu paciente na enfermaria masculina de um hospital psiquiátrico público, cerca de 15 anos antes de nos reencontramos nessa casa de saúde. Era um paciente jovem, mas muito comprometido pela psicose, desencadeada na sua pré-adolescência. Suas alucinações eram fugazes e inespecíficas; a atividade delirante era constante, mas muito rudimentar. O delírio não se mantinha como construção por mais de um minuto e logo desaparecia para surgir outro no lugar. Os perseguidores não fixavam em uma só pessoa, e iam se deslocando pelos demais pacientes, pelos técnicos, por pessoas que não estavam ao nosso redor... e assim o seu discurso vagava sem direção e sem encontrar ancoragem em ponto algum. O pensamento era deveras fragmentado; o afeto muito embotado e todos esses sinais corroboravam a hipótese diagnóstica de esquizofrenia hebefrênica, que havia recebido desde suas primeiras internações.

Era um paciente temido pelos demais, e até mesmo pelos técnicos, por sua força física. Carlos era alto, muito forte e, nos momentos de grande confusão mental, agredia quem estava ao redor, quebrando objetos da enfermaria. Ganhou fama num hospital público após levantar, sozinho, uma geladeira e lançá-la em direção a um técnico de enfermagem.

O endereçamento, contudo, mantinha-se em Carlos durante a internação. Ele reconhecia aquele que se colocava diante dele como referência, se apegava ao nome dessa pessoa com toda a força, e a ela passava a falar e dirigir seus pedidos de alta, de telefonemas para a mãe ou de mais remédio. Porém, depois da alta, esse endereçamento ia se diluindo até que Carlos acrescentasse, ao seu já tão grave quadro psíquico, o uso de cocaína e confusões na sua comunidade. Nesse momento era sempre reinternado pela mãe. As internações de Carlos aconteciam em diversas instituições, eram longas e com intervalo de tempo muito curto entre elas.

Em uma delas, Carlos foi vinculado a um CAPS de maneira intensiva. Passou a frequentá-lo diariamente, ainda na internação, e a sua família também foi convocada a estar no serviço, contando com os profissionais da rede e trazendo notícias sobre o paciente. Seu prontuário no CAPS atesta o volume de investimento destinado ao caso pelo serviço, ao mesmo tempo em que recolhe a resposta do paciente com relação a isso. Carlos teve alta do hospital psiquiátrico e ia diariamente ao serviço. Pegava o ônibus sozinho, passava o dia lá e depois voltava para casa, algo impensável para quem o conhecia na enfermaria. O paciente se manteve estável por anos, prescindindo de internação, mantendo-se acompanhado de perto pelos profissionais do CAPS.

Em uma sexta-feira, a equipe do CAPS avaliou que Carlos estava mais exaltado. Sua mãe confirmou que estava mais agressivo com a família e com os vizinhos. Como o CAPS não funciona aos finais de semana, e com receio de que o quadro se agravasse nesse período esgarçando a relação de Carlos com a família e com a vizinhança, a equipe indicou que Carlos passasse o fim de semana na emergência psiquiátrica, para retornar ao CAPS segunda-feira. Porém, nesse ínterim, Carlos foi encaminhado para a casa de saúde e lá permaneceu nos últimos 15 anos.

A equipe do CAPS tentou contato com a casa de saúde, na intenção de acompanhar a internação de Carlos e recebê-lo de volta tão logo isso fosse possível para ele. Recebeu, porém, a resposta de que eles não deveriam mais telefonar. O contato com a mãe foi mantido por alguns meses, todavia também se perdeu na longa internação de Carlos na casa de saúde. Nesse ponto, Carlos e eu nos reencontramos. Ele não me reconheceu e eu quase não o reconheci também. Cabeça raspada, muito queimado de sol, esquelético, absorto, cordato, envelhecido. Os 15 anos que haviam se passado não justificariam ele ter decaído tão drasticamente.

Depois de uma breve conversa, comecei o grupo informativo, abordando tratamentos fora da clínica: “quem aqui conhece o CAPS?”. Carlos levantou o dedo e começou a dizer que ia ao CAPS comer e trabalhar carregando mesas e cadeiras. A lembrança do CAPS havia resistido aos 15 anos na casa de saúde.

Discutimos este caso na reunião de equipe do CAPS. Dos profissionais que haviam recebido e cuidado de Carlos no passado, não restava mais ninguém. A equipe era outra. Foi preciso lembrá-los do paciente também, do engajamento da equipe anterior, da dificuldade, mas também da importância daquele trabalho. Diante da adesão maciça de Carlos à relação com uma pessoa, decidiu-se utilizar esse traço para reestabelecer um vínculo com o CAPS. Então um técnico de referência do CAPS foi designado para o caso, e passou a visitá-lo regularmente na casa de saúde.

Também retomamos o trabalho com a sua mãe, porque sabíamos que sua presença seria fundamental para a saída do paciente da internação, e, ainda, para sua adesão ao tratamento no CAPS.

Carlos parecia calmo: as alucinações haviam remitido, os delírios quase não apareciam. Não havia nenhum relato de agressividade. Pelo contrário, Carlos, mesmo com sua estatura, era alvo de agressões sem reagir. Nada dos sintomas que marcavam presença em seu quadro clínico no passado. Surgiu uma oportunidade de irmos com Carlos para o CAPS passar a manhã. Conseguimos transporte pela prefeitura, a equipe estaria lá para recebê-lo e a mãe nos acompanharia. Carlos parecia feliz com a ideia de ir ao CAPS e sorria para as fotos que sua mãe tirava no trajeto.

Ao chegar lá, circulou, comeu, lembrou de alguns pacientes, se apresentou para outros que não conhecia e tudo parecia transcorrer bem, apesar de uma certa euforia que, a princípio, interpretei como alegria. Entramos no carro para voltarmos para a casa de saúde no fim da manhã e Carlos continuava eufórico. Essa euforia foi progressivamente evoluindo para uma agitação psicomotora ao longo do caminho. Carlos gesticulava, ameaçava abrir a porta do carro, enquanto dizia conhecer todos os pedestres e motoristas. No minuto seguinte, Carlos olhou para a areia da praia e disse conhecer um banhista que lá estava, que já tinha trabalhado de salva-vidas na praia, mas que aquele senhor lá achava que Carlos ‘tinha mexido’ com a filha dele... e a cidade foi convocando Carlos. Primeiro, no sentido de cumprimentar a todos, sendo quase que dragado pelo outro; depois, voltando acusações contra ele. Essa convocação se revertia, paulatinamente, em

exaltação, agitação e descontrole. Da mesma maneira que não foi fácil estar com Carlos nessa manhã, parece não ter sido trivial, para ele, circular pela cidade.

Estar advertido pela clínica de que nada é trivial talvez seja um bom ponto de partida para esse trabalho junto a uma clientela psicótica. Como vimos anteriormente, o psicótico, por não ter a operação que institui o social inscrita, não pode se apoiar num discurso pré-estabelecido para se exercer nesse social (LACAN, 1972, p. 475). Entender isso lança o clínico na tarefa de mapear quais outras balizas precisarão ser postas em jogo em cada caso. No caso de Carlos, a clínica apontou para uma dificuldade extrema do paciente estar fora do hospital sem ser imediatamente aspirado por ele. O nível de comprometimento de sua psicose era considerável, fosse pela evolução negativa de sua esquizofrenia hebefrênica, fosse pelos anos internado numa instituição que não só deixou de trabalhar suas questões referidas ao campo do sujeito, como também bloqueou o acesso a elas. Carlos não conseguia falar de suas dificuldades - somente experienciá-las.

Em sua fala, não tinha qualquer enredo sobre que acontecia nesses momentos. Entendemos que, diante disso, era preciso investir numa presença mais intensa e concreta junto a ele. Lembramos, que no passado Carlos respondia ao investimento que se fizesse nele. Quando um técnico de referência tomava para si o caso de Carlos, este se fixava no nome e na pessoa desse técnico e algumas impossibilidades passavam a não ser tão impossíveis assim. Mas esse alguém não poderia ser qualquer pessoa. O acompanhante de Carlos precisaria estar disponível para ser objetivo e, em certos momentos, lhe dar comandos muito claros. Nos momentos de agitação, seria necessário emprestar seu corpo para Carlos, colocando-se frente a ele para estancar sua dispersão.

Diante da fragmentação e da fragilidade imensas observadas nesse paciente, essa pessoa precisaria topar a empreitada de estar ombro a ombro com Carlos. Ela apareceu na figura de uma cuidadora da Residência Terapêutica, na qual Carlos foi morar quando saiu da internação. Ainda internado, essa cuidadora passou a visitar Carlos. Sentava-se ao seu lado, às vezes conversando sobre, por exemplo, sua família; às vezes em silêncio observando juntos o movimento da

enfermaria. Carlos a reconhece. Quando Carlos se exalta, ela o segura forte pelas mãos, olha nos olhos dele e diz: “Carlos, me escuta”, até que ele a escute. Quando nem isso tem efeito, a cuidadora se interpõe no caminho de Carlos: ela coloca seu próprio corpo como muro, como ponto de basta.

Carlos pediu para ir ao mercadinho comprar biscoito. Com a entrada dessa cuidadora no caso acreditamos que isso seria possível. Outras saídas passaram acontecer: exposição no museu, idas ao CAPS, passeios à praia. As saídas não são nada tranquilas. Em algumas delas, Carlos precisou voltar de braços dado com a cuidadora para o hospital, porque, se assim não fosse feito, ele se espalharia pela cidade. Mas entendemos que esse é o trabalho porque a clínica com Carlos apontou isso.

Adilson apresenta situação semelhante à de Carlos. Também se encontra internado há muitos anos na casa de saúde conveniada. A aproximação com Adilson foi outra. Uma presença intensa junto a Adilson é rapidamente tomada no nível da perseguição com os homens, enquanto, que com as mulheres isso pende para uma relação erotômata. Os outros o querem. Cuidadoras, familiares, todas as mulheres que se aproximam de Adilson sofrem “assédio”, dele, que as agarra tentando beijá-las. Por conta disso, escolhi colocar, entre nós dois, uma tarefa, uma atividade que mediasse nossa relação e que sinalizasse que minha presença ali tinha uma função outra que não amorosa. Começamos a jogar alguns jogos de tabuleiro e o dominó se configurou como escolha para Adilson. Jogamos duas vezes por semana. Ao me ver ele já diz: “e hoje, quem ganha?”. Se eu perdi da última vez, ele pergunta se eu vou à forra.

Há relatos da equipe da enfermaria de que ele passou a jogar dominó sozinho em seu leito quando eu não estou presente. Algumas vezes, anda atrás de mim com a caixa do dominó. Em outras, faz apenas um sinal com a mão para que eu vá embora quando vou procurá-lo para jogar. Por levar em conta os aspectos clínicos de Adilson, entendi que a minha presença nesses momentos era mais do que ele podia suportar.

E assim, quando é possível, temos jogado. Em alguns momentos ele fala no meio do jogo. Conta da sua vida antes da grande internação: dos jogos de futebol, dos bares que gostava de ir e das bebidas que bebia. Dias depois continua o assunto e diz que foi internado pela irmã porque um dia “chegou bêbado em casa”. Perguntei se naquele dia teria havido confusão em casa e ele diz que sim. Respondi que talvez a internação tenha sido mais pela confusão do que pela bebida. Ele coçou a cabeça e respondeu: “é”. Fomos até esse ponto nesse dia. Em outros, jogamos sem falar nada. Adilson perguntou se eu tenho falado com sua irmã, e pede que eu a chame para visitá-lo.

Num momento de crise, Adilson apontou de longe para mim enquanto eu caminhava pela enfermaria e falou “essa moça aí é minha namorada”. Lá mesmo de onde eu estava, sem dar muita importância, respondi: “somos parceiros de dominó”. Ele parou, pensou e falou: “tá bom”. Essa fala não voltou a aparecer, mas, ainda assim, sinaliza o fio da navalha que é estar ao lado dele.

Quando a irmã soube do processo de desinstitucionalização pelo qual o manicômio vinha passando, quis levar Adilson pra casa dela. Conversamos com o paciente e ele também se mostrou favorável a ir morar com a irmã. Um caso de sucesso da equipe de desinstitucionalização, certo?

Errado. Em todos os momentos em que a irmã se aproxima de maneira mais intensa do irmão, por mais estável que a psicose pareça estar no momento, Adilson agarra e beija a irmã na boca. Logo após esses episódios, Adilson desestabiliza. Sua fala fica incompreensível, ele passa a deambular ininterruptamente pela enfermaria e fica hostil, inabordável. O que conseguimos recolher do que aconteceu indica que ele vive esse encontro com a irmã como se ela desejasse o beijo. Diante disso, entendemos que, naquele momento, não era possível que ambos vivessem na mesma casa e Adilson foi encaminhado para um Residência Terapêutica. De lá, o trabalho com a família seguiria através de visitas pontuais e acompanhadas. Seguimos investigando quais são as possibilidades de aproximação entre eles, continuando a pensar se o retorno para a família era algo possível ou não para Adilson.

Celina, Fátima, Carlos e Adilson mostram que a clínica serviu como esteio a partir do qual um trabalho a partir de sua psicose pudesse se desenrolar ali, no um a um dos atendimentos comigo. Podemos pensar na clínica com a psicose como norte orientador não só para a condução dos casos nos atendimentos individuais, mas para também, partindo de uma questão específica da psicose com o laço social, estruturar o tratamento institucional desses pacientes.

5.3 - A clínica, o laço e o social

No caso de Carlos, foi necessária uma pessoa ali, individualmente com ele, capaz de mediar a sua relação o laço social. Com Celina e Adilson, vimos que a presença de um outro precisa ser dosada para que não a sintam como excessiva. Essas vinhetas ilustram, com cores bastantes carregadas, uma dificuldade que diz respeito ao campo da psicose como um todo. A clínica nos serviços substitutivos à internação pode exercer nesse ponto, isto é, na dificuldade do psicótico como o laço social, uma função primordial.

É preciso levar em conta uma dificuldade específica ao "fora-do-discurso da psicose" (LACAN, 1972) que se manifesta através de uma impossibilidade de frequentar o laço social. A questão do sujeito na psicose, tal como temos dito, passa por uma aderência ao objeto, posição na qual o psicótico se vê aspirado pelo Outro, sem que a relação com esse outro possa se organizar de maneira simbólica e oferecendo anteparos para as convocações que chegam desse Outro no social.

O psicótico está na linguagem como todo ser falante e é isso que nos permite que saibamos algo sobre ele (LACAN, [1955-56], p. 44). Ele, porém, se define como fora do discurso (LAURENT, 1995, p. 171). Uma das possibilidades do psicótico circular ou se inserir em algum discurso seria a partir da construção artesanal de uma mediação com esse Outro, que poderia acontecer via um trabalho de subjetivação da incidência desse Outro via delírio, por exemplo. Isso

nos remete, mais uma vez, à torção proposta por Freud (1911/1996) do delírio não como sinal de doença, mas como tentativa de cura e retomada de um contato possível do psicótico com o mundo.

Isso não significa, entretanto, que o caráter refratário da psicose ao laço social esteja resolvido. Vimos que o delírio, por não ser uma solução que passa pelo falo, é uma estrutura lógica não muito flexível ou dialetizável: é o chumbo na malha do discurso, fruto de uma inércia da cadeia significativa. Isso pode trazer situações incontornáveis na passagem de um delirante pelo social. Mesmo em situações em que o delírio possa fazer essa ponte do psicótico com o laço social, não se pode assumir que essa questão esteja resolvida e que ele prescindia de instituições ou pessoas que trabalhem no sentido de mediar a relação.

Como o delírio não se configura como única expressão da psicose, também não será a única maneira psicótica de bordejar o laço social. A Reforma Psiquiátrica nos deu a oportunidade de observar que os serviços substitutivos aos asilos podem funcionar como reguladores nessa relação do psicótico com o social. Os serviços da rede de saúde mental têm a função de mediar, da maneira que for possível, a circulação do psicótico no laço social. Este é o campo de questões relacionadas, por exemplo, ao tratamento, à moradia, ao trabalho e o lazer. Nele encontramos a exigência de que o sujeito se exerça dentro das normas fálicas através de imperativos como “Pague as contas!”, “Trabalhe!”, “Conviva!”, “Cuide de si!”. A experiência no campo da saúde mental torna possível testemunhar que é justamente diante dessas injunções que os surtos eclodem, indicando que há na psicose uma impossibilidade de responder a isso⁹¹.

Os equipamentos da rede, tais como os CAPS, Residências Terapêuticas, Clubes de Lazer, Cooperativas de Trabalho são respostas a isso. Eles entram como uma ordenação do social que não exigem o Nome-do-Pai como ingresso; não supõem a inscrição da norma fálica para o psicótico. São anteparos que se colocam à disposição do paciente para que ele possa, à sua maneira, em alguns momentos, se proteger dos excessos exigidos pelo social, e, em outros, avançar na

⁹¹ Dizer isso não significa que a neurose também não tenha suas questões em se exercer no campo fálico, mas sim que na psicose, quando esta dificuldade comparece, ela não vem via simbólico, isto é, um enigma, uma pergunta que pode ser recolocada e que, ao fazê-lo, lança o sujeito em questões que lhe dizem respeito. Na psicose isso comparece de maneira maciça, sem lacunas o que empurra o psicótico não para o campo do sujeito, mas do objeto.

construção de algum distanciamento com relação ao que vem do Outro. São dispositivos institucionais que devem servir para favorecer a circulação dos pacientes por esses espaços coletivos (FILHO, 2008). Não é aleatório que os serviços de saúde mental se compuseram, assim, de modo a formar uma trama que extrapola os espaços de tratamento. Percebeu-se que é preciso estar junto a esses pacientes em ambientes de lazer, trabalho, moradia porque eles apresentam uma dificuldade em frequentar esses lugares. O que não implica de modo algum que eles simplesmente não devam estar lá, mas sim de que em alguns casos isso só será possível com um certo suporte.

Defender a importância da clínica nos equipamentos de saúde mental não significa de modo algum que a clínica psicanalítica possa estar sozinha na lida com os pacientes mais graves. Na enormidade que é a tarefa de transformar a maneira como nossa sociedade se coloca diante da loucura e, ao mesmo tempo, mediar junto ao paciente a relação desse social que não se organizou de maneira simbólica para o psicótico, a psicanálise é um ator importante, mas obviamente não é o único. Nossa intervenção, mesmo quando bem-sucedida, é limitada e precisa ser feita em conjunto com os demais campos que compõem a rede. A psicanálise é um instrumento privilegiado para a inclusão do sujeito no debate sobre a Reforma Psiquiátrica (TENÓRIO, 2001), mas há uma dimensão política e social que precisa avançar junto a essa discussão, senão ela é inócua:

O sofrimento social trazido pela loucura na maioria das vezes é uma mistura entre os sintomas que a compõem e o estado de miséria, abandono e desamparo que a acompanham. O mal-estar na saúde mental não se resolverá por um retorno à clínica, mas, sem ele, nenhuma política em saúde mental passará de uma educação generalizada ou militante de sujeitos, indivíduos e pessoas, ainda assim recusados em sua experiência e demanda de reconhecimento (DUNKER & NETO, 2015, p. 17)

Não há um trabalho que vise um sujeito no qual a questão dos direitos não esteja posta. Como aponta Bezerra Jr. (1994), é preciso uma complementariedade das iniciativas clínicas, sociais e políticas. Mas, queremos ir além. A clínica é política. Dar a palavra para alguém que não tinha essa abertura até então, tem consequências políticas (KILOMBA, 2019; MBEMBE, 2018). Como

mostra Rosa (2018), a clínica tem repercussões na esfera pública. Não só porque é uma ferramenta para se interrogar sobre os objetos da *polis*, mas também no que sustenta e produz de incômodo a esse corpo aparentemente coeso. Rosa (2018) designa essa clínica como implicada; ao nosso ver, não há outra maneira de estar na clínica senão essa. Ou, como afirma Dunker (2015, p. 46) “boa clínica é crítica social feita por outros meios”.

O campo de trabalho com a psicose, principalmente em situações radicais, como aquelas encontradas pela equipe de desinstitucionalização, fazem notar que a oposição entre psicanálise e política é artificial e enganosa.

Psicanálise e política, quando alinhadas, trabalham no sentido de oferecer possibilidades ao paciente. O objetivo deve ser, porém, o lugar onde o paciente indica que quer chegar, e não onde a sociedade e a equipe de cuidados previamente estabelecem a partir de valores que lhe pertencem. A clínica, ao dar lugar à psicose em discussões como essa, lança luz sobre quais são as reais prioridades para que determinado caso possa ser contemplado em suas necessidades e, ao mesmo tempo, furar os ideais de bem-estar e bom funcionamento⁹². Se não for assim, estamos sempre impondo valores que estão aquém ou além da singularidade do caso.

A clínica que afirma a diferença do louco em ela ancora sua prática, é necessária para uma reconfiguração do lugar desta categoria na sociedade. Olhar para o social através da clínica traz diferenças importantes. Documentos, benefícios, circular pela cidade - tudo precisa ser pensado junto ao paciente, acompanhando como ele responde a essas intervenções, muito bem-intencionadas, certamente, mas que podem ter um peso absolutamente inesperado para ele⁹³.

92 Ressaltamos que o significante “furar” nos serve aqui na medida em que não pretendemos que a clínica venha eliminar os ideais de bem estar ou a segregação que estamos sublinhando como elemento fortemente presente em nossa sociedade. Não acreditamos ser possível um mundo sem formações de grupo que se constituam a partir da exclusão de determinados elementos de sua composição. A questão do sujeito como possibilidade intrínseca de ser totalizado nos lança num mundo em que há exclusão, há sempre algo que fica de fora. Assim como também não pensamos ser possível o fim da violência. A aposta de que a clínica venha furar tais estruturas ratifica nossa posição de que elas ao menos possam não ser tão maciças e sem brechas.

93 Estamos falando de como a clínica pode contribuir para intervenções no campo da realidade, mas Tenório e Rocha (2016) vêm para somar a essa discussão ao apontar que a abordagem clínica é o que permite que os serviços substitutivos avancem para além das soluções no campo da realidade. A clínica pode apontar que há um cuidado que vai para além disso.

Não é raro encontrarmos nas redes de atenção em saúde mental casos nos quais os pacientes recusem algum tipo de benefício social ou acolhimento oferecido pelos serviços da rede. Outros se mostram refratários à ideia de ingressar ou retomar a vida laboral. Kyrillos Neto e Moreira (2017) abordam a concessão dos benefícios para os portadores de sofrimento mental, notando que, em alguns momentos, a rede de saúde mental lança mão dessas ferramentas de maneira automática e protocolar, sem levar em conta a conotação que esses instrumentos podem ter dentro da lógica singular e nada trivial que há em cada paciente.

Rosa é precisa ao formular que “o sujeito não é o indivíduo justamente no ponto em que o singular de seu desejo escapa de uma conjuntura que busca determiná-lo e exercer seu poder no escuro das relações” (2018, p. 22) . Se a oferta não inclui o sujeito, não passa pelo seu desejo, será mais um exercício de poder sobre eles. Afinal, o retorno do suprimido não se furta de acontecer, mesmo que às expensas de atos disruptivos (FREUD, 1894/1996). E testemunhamos na clínica, a emergência os efeitos radicais de uma atenção que se baseia em ideais, em vez de se perguntar o que faz sentido naquela lógica singular estabelecida ali. É preciso estar atento a como o sujeito se enreda nessa trama.

Na intenção de promover a cidadania, e o que comumente é suposto como bem-estar, muitas vezes, atropelamos dificuldades que são singulares e indicamos ações que não fazem sentido dentro da constituição subjetiva do paciente. E, quando acontece do paciente não se engajar nas ofertas que, a nós, parecem tão pertinentes e vantajosas, dificilmente refletimos sobre o que nos motivou a tomar esse caminho. Raramente nos damos conta de que estamos tentando fazer com que o paciente se encaixe numa lógica que não é necessariamente dele, mas uma lógica pré-fabricada, formada por anseios e ideais daqueles que tratam.

À guisa de defender a cidadania, a saúde mental corre o risco de se tornar um operador da ideologia que justifica toda e qualquer manipulação no sentido de integrar os homens às exigências do sistema produtivo. A psicanálise defende que há limites para esses esforços, ela não os desconsidera por princípio, mas defende a ideia de que a subjetividade encontra limites importantes e de várias ordens para poder acatar com as exigências do mestre para que o sujeito se integre ao mundo do trabalho e da produção de mercadorias [FERNANDES, 201-?, p. 6].

Se a Reforma Psiquiátrica situa a loucura no espaço da exclusão social, práticas como essas podem ser concebidas como uma política de compensação da psicose por uma via exclusivamente social. Claro, quando um caso apresenta a interseção entre loucura e pobreza, esta última se torna um elemento complicador. Querer, contudo, abordá-lo sem, antes, entender de qual loucura se trata, em cada situação, acaba nos lançando no mal-entendido de acreditar que tal procedimento é bom para todos os pacientes, indiscriminadamente. Essas são ações baseadas em índices de melhora aferidas segundo escalas de valores externas ao paciente:

Um dos maiores riscos da reforma psiquiátrica em curso no Brasil é o fato de privilegiar a adaptação do doente ao meio - ainda que isso venha a custar o próprio apagamento do sujeito. Nos moldes propostos pela Psiquiatria Democrática Italiana, a inclusão social do paciente seria obtida por meio da negação da lógica manicomial (transformação institucional), de uma política compensatória de concessão de benefícios, da participação em movimentos sociais e do retorno ao universo de trabalho (KYRILLOS NETO, 2009, p. 41).

Impor essa integração ao psicótico é, tal como o manicômio faz, desconsiderar a existência ali de um sujeito que se ergueu em bases que são únicas e que, levando em conta toda a problemática concernente à psicose, passa por dificuldades específicas no laço social. Assim, um projeto de retomada de cidadania e de tratamento no território pode ser mais uma dose do mal que visa combater: o manicômio. A forma lógica do manicômio não está nas paredes e grades da instituição total (GOFFMAN, 1961), mas sim nas forças que desconsideram e tentam soterrar a existência de um sujeito dotado de uma singularidade. Um trabalho que vise a autonomia dos pacientes e a sua inserção, se não contar com o sujeito, pode ser mais uma das faces do manicômio.

Colocar uma política compensatória de concessão de benefícios, da participação em movimentos sociais e do retorno ao universo de trabalho como carro-chefe da discussão sobre a atenção à psicose nos expõe ao risco de apagamento do sujeito - lógica que estamos localizando como cerne do discurso manicomial. A questão da cidadania não encerra a questão da experiência e do sofrimento da loucura, tornando necessário operar desde o interior da clínica se quisermos quebrar o paradigma segregatório que domina em nosso país.

Na contramão disso, a psicanálise opta por dar voz para quais conquistas são possíveis e pertinentes indicadas pelos próprios pacientes, valorizados em sua condição de sujeito⁹⁴.

Grada Kilomba (2019), ao tratar da objetualização do negro pelo racismo, coloca a tomada da fala como possibilidade de furar essa estrutura pouco porosa. Se estamos investindo nesta tese sobre o racismo tomando-o como paradigma da segregação da loucura em nosso país, as indicações de Kilomba (2019) e Mbembe (2018) nos ajudam quando elas situam a tomada da palavra como instrumento que, ao devolver a voz ao que vinha sendo tratado como resto, pode subverter essa condição segregatória que se instalou⁹⁵.

Para não incorrer o equívoco de tratar das questões de assistência social de maneira automática e irrefletida, é importante que haja um enodamento entre a dimensão clínica – a palavra, e as práticas inclusivas no campo da saúde mental. Somente a partir de uma concepção da psicose oriunda da clínica é que essas ações de inclusão não terão a conotação de compensação social da psicose, mas de suporte para que o paciente se exerça como puder no social.

Do ponto de vista clínico, penso que nosso esforço de formulações deve procurar balizar a tarefa clínica por excelência: acompanhar o caso. A meu ver, em sua simplicidade e, sobretudo em sua abstinência, essa é a melhor tradução de nossa clínica. Justamente por essa simplicidade e abstinência, indica uma posição difícil de assumir e uma tarefa extremamente sofisticada (TENÓRIO, 2001, p. 66)

Manter-se abstinente no tratamento da loucura é algo sofisticado. É um remar contra uma maré que se parece mais com uma enxurrada sem deixar nada do que for singular no lugar. Isso, para além da questão dos procedimentos em assistência social, implica que, no cotidiano dos serviços em saúde mental, a direção do tratamento e o projeto terapêutico como um todo devem ser tomados como uma aposta. Mas não uma aposta qualquer. Não se trata de uma aposta impensada e irresponsável. Pelo contrário, é preciso conhecer as regras do jogo, calcular os riscos sabendo que não há como antecipar o resultado de cada movimento:

94 Uma condição de sujeito problemática, como vimos no capítulo anterior. Mas, que, ainda assim, precisa estar posta por aquele que trata.

95 Cf. RIBEIRO & BASTOS (2018).

Vale dizer, qualquer saber clínico, embora particular, genérico visa aproximar-se do real singular daquele caso, daquela conjuntura específica, para, nesse limite, abrir para um ato clínico, lançar-se em tal ato. Trata-se então de ato, de algo que vai atingir o real, e que pese toda prudência, não se garante no saber. O ato clínico não é cego, ao contrário, ele se deixou guiar pelo saber, mas este não pode garanti-lo. Todo ato clínico gera como consequência um efeito que é heterogêneo ao saber que o orientou em seu ponto de partida, e é este mesmo efeito que, agora como causa, deve retroativamente retificar este saber inicial [FERNANDES, 201-?, p. 3-4].

Os atos não se fundamentam em um saber e não portam uma previsibilidade de seus efeitos. É preciso, primeiro, ter se dedicado a observar e dar ouvidos ao que o paciente oferece como elementos clínicos de sua psicose; perseguir a lógica interna que foi construída, ou trabalhar junto para que algo se construa. A partir daí, seria possível projetar uma direção de tratamento, um norte que nos indicasse quais pontos de suporte a psicose do paciente apontam suas dificuldades, mas, também, um horizonte por ele mostrado como lugar mais possível de estar vivo. Com a direção do tratamento traçada, o projeto terapêutico surge como um conjunto de ações consoantes a essa direção, ainda que sem garantia.

Incluir a clínica no projeto terapêutico implica, necessariamente, que este seja reatualizado a cada passo. É preciso retroalimentar o projeto terapêutico segundo a resposta do paciente a cada intervenção. Elas funcionarão como pistas da trilha a ser seguida, e determinarão nossos próximos movimentos, de acordo com o traçado da direção do tratamento. Há que se incluir as respostas do paciente e isso deve funcionar como novas informações que devem transformar o projeto terapêutico e a direção do tratamento. Há que se incluir a clínica.

O que nos move é a aposta de que, apesar da reforma psiquiátrica ser conduzida justificadamente pela dimensão política da cidadania e da inclusão social do louco, o tratamento dos transtornos mentais graves no campo da saúde mental não prescinde da tradição clínica da psiquiatria e da psicanálise (TENÓRIO; COSTA-MOURA & LO BIANCO, 2017, p. 206)

As noções de direção do tratamento e projeto terapêutico devem ser criativas e fluídas para contemplar o movimento do paciente no tratamento. O clínico deve ser um inquieto, relançando as questões sobre o tratamento a cada intervenção, recolhendo, a posteriori, o que o paciente traz como

efeito dela. Esse movimento inquieto, atento, inventivo e rente ao paciente remete ao que Lacan ([1955-56]) chamou de secretariar. É tomar a palavra do paciente como protagonista desse trabalho, se dispondo a estar junto recolhendo, agrupando, organizando e fazendo tudo o mais que for importante para que as dificuldades da psicose ganhem lugar:

Nesse sentido, ressaltamos que uma nova ética do cuidar a ser implementada nos serviços substitutivos deve apreciar o funcionamento da estrutura psicótica e, principalmente, as formas de discurso que considerem o sujeito e levem o profissional a questionar a condução do caso clínico (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2015, p. 89).

Esses fenômenos que insistem na psicose podem precisar de um trabalho de secretariado para que eles se inscrevam, tenham registro, possam ser compartilhados e, talvez, revertidos numa construção do paciente. É desse permanente recolhimento e, quando for o caso, agenciamento das questões referentes à psicose que se compõe um acompanhamento clínico. Somente assim é possível que o paciente tome o tratamento como algo que lhe interessa.

5.4 - A clínica da desmanicomialização: quando a clínica entra no manicômio

O que temos falado até aqui serve como discussão sobre o que seria uma Reforma Psiquiátrica avisada por uma escuta e observação clínica. Estamos no terreno dos CAPS, ambulatorios e das Residências Terapêuticas, sem implicar que exista uma clínica da internação psiquiátrica.

Desembaraçamos a palavra “manicomial” das instituições propriamente ditas e já situamos que ela se refere a uma lógica assumida por aquele que se depara com a loucura. Internação psiquiátrica e discurso manicomial não são necessariamente sinônimos. A internação pode e deve ser mais um recurso da rede de atenção em saúde mental, um dispositivo que acolhe pontualmente a crise oferecendo um contorno mais, por assim dizer, encorpado para o psicótico. Uma instituição com muros, rotina bem delimitada e apartada das exigências do cotidiano que, como vimos,

participam da desestabilização do paciente. Como toda e qualquer ferramenta disponível para os trabalhadores da saúde mental, a internação tem indicações precisas e todo e qualquer abuso dela deverá ser qualificado como um desvio de sua função – e como defini-la?

Rotelli, assim como os demais integrantes do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, se opunha à existência do hospital psiquiátrico. Apesar disso, em uma de suas conferências, encontramos uma expressão que nos ajuda a pensar a função da internação para os pacientes psicóticos mais graves: o direito ao asilo (ROTELLI, 1994, p. 162). Tal direito, que devemos conceder aos pacientes psicóticos, diz respeito a poder sair de uma situação insuportável nos momentos agudos da crise (TENÓRIO, 2001). A internação tem a ver com isso: retirar o paciente de uma situação à qual ele, naquele momento, não está conseguindo responder sem colocar a si próprio ou o outro em risco. Nesse ponto, em que as exigências da vida acabam por ser maiores do que é possível lidar, podemos oferecer asilo, isto é, um descanso pontual dessas questões.

Falar dessa maneira da internação já pressupõe reconhecer a realidade clínica da psicose. Para conceber a internação como um momento no qual o psicótico tira férias das exigências implicadas em frequentar o laço social, é preciso, antes, ser sensível às questões específicas concernentes à psicose nessa situação. Talvez porque não haja tal reconhecimento na Psiquiatria Democrática Italiana fique inviável para os integrantes desse movimento confiar à internação, quando bem indicada e bem orientada, a possibilidade de funcionar como um refúgio, como um abrigo temporário. A clínica da psicose, em contrapartida, inclui essa possibilidade.

Qual a clínica no manicômio? No manicômio, não há clínica. Podemos falar numa clínica na experiência de trabalho aqui descrita, porque visava tirar os pacientes daquela instituição. Se não fosse assim, não poderíamos afirmar que nossa abordagem era clínica, porque não há clínica possível que esteja alinhada à manutenção dos pacientes num lugar em condições que, como descrevemos anteriormente, objetalizam o sujeito. O caso de Silvia, que passava o tempo todo de fraldas, sozinha e contida num quarto escuro exemplifica o impossível da clínica num manicômio.

Nesse e em todos os outros casos aqui relatados, a clínica só se tornou possível, ao se conduzir o trabalho, porque ele apontava para uma outra condição de vida que não aquela presente.

Já sobre o trabalho de desinstitucionalização de egressos de longa internação em instituição manicomial, podemos dar alguns exemplos dos impasses e dos efeitos de um trabalho orientado pela clínica nesses espaços. A descrição do que foi visto e ouvido apontou para os caminhos possíveis de serem percorridos no nosso encontro com a psicose. Poderíamos situar dois deles, no que diz respeito ao lugar para o sujeito que cada um oferece: ou nos colocamos à disposição para que algo do sujeito possa emergir e ser acolhido, ou impedimos que ele possa surgir, estabelecendo uma relação que o *a-sujeito*, ou seja, que não dá abertura para o sujeito e situa o outro como objeto.

Sobre o atendimento psicanalítico a pacientes exposto a situações radicais de desamparo e violência, Miriam Debieux Rosa (2018, p. 31) testemunha:

O ponto de partida do atendimento é o sujeito em sofrimento que nos faz interrogar sobre as condições necessárias para atendê-lo do modo que ele pode se apresentar naquele momento. Ou seja, a construção do caso com as peculiaridades do enquadre e as modalidades de intervenção partem do modo que é possível construir um laço com o sujeito, laço da modalidade do laço analítico.

No caso de Fátima, por exemplo, tecer esse laço com a paciente só foi possível porque os profissionais que a acolheram, no hospital psiquiátrico público, entenderam que toda a confusão, no nível do comportamento, que ela apresentava precisava ser remetida ao campo do sujeito. Em vez de rapidamente compreender e estancar isso que vinha da Fátima, deram abertura para que fosse posto em jogo, como uma peça que possibilitaria o tratamento possível de sua psicose. Em vez de apagar o incêndio das manifestações disruptivas de sua psicose, convidaram-na para um endereçamento disso pra outrem. Tal como nos orientou Lacan (1977), eles não recuaram diante da psicose, porque só a partir dela se pode propor uma rede de cuidados.

As reflexões trazidas pela experiência de trabalho aqui relatada nos trazem elementos que confluem para uma aposta na palavra, mesmo nas situações mais adversas. Mesmo diante de

pacientes extremamente empobrecidos subjetivamente, e aparentemente resumidos às funções vitais, de um extenso e drástico processo de institucionalização que corroborou um processo concernente à psicose, a psicanálise não deve recuar. Isso implica em não deixar de investir na dimensão significativa como material de trabalho, porque é ela o guia para um tratamento singular. É ela que pode apontar por quais caminhos avançar junto ao paciente.

Sublinhamos o caráter contingente e evanescente do sujeito do inconsciente. A partir do trabalho realizado junto aos pacientes, é possível pensar que, mesmo após um longo período submetidos a um tratamento que não privilegiava este funcionamento de sujeito, e apesar da objetualização do sujeito relacionada à psicose, o reinvestimento na palavra pode retomar isso, e abrir um campo de possibilidades para a vida do paciente que até então não existia. Ou seja, uma abordagem que privilegie o sujeito do inconsciente pode permitir a aposta em formas menos excludentes de tratar a psicose.

Abrir um campo não significa almejar uma cura ou saída da psicose. A sua dimensão, e toda a problemática relativa ao sujeito nesses casos, se manterá, e deverá ser entendida como solo no qual o trabalho do analista poderá vir ou não germinar. Contudo, se manter rente a isso não vai contra ao entendimento de que, no tratamento das psicoses, optar por acolher a produção do paciente pode incidir de maneira importante, não só na sua trajetória dentro da psicose, mas também em seu prognóstico.

Tomar a noção de sujeito como baliza para o tratamento de casos como esses nos permite também chegar a uma reflexão crítica sobre o termo desinstitucionalização. Trata-se realmente de desinstitucionalização? O que nos orienta a prescrever a abolição das instituições na vida desses pacientes? De saída, poderíamos tomar essa palavra como um mal-entendido, e propor que esse termo fosse substituído por outro, já utilizado em alguns países da América Latina: desmanicomialização⁹⁶. A crítica deve ser feita ao manicômio, não às instituições em geral. Apesar

96 Cf. Bianchi, 2016; Dimenstein & Liberato, 2009.

de um retorno recente das políticas públicas em saúde mental a uma prática manicomial (CFP, 2018), é consenso entre os pacientes, familiares e profissionais a defesa pelo fim dos manicômios. Porém, nesse processo, outras instituições podem entrar em cena justamente como uma rede substitutiva para os pacientes egressos de internações em lugares como esses.

Nosso norte orientador é o modo como o sujeito se constituiu. Será somente dando voz e acolhendo esse arranjo absolutamente particular que poderemos esboçar de qual instituição ele precisa e de qual ele prescindir. Não se trata, portanto, de extinção das instituições na vida desses pacientes, mas sim de invenção de novas institucionalidades. Se, como já dissemos anteriormente, podemos encontrar na psicose uma dificuldade em se exercer no laço social, a presença de instituições que possam mediar esse encontro será bem-vinda. A questão está no que orienta essa mediação.

Essas novas instituições devem funcionar no sentido de ser suporte para as dificuldades apresentadas por cada um, levando em conta o que é possível em cada situação, recolhendo e acolhendo o que há de singular em cada paciente. Nossas conclusões sobre a instituição e a desinstitucionalização em saúde mental parecem confluir com as considerações de Rotelli (1990), mas não o fazem, por tomar pontos de partida distintos.

A instituição que dá lugar à pluralidade da loucura nunca está dada, nunca tem uma definição fechada. Será preciso manter sempre em aberto os modos de recolher o que trazem os pacientes, para que a instituição mantenha algo de vivo em si mesma e possa acolher o que há de vida nas pessoas que chegam até ela. Nos afastamos, porém, quando Rotelli (1990, p. 93) defende, como já vimos anteriormente que, para se manter rente ao que o paciente traz como sua produção devemos “[...] evitar as estreitas vias do olhar clínico, da investigação psicológica[...]”. Na esteira do questionamento do saber da Psiquiatria proposto pela Reforma Psiquiátrica, Rotelli (1990) toma a clínica como instrumento de dominação e opressão do alienado, movimento oposto ao que a experiência aqui descrita demonstra.

A clínica tal concebemos, é uma clínica dinâmica, inventiva e viva. Ela não se garante em um saber e se dá a partir da escuta e da observação do paciente

Não dispensa o prático de uma exigência de buscar interagir com o paciente e seu entorno a partir do que estes revelam em vista de organizar o cuidado. A fala tem toda sua importância comporta riscos, por isso a clínica exige que o prático situe seu trabalho numa dimensão na qual ele possa retomar e retificar seu modo de presença tanto com relação aos pacientes, seus entornos, quanto com relação às parcerias diversas que constituem seu campo do trabalho [FERNANDES, 201-?].

Nossa experiência aponta justamente para a importância da escuta clínica para uma assistência que não fosse baseada em ideais de qualquer ordem. Somente a partir da clínica foi possível nos encontrarmos com um funcionamento próprio à psicose, para, a partir daí, pensar um modelo de acompanhamento que leve em conta as necessidades específicas de cada caso. O que nos orienta a indicar um CAPS e não um ambulatório? Uma alta para a casa da família ou para uma Residência Terapêutica?

Se não basearmos nossas indicações no modo cada sujeito pode se constituir, então estamos regidos por parâmetros gerais de dignidade, reproduzindo valores gerais de funcionalidade, de bem-estar e de cidadania. Parâmetros esses que, como a situação clínica aqui relatada demonstra, não reverberam junto aos pacientes e não alcançam os efeitos esperados. É a aposta de que há um funcionamento específico na psicose que, por sua vez, demanda um acolhimento que justificou a presença da clínica psicanalítica nessa experiência de trabalho como profissional da desinstitucionalização.

Alverga e Dimenstein (2006) salientam a necessidade de ruptura dos CAPS com relação aos manicômios. Poderíamos acrescentar que tal ruptura só pode se dar quando passamos a incluir, no nosso trabalho, a noção de sujeito. É esse conceito, central na psicanálise, que proporcionou um deslocamento do trabalho de um viés normativo, fixo e que objetaliza o paciente para uma posição que dá espaço à novidade do encontro com o modo de funcionar de cada um.

A estrutura física da instituição, o perfil da equipe técnica, a presença ou ausência de muros não serão fatores determinantes, que nos informam se uma intervenção junto à loucura é ou não

manicomial. Por consequência, mais interessante do que tomar a desinstitucionalização como objetivo absoluto é propor o remodelamento das instituições destinadas à psicose, na intenção de que elas possam vir a ser o esteio para um trabalho de sujeito na medida das necessidades que se apresentarem.

No começo deste capítulo, circunscrevemos a clínica como um trabalho que se dá a partir de um real impossível de suportar. Na especificidade da psicose, devemos, primeiramente, criar e sustentar as condições necessárias para que um trabalho a partir desse real possa acontecer. Isso implica em se debruçar sobre a loucura sem pudores; lançar luz sobre suas diferenças. Assim, a partir do diferente, podemos nos aproximar da lógica própria que se construiu em cada paciente ou mapear junto ao sujeito os pontos cardinais para a construção dessa lógica. É acompanhar o sujeito, servindo às vezes como testemunha, outras, como companhia, e até de secretário. O eclipsar do sujeito ao objeto não pode fazer o clínico se eximir de sustentar a posição ética de um trabalho no campo do sujeito.

Vimos que o exercício da razão proposto por Descartes despojou a figura do louco da possibilidade de enunciar a sua verdade via loucura. A psicanálise faz o movimento inverso a este, situando a verdade do louco na própria loucura. Desde Freud, podemos localizar nestes fenômenos por vezes enigmáticos, disfuncionais e fora da curva, uma verdade que insiste ser expressa. Esses encenam a problemática mais singular dos pacientes e carregam, mais do que qualquer outra coisa, a verdade do sujeito.

Com a psicanálise, o inconsciente ganha o estatuto de saber, e o sintoma seria o idioma através do qual ele se expressa. A clínica psicanalítica consiste em reconhecer o saber no sintoma, ou seja, conceber que há algo do sujeito que se realiza através dele. Em vez de desprezá-lo ou negá-lo, tal como as formas sociais das quais participamos frequentemente fazem, a psicanálise investe sobre o sintoma para fazer notar o que ele articula (DUNKER, 2015).

Vimos que, com Freud, a experiência humana passa a incluir algo de louco. Esse ponto de desatino, de desrazão que Descartes situou como um desvio, como algo fora do campo da humanidade, Freud situa como sendo justamente o ponto sobre o qual se constitui algo de singular na nossa experiência. A forma lógica manicomial concentra seus esforços na eliminação disso, seja no silenciamento absoluto dos manicômios, seja nas propostas de bom funcionamento como cidadão.

Nesse sentido, a crítica de Lancetti (1990), que equivale psicanálise e psiquiatria como expurgos da razão, não se confirma. Da mesma forma, a psicanálise não pode ser enquadrada na crítica de uma especificação da loucura que a negativiza (idem). A psicose, segundo a psicanálise, não tem nada de deficitária, embora, apresente especificidades. E especificar a condição psicótica não conduz a psicanálise pelo caminho da normatização. Pelo contrário: qualquer perspectiva que venha diminuir ou anular a loucura não só está fora do escopo psicanalítico, como caminha no sentido oposto a um trabalho dessa vertente. Este, por sua vez, resgata a dimensão estrutural da psicose se colocando com uma terceira via tanto diante da redução da clínica ao biológico-farmacológico quanto, à redução do sujeito ao bom funcionamento psicossocial (DUNKER & KIRYLLO NETO, 2015).

A melhor maneira de contribuir, genuinamente, como psicanalistas, no cotidiano dos serviços da rede de saúde mental é, tal como Lacan orientou, primeiramente, não recuando diante da psicose, não a varrer para debaixo do tapete. Segundo, é preciso apostar nela para encontrar saídas para o que se configura como dificuldades para o paciente. A clínica nesses equipamentos da rede pode e deve ser firmar como resistência ao que homogeneíza, fazendo lembrar da experiência individual da psicose.

Essas considerações que seriam fundamentais nos casos atendidos durante o trabalho de desinstitucionalização, só puderam ser acessadas através da observação e escuta clínica. Uma clínica que aposte na palavra e que faça dela seu norte, uma clínica que não ignore as

especificidades impostas pela condição de sujeito que concerne à psicose. Uma oferta de acompanhamento que acolha isso que há de singular no paciente para que, a partir disso, se possa talhar um projeto de tratamento que engaje o próprio. Mesmo que a psicose represente uma ruptura com o discurso, é preciso continuar a apostar nele para abordá-la [FERNANDES, 201-?]. Isso não é simples, mas é a única aposta não-violenta possível frente a loucura.

A clínica surgiu na experiência de trabalho de desinstitucionalização como ferramenta que reintroduz na nossa experiência com a psicose a dissonância que a concerne. Ao se propor dar lugar ao que é louco, sem destituir, mas, também, sem equalizar; ela pode fazer frente à recusa de reconhecimento para aquilo que há de sujeito na experiência clínica da psicose.

CONCLUSÃO

O intuito deste trabalho foi situar a clínica psicanalítica como posicionamento ético diante da loucura, fazendo barreira ao discurso manicomial. Assim, partimos do relato da experiência de trabalho que se deu dentro de um manicômio, com a missão de fazê-lo encerrar suas atividades e retirar de lá os pacientes que ainda estavam internados. Apostamos que, através desse relato inicial, pudéssemos entrar em contato com a escassez de possibilidades subjetivas que estas instituições comportam, para, em seguida, questionar o que dá ensejo à existência de respostas à loucura tais como essa no Brasil.

Abordar o funcionamento do manicômio e seus efeitos deletérios para a saúde mental dos internos introduziu ao que, ao longo da tese, cernimos como a objetalização do louco em nossa cultura. No manicômio visitado, essa posição se mostrou a céu aberto, com sua faceta mais declaradamente segregante e violenta. A equipe de desinstitucionalização testemunhou uma abordagem à psicose que não só a apartava e silenciava os pacientes, através de condutas de caráter punitivo, da falta de escuta e de assistência e da inexistência de uma proposta de alta para os pacientes, como também fazia disso um modo de gerar dinheiro. O repasse do SUS recebido mensalmente pela clínica conveniada justificava os esforços da administração para impedir a saída dos pacientes. Estes, sendo assim, estavam presos, “sequestrados” e sendo explorados sem muita regulação por, em média, 15 anos.

A permanência indefinida dos pacientes no manicômio não serve, porém, exclusivamente aos interesses dos proprietários da casa de saúde. Há uma impossibilidade do social em articular a diferença que a loucura representa e, a isso, a cultura tem respondido de maneira segregatória. Avançamos sobre a função de higienização social que este e os demais manicômios portam, ressaltando que o sequestro dos pacientes se dá com a anuência da sociedade.

Testemunhamos dois tipos de extermínio no manicômio em questão: um subjetivo e outro do corpo, descritos por breves vinhetas clínicas. São situações que vão desde a morte em vida até à morte propriamente dita, ambas precipitadas pelo abandono e a falta de assistência. A analogia com o campo de extermínio, embora perigosa, nos serviu, na medida em que, compreendido menos como um evento histórico e mais como uma estrutura, evidencia uma forma lógica de submeter e explorar o outro sem que qualquer limite se interponha.

Para decompor os vetores envolvidos na investida manicomial sobre a loucura em nosso país, demos um passo atrás, e observamos que importamos um modelo já em uso na França, para, depois, dar destinos peculiares a ele. Acompanhamos a exposição de Foucault sobre as transformações do lugar social da loucura ao longo do tempo e abordamos, em seguida, o surgimento das Grandes Internações, quando a figura do louco representava, entre outros significados, o elo do nosso mundo com outros, estes mais enigmáticos, etéreos e amedrontadores. Porém, com a ascensão do pensamento cartesiano no século XVII o louco foi tomado como alienado.

Essa linha de pensamento fixa o humano como racional e a loucura passa a ser inscrita no campo da desrazão, deslegitimando qualquer possibilidade de o louco enunciar a sua verdade via caminhos próprios. A desautorização da experiência de louco como sujeito dá ensejo para que ele passe a ser visto como objeto e, assim, passe a ser alvo de intervenções, primeiro de cunho moral, depois no campo da medicina e do direito. Nesse contexto, surgem as Grandes Internações – o encarceramento do mundo do desatino.

Inicialmente, esses locais eram o destino de uma população de perfil difuso: libertinos, prostitutas, venéreos, debochados, blasfemadores, alquimistas, bêbados... as casas de internamento nasceram como uma instância da ordem para encarcerar indefinidamente os que estivessem de alguma forma envolvidos em situações como o desemprego, a ociosidade e toda forma de miséria. Essa foi a maneira como a Europa dos séculos XVII e XVIII tentou empreender uma higienização

social, isto é, silenciando esses personagens, ao desqualificar sua palavra, e torná-los invisíveis através do seu aprisionamento.

No século XIX, temos a passagem da loucura da condição de problema moral para uma questão da medicina. Philippe Pinel inaugura uma investida que tenta investigar sinais e sintomas da loucura, montar quadros clínicos e estabelecer algum tratamento. Inspirado pelos valores da Revolução Francesa e do ideal de homem capaz do bom uso da razão, o alienismo de Pinel tentava curar os acometidos pela proposição de experiências de reconhecimento da racionalidade do delírio e das razões do delirante. Assim, o método clínico se constituiria como uma ponte para acessar uma lógica individual, percebida como loucura. Junto a isso, o alienismo deu outro sentido à internação: de procedimento de recolhimento e controle do perigo que a loucura representava, ela passa a ser um dispositivo de tratamento. Nesse ponto, França e Brasil se separam.

No que diz respeito à higienização do social através do isolamento dos indesejáveis, o uso de técnicas de repressão e as más condições de tratamento do internos; França e Brasil apresentam similaridades. No que se seguiu, cada país apresentou destinos diferentes. Não tivemos, no Brasil, quem defendesse a existência de uma lógica, de uma reserva de sujeito na loucura e, mais ainda, do imperativo de dar voz a esse resto como única via de compreensão e tratamento. O distanciamento entre a história da loucura na França e o caso brasileiro tem a entrada da clínica, através de Pinel, como um marco. Se, na França, o nascimento da clínica pode ser tomado como um divisor de águas no caminho para uma modernização do tratamento da loucura, o Brasil deixou a clínica de fora nesse projeto. Disso resultou uma multiplicação, em nosso território, de instituições baseadas no modelo da Grandes Internações, sem que o olhar e a escuta clínica pudessem ter brecha para proporcionar algum desvio nisso.

À ausência de uma pegada clínica no tratamento da loucura, somam-se fatores históricos relativos à maneira brasileira de tentar se tornar um país moderno. Com a chegada de corte portuguesa, em 1808, passamos por um profundo processo de modificação social e urbanística.

Propusemos enfatizar o termo “colonização”, em detrimento de “civilização”, para sublinhar o caráter dominador e violento subjacente a este processo. No campo da saúde mental, esse processo colonizatório tem como marco o nascimento da primeira instituição destinada exclusivamente à loucura, o Hospital Pedro II, que tinha o ordenamento e a limpeza das cidades como mote.

Essa instituição respondia, ao mesmo tempo, às demandas de encarceramento dos indesejados sociais e a tentativa da classe médica, em ascensão no país, de tomar para si as rédeas na condução do tratamento da loucura. Diante dos que destoavam da cidade que se pretendia constituir, a resposta pública muitas vezes vinha através do encarceramento no Hospital Pedro II. Vimos que o bem-estar dessa parcela da população só importava na medida em que ameaçava a classe dominante da cidade, sendo apontada como vetor de doenças e um perigo para a saúde no meio público e doméstico.

O discurso que fundamentava a reclusão dos indesejados no Hospício Pedro II, porém, toma a experiência francesa de internação, baseada em Pinel e Esquirol, como argumento. Esse verniz humanista tinha um alcance que se estendia apenas à defesa de um local adequado para o isolamento dos loucos. Uma defesa da circulação dessas pessoas pelo social não estava em pauta.

Da mesma forma, a adequação da estrutura física não implicou num modelo de tratamento nem mais científico, nem mais digno. O Hospício Pedro II foi, reiteradas vezes, acusado de maus-tratos aos seus internos. Os demais hospícios inaugurados no Brasil, à época, portavam a mesma forma de atuação: eram instituições sem um trabalho com a expectativa de melhora ou de qualquer mudança no quadro clínico dos pacientes. Isso sinalizou para nós que, diferentemente da França, estivemos, e ainda estamos, marcados pela presença de instituições estagnadas num ponto anterior ao nascimento da clínica, à disciplina e ao controle – os manicômios. Parece-nos que a clínica nunca nasceu no Brasil.

As forças componentes da nossa realidade social tiveram forte influência para que o desenrolar da nossa maneira de lidar com a loucura, através da história, tivesse esse desfecho. A

psiquiatria no Brasil se ofereceu como ferramenta, com verniz científico e progressista, cujas práticas eram arcaicas, exercidas em instituições que expressavam nossas raízes escravocratas, familistas e patriarcais mediante respostas essencialmente segregatórias e violentas.

No terceiro capítulo, partimos dessa estagnação do Brasil num momento anterior ao nascimento da clínica para observarmos como ainda predomina, em nossa cultura, a posição manicomial segregatória e violenta. Começamos delimitando de maneira mais precisa o termo “manicomial, cernindo-o como uma lógica, uma estrutura que pode estar presente em qualquer dispositivo de saúde mental, seja ela aberto ou fechado. Lógica essa que pretende objetualizar o outro, submetê-lo a um funcionamento dado previamente, um ideal estabelecido. O manicômio, portanto, não se presentifica somente através da exclusão, mas também em medidas pretensamente inclusivas. O mais grave é observar que, além de não avançarmos no sentido de superar esse formato violento e excludente no tratamento a loucura, estamos retornando a ele com toda a força. Notícias, portarias e notas técnicas do governo brasileiro embasam a afirmação de que estamos vivendo um período em que as políticas públicas têm se mostrado declaradamente manicomiais. Nem mesmo o movimento de Reforma Psiquiátrica e toda a reestruturação do tratamento e do acolhimento da loucura no social que ela propõe, consegue frear a investida governamental dirigida à lógica manicomial.

Para entender quais elementos compuseram esse nosso empuxo ao manicômio, retomamos o tema da escravidão. Nele, mais do que um evento histórico, encontramos uma expressão do modo como a nossa cultura se estruturou. Trata-se de uma linguagem, na qual o outro é tomado como objeto e submetido, explorado sem limites. A sociabilidade brasileira tem, pois, como semente a escravidão e dela herdou características essencialmente excludentes e perversas.

Tomar a escravidão como berço possibilitou que refletíssemos sobre aspectos da sociabilidade que se repetiram ao longo de nossa história através de acontecimentos bárbaros, mas também sobre dados da atualidade. A parcela mais vulnerável da população – os pretos, os pobres e

os desvalidos - é alvo sistemático de investidas violentas do governo. Sob o pretexto de defender a civilidade, o governo brasileiro tem, paradoxalmente, cometido atos bárbaros junto a essa população. O louco, assim como o negro desde a escravidão, é tomado em nossa cultura como objeto-resto.

A Reforma Psiquiátrica se esforçou para conter a tendência manicomial no Brasil. Este movimento internacional adotou características próprias em cada lugar em que ocorreu. No caso brasileiro, é notória a influência do movimento da psiquiatria democrática italiana. Tendo a retomada da cidadania do psicótico como pedra angular, a Reforma Psiquiátrica brasileira se estrutura a partir da missão de resgatar os direitos do doente mental, e a sua cidadania, criticando as instituições tradicionais.

Tal gesto apresenta um efeito interessante: temos o aumento da quantidade de tratamentos possíveis, bem como a ampliação do leque de intensidade desses tratamentos. O incremento da rede substitutiva à internação foi um passo decisivo para que a reclusão via internação deixasse rapidamente de ser entendida como única resposta aos transtornos relativos à circulação do louco pelo social. Agora tendo uma rede comunitária como esteio, muitos casos encontraram nos CAPS e ambulatorios o suporte do qual precisavam para prescindir do hospital.

Nesse ponto, chegamos ao termo “desinstitucionalização”, uma das palavras-chave da Reforma, e que detém um paradoxo. A própria Reforma não apresenta um consenso sobre a manutenção ou eliminação total das instituições. Afirmar que, com a Reforma, pacientes prescindirão das instituições nos parece um equívoco. O que vemos, em verdade, é uma multiplicação, tanto na quantidade, quanto no formato, das instituições destinadas às questões de saúde mental.

No caso da psicose, a lógica manicomial consiste em denegar a sua singularidade e as questões específicas que dela derivam. Se a instituição “manicômio” nos lançou no questionamento sobre o termo “manicomial”, com o decorrer do trabalho, fomos estendendo a sua definição,

fazendo notar que os mecanismos da atenção psicossocial também podem ser uma forma de silenciamento.

Nesse sentido, a posição da casa de saúde aqui descrita, de suprimir o que for do campo do sujeito, não é um caso isolado dentro da saúde mental. Essa lógica pode estar presente em serviços que visam substituir a internação e até mesmo em medidas com uma roupagem inclusiva, de formas mais sutis. Por se tratar de uma lógica, o discurso manicomial se transmuta, mantendo seu teor excludente e violento de supressão da diferença.

A crítica da Reforma se concentra sobre a instituição manicômio, e chamar a transferência dos pacientes desses lugares para a rede comunitária de desinstitucionalização nos conduz a um engano com consequências para a condução do tratamento. Visto que as instituições continuam a ter uma presença importante na vida dessas pessoas, propomos o termo “desmanicomialização” já utilizado em alguns países latino-americanos. Acreditamos que ele deixa mais claro o perigo a ser combatido: o manicômio em suas muitas formas de expressão.

Ao tomar a exclusão da psicose como fato político, a Reforma Psiquiátrica não leva em conta a sua condição e a sua problemática referente ao corpo social. Esta é como que denegada pela Reforma, enquanto a clínica, tal como cunhada por Pinel, é rejeitada como instituição estigmatizante a ser negada. A loucura não se resume à falta de cidadania; conferi-la ao louco não abarca as dificuldades concernentes à psicose. Sobre elas, a Reforma Psiquiátrica não construiu uma narrativa.

Com Pinel, a modernização do acolhimento à loucura na França se deu sem apagar a existência de uma condição peculiar nesse quadro clínico. Já na psiquiatria democrática italiana, paradigma da Reforma no Brasil, uma reflexão sobre essa diferença era justamente o que precisava ser erradicada para se alcançar uma almejada situação de igualdade.

O “não-querer-saber” sobre a diferença manifesta na psicose, que a Reforma contém, parece ter encontrado um terreno propício num país que, como vimos, tende a exercer esse não querer

saber de forma violenta e segregante. Desta forma, ao não se ater sobre a especificidade da psicose, modalidades de intervenção aparentemente inclusivas por vezes flertam a com eliminação da diferença. Ao se apressar em eliminar essa contradição, esta tensão entre psicose e cultura, a Reforma termina por não ultrapassá-la. A este ponto creditamos a dificuldade da Reforma Psiquiátrica se opor ao discurso manicomial no Brasil e a instabilidade das transformações político e sociais que ela propõe.

Visto que nenhum movimento do campo da saúde mental, nem mesmo a Reforma, conseguiu se consolidar como barra à nossa tendência manicomial, ela voltou. Estamos, no presente, às voltas com o desmanche dos CAPS e o investimento em internações de longa permanência em instituições religiosas e com uma tradição em intervenções de caráter moral, punitivas e, muitas vezes, violentas. As comunidades terapêuticas são a velha novidade da política pública em saúde mental.

Junto a elas, muitas outras iniciativas governamentais indicam que estamos diante de um projeto consistente de subordinação de uma parcela da população que, como vimos, historicamente é posta nesse lugar de objeto-resto. São eles a ralé, os "assassináveis", os "sequestráveis". Há, aí, uma espécie de mestria que se realiza sob o discurso de impor a ordem e que, da maneira violenta como é feita, expõe que o próprio mestre não está submetido a ordem alguma.

A violência aparece, muitas vezes, no sentido físico que atinge o corpo, mas também na definição de Lacan como ausência de palavra. É dessa dimensão da palavra que o laço social brasileiro parece carecer. Nessa perspectiva, fomos aproximando a sociabilidade brasileira do processo colonizatório, no que ele impõe ao outro a sua maneira de funcionar, fazendo desaparecer a diferença de lugares.

Se o processo colonizatório veio a ser a matriz sobre a qual se estruturou a maneira brasileira de estar no social, o familismo, o patriarcalismo, tendem ao nos conservar nessa posição. Ambos repercutem de maneira a restringir a nossa sensibilidade social a grupos primários.

Apostamos na insistência sobre as particularidades da loucura como via de resistência ao discurso manicomial que permeia os alicerces da sociabilidade brasileira e, por isso, enveredamos pelas especificidades da psicose.

Começamos pelo mecanismo de defesa em ação nos quadros psicóticos, *Verwerfung* em Freud, forclusão em Lacan e ressaltamos que o significante que sobre o qual incide esse radical mecanismo de defesa é o Nome-do-Pai. Este significante primordial vem para interferir na relação mãe-bebê, permitindo que a criança se desloque dessa posição de assujeitamento ao desejo da mãe. Tal afirmação parte do pressuposto de que, inicialmente, ocupamos uma posição objetal e que dependemos de que um significante se inscreva para que um desvio nessa trajetória aconteça.

Partimos, portanto, de uma objetualização primeva que concerne a todos, mas que perdura nos psicóticos. Se o inconsciente, com suas leis próprias, funciona de maneira autônoma, na neurose, sua dinâmica ganha uma roupagem subjetivada, fazendo com que acreditemos que somos protagonistas nesse processo, donos de nossa morada. Já na psicose, a imposição do funcionamento da linguagem permanecerá mais exposta. Desta forma, a psicose expõe, à flor da terra, os problemas relativos a todo ser de linguagem.

A especificidade da psicose diz respeito à sua posição na linguagem e, portanto, ao trabalho autônomo do significante que situa o sujeito como objeto. A exigência de tomar lugar como sujeito diante da linguagem, na psicose, não tem outra possibilidade de ser assumida senão no polo objetal. Isto significa que a emergência do sujeito na psicose ou se dá no campo da impossibilidade ou de maneira colapsada ao objeto. Lacan (1967) sintetiza essa condição ao dizer de que o psicótico carrega o objeto no bolso. Para nos aprofundarmos nesta discussão, recorreremos à questão das pulsões e seus objetos.

A satisfação das pulsões é sempre parcial, o que mantém o circuito pulsional em movimento, em busca de um desfecho bem-sucedido. Relacionamos esse funcionamento desejanste ao Nome-do-Pai, como significante que encarna a impossibilidade de completude, ao mesmo tempo

em que sinaliza que esta se encontra alhures, no horizonte. Essa extração, realizada pelo Pai, retira a criança do lugar de objeto e abre espaço para um funcionamento de sujeito, para o desejo. A extração de um objeto – o objeto *a*, constitui, portanto, a possibilidade de um funcionamento de sujeito. Sem a entrada do Nome-do-Pai e do funcionamento parcial que ele instaura, temos, na psicose, a profusão de fenômenos que indicam a presença real e imediata desse objeto.

Como, na psicose, não houve esse corte que, ao separar, produz um sujeito e um objeto, encontraremos o paradoxo de um sujeito que se dá aderido ao objeto. Sendo assim, quando este é convocado, o que se apresenta é um sujeito colabado ao objeto. Como implicações clínicas disso, na clínica da neurose, trata-se, de maneira geral, do encontro sempre faltoso com relação aos objetos; na psicose, o sujeito encontra-se às voltas com a presença desse objeto que, por não ter sido extraído, o invade e o obtura. Outra reflexão possível a partir dessa questão, é que o modo como se estruturou a rotina no manicômio não propicia a emergência de um sujeito. Embora, no caso específico da psicose, não se possa atribuir exclusivamente a essa rotina um certo apagamento do sujeito que se observa após longas temporadas nessas instituições, as intervenções manicomialis vêm para corroborar um processo de objetualização do sujeito que já se encontra instalado ali.

Como manifestações dessa presença e do funcionamento peculiar de sujeito que ela acarreta, trouxemos o automatismo mental. Os fenômenos dessa ordem puderam vivificar a intrusão do Outro e do objeto na psicose. Tomamos como exemplo disso a estrutura sólida e sem divisão do delírio, na paranoia, e a reiteração do vazio, na esquizofrenia.

Estar advertido de uma condição de sujeito na psicose que se dá por uma via objetal, nos permitiu tirar consequências disso para circulação do psicótico pelo laço social. Freud abriu uma via possível de sublinhar as dificuldades da psicose relativas ao social sem resvalar para um discurso da psicose como déficit. Nasce, com ele, uma clínica na qual a verdade do sujeito tem domicílio na loucura.

Todavia, o singular da psicose será tomado, no social, como algo não articulável, diferença irreduzível. No variado leque de loucura exposto por Freud, a psicose se destaca por guardar uma relação delicada com a questão da exclusão social e a falta de lugar na nossa cultura. De fato, o liame social se funda sobre a estrutura da linguagem, apropriando-se do seu modo de funcionar para convencionar o permitido e o proibido. Se, como vimos, a psicose não conta com a extração do objeto que o Nome-do-Pai patrocina, ela não poderá se apoiar nessa operação essencial para o social para compartilhar dos códigos que compõem a cultura.

Este é um ponto essencial para nosso argumento sobre a exclusão dos loucos na sociedade brasileira. Afirmar que nossa cultura tende a agredir e segregar o louco, não resume a problemática do laço social na psicose. É preciso discernir aí uma dificuldade relativa também à psicose e, a esse posicionamento, creditamos a possibilidade de ultrapassar o teor manicomial da sociabilidade brasileira. Reconhecer o fato clínico da psicose e suas especificidades é o primeiro passo para um tratamento em saúde mental que não seja manicomial. Na prática, isso significa se desvencilhar da prática truculenta dos manicômios, sem resvalar para um aplainamento de uma atenção regida por ideais.

O passo seguinte se debruçou sobre qual clínica devemos investir caso, de fato, desejemos ultrapassar a tendência manicomial apresentada. A partir de um reconhecimento do fato clínico da psicose, será possível estruturar uma clínica que se posicione, não só de maneira a não querer erradicar os seus elementos clínicos, como também basear-se neles para a construção de uma trajetória pelos dispositivos de atenção da rede. Dito de outra forma, a clínica psicanalítica, por entender que um trabalho só pode acontecer a partir desse dissonante, não tem o intuito de domesticá-lo.

Quando a Reforma Psiquiátrica rejeita a clínica, ela se aproxima da lógica manicomial; em contraposição, propomos um acolhimento da psicose que, mais do que lhe dar lugar, lhe confira o protagonismo no projeto terapêutico. A particularidade do quadro clínico, suas dificuldades e suas

possibilidades, são o que indica a via de acompanhamento, de laço a ser adotada. Assim, o esforço para a construção do caso clínico surge como uma referência para o trabalho nos serviços de saúde mental. Nele, os profissionais que recebem a loucura se aterão ao que é da ordem do sujeito em cada psicose: sua relação com a linguagem, e da maneira, desenvolvida pelo paciente a partir desse encontro.

Como metodologia para a construção do caso, trouxemos o dispositivo do traço, tal como desenvolvido por Lacan; nele pretende-se chegar até um elemento mínimo, resultante de uma filtragem de tudo o que for acessório, que aborde a enodação dos três registros: simbólico, imaginário e real em cada paciente. Apostamos no dispositivo do traço como possibilidade de aproximação do que, em cada situação, se apresenta como singular. Isso justifica a sua importância, defendendo a singularidade como o que se opõe ao manicomial nos serviços de atenção à saúde mental.

Vimos que a problemática do sujeito na psicose nos indica que a questão da objetualização empreendida pelos manicômios não caminha sozinha no processo de empobrecimento subjetivo dos pacientes psicóticos. Porém, uma rotina que se estrutura de maneira a deslegitimar a palavra dos pacientes, de “*a-ssujeitar*”, tem consequências. Estas, contudo, não devem nos desestimular a apostar no campo do sujeito.

As vinhetas clínicas vieram para relatar os efeitos desta nossa aposta. Elas mostram que, nos casos mais graves, os psicóticos precisarão de um suporte que funcione como mediação da relação com o social. Para isso, contamos com os serviços substitutivos à internação propostos pela Reforma Psiquiátrica. Diante das injunções fálicas do mundo, esses dispositivos podem propiciar uma participação na cidade que não tenha o Nome-do-Pai como condição. Isso se dá, em alguns momentos, abrigando o paciente dos excessos exigidos pelo social, e, em outros, secretariando na produção artesanal de alguma mediação com relação ao que vem do Outro.

Esses aspectos clínicos da atenção em saúde mental não implicam que outros, políticos e sociais, sejam de menor importância. Pelo contrário, é necessário avançar nessa discussão: a clínica é política e a separação entre esses dois campos é artificial. Logo, a atenção às questões referentes à cidadania do louco comporá um trabalho clínico.

A psicanálise trabalha no sentido de conceder ao paciente o direito à palavra, de dar a ele o protagonismo em seu tratamento. Isso não está na contramão da cidadania. Em verdade, sem restaurar os direitos de cidadão, a possibilidade de um trabalho de sujeito está vedada. Por isso, não há uma clínica no manicômio. A psicanálise e o manicômio se excluem mutuamente.

A clínica psicanalítica interfere no tratamento da psicose no sentido de evitar que ações de cuidado sejam apenas medidas com o intuito de trazer o psicótico para uma suposta normalidade, uma submissão ao nosso funcionamento diante da lei, dos ideais. Essa clínica reconhece que a psicose é justamente uma solução singular para esses campos, e que não se conformará aos ideais, passando a funcionar bem se providenciarmos documento, benefício, lazer ou trabalho. Assim, tornamos propício que o psicótico faça laço dentro de uma lógica sua, sem deixar de ser e sofrer à sua maneira.

Por fim, há, através da clínica, uma possibilidade de saída, não só do manicômio, como também do discurso manicomial. Se nosso passado escravista promove um empuxo à objetualização da loucura, seja através da segregação, seja através da violência, a psicanálise vem na contramão dessa demissão subjetiva empreendida pelo manicômio e, também, pela lógica manicomial.

Apostamos na clínica como posição ética que alinhava, mas não amarra o que é desatino, relançando em nossa experiência social da loucura – na academia, nos dispositivos da rede de saúde mental, nas políticas públicas de saúde; essa dissonância em toda a sua radicalidade. Ao dar lugar ao que é louco sem deslegitimar, mas, também, sem naturalizar; ela pode fazer frente à lógica manicomial brasileira, a uma recusa de reconhecimento para aquilo que há de sujeito, de palavra e de razão na experiência clínica da psicose, em todas as suas variedades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATI, L. (2019). **Ministério Público de Contas pede inspeção em contrato do Estado com clínica que abriga pacientes psiquiátricos**. Gauchaz. 12 de novembro de 2019. Disponível em <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2019/11/ministerio-publico-de-contas-pede-inspecao-em-contrato-do-estado-com-clinica-que-abriga-pacientes-psiquiatricos-ck2wcyolf00to01phtfzj2ldz.html>. Acesso em 03 de janeiro de 2020.

ASCOM - CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. (2019). **Parlamentares debatem internação involuntária de pessoas em situação de rua**. Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/noticias_avisos_detalhes.phpm1=comunicacao&m2=notavisos&id_noticia=14703. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

ABRIGO. (2018). **Dicionário online Priberam**, 12 mar. 2018. Disponível em: www.priberam.pt. Acesso em 12 março de 2018.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. (2006). **Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura**. Em: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.10, n.20, p.299-316, jul/dez. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

AMARANTE, P. (1995a). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP.

AMARANTE, P. (1995b). **Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Em: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491- 494.

ANDREOLLA, A. P. (2018). **Governo anuncia R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas que acolhem viciados em álcool e drogas**. Jornal O Globo, 25 de abril de 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/governo-anuncia-r-87-milhoes-para-comunidades-terapeuticas-que-acolhem-viciados-em-alcool-e-drogas.ghtml> . Acesso em 26 de Abril de 2018.

ARBEX, D. (2013). **O holocausto brasileiro**. São Paulo: Editora Geração.

ASILO. (2018). **Dicionário online Priberam**, 12 mar. 2018. Disponível em www.priberam.pt . Acesso em 12 março de 2018.

BARRETO, L. (2017). **Diário do Hospício – o cemitério dos vivos**. São Paulo: Companhia das Letras.

BASAGLIA, F. (1979). **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates.

BASAGLIA, F. (1985). **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

BASAGLIA, F. (2005). **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante; tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.

BERCHERIE, P. (1989). **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

BEZERRA JR, B. (1994). **De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80**. Em : GUIMARÃES & TAVARES (orgs). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã.

BEZERRA-NETO, J. M. (2011). **A segunda independência: emancipadores, abolicionistas e as emancipações do Brasil**. Almanack, Guarulhos, n. 2, p. 87-100, Dec. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-46332011000200087&lng=en&nrm=iso . Acesso em 26 abril. 2019.

BIANCHI, M. (2016) **¿Qué decimos cuando hablamos de desmanicomialización?** Universidad Argentina John F. Kennedy, Buenos Aires, 2016. Disponível em: <https://www.studocu.com/en/document/universidad-argentina-john-f-kennedy/psicologia-comunitaria/other/bianchi-que-decimos-cuando-hablamos-de-desmanicomializacion/5809498/view> . Acesso em 03 de maio de 2018.

BIRMAN, J. (1992). **A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais**. In: BEZERRA JR., B. E AMARANTE, P. (Eds.). **Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumarã, 1992.

BIRMAN, J. (2019). **Desolação e segregação**. Paper presented at: Jornada Internacional Diferença, segregação e vulnerabilidade. 18 de outubro de 2019; Rio de Janeiro, Brasil.

BIRMAN, J.; HOFFMANN, C. (2007). **Lacan e Foucault: conjunções, disjunções e impasses**. São Paulo: Instituto Langage e Universidade Paris Diderot.

BLEULER, E. (1911). **Dementia Præcox ou Groupe des Schizophrénies**. Paris.

BRASIL. (1988) **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. (2001) **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm?TSPD_101_R0=f85e0fe746be24497e7585d2f6d5d381kLV000000000000000061e8cbbaffff000000000000000000000005aaea5af000f1c877b . Acesso em 18 de março de 2018.

BRASIL. (2003) **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm . Acesso em 18 de março de 2018.

BRASIL. (2006). **Saúde mental em dados 3**. Brasília, Ano 1, n.3. Ministério da Saúde.

BRITO, C. E COELHO, H. (2016). **Pacientes amarrados e mortes: MP apura denúncias contra hospital no RJ**. Jornal G1, 16 de Novembro de 2016. <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/11/pacientes-amarrados-e-mortes-mp-apura-denuncias-contrahospital-no-rj.html> . Acesso em 26 de Abril de 2018.

CARTAS DA RUA. (2019). **Instagram**, publicado em 7 de outubro de 2019.

CARVALHO, L. D. (2014). **A eugenia no humor da Revista Ilustrada Careta: raça e cor no Governo Provisório (1930-1934)**. 315 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Disponível em <http://hdl.handle.net/11449/121974> . Acessos em: 03 de março de 2018.

CERNICCHIARO, A. C. (2003). **A temática da escravidão negra nos sermões de Antônio Vieira**. Mafuá: Florianópolis.

CFM; ABP. (2019). **Nota conjunta ABP/CFM. Presidente da República assina decreto que aprova a Nova Política Nacional sobre Drogas.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/c37608_eae1687e0df145fbb08d5f84614e76a7.pdf. Acesso em 13 de junho de 2018.

CFP. (2018). **O retorno à lógica manicomial.** Site do Conselho Federal de Psicologia, 30 de Maio de 2018. Brasília, DF. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/antimanicomial/>. Acesso em 13 de junho de 2018.

CLÉRAMBAULT G. (1920). **Automatisme Mental et Scission du Moi: Présentation de malade.** Em: J. Fretet (Org.). Oeuvre Psychiatrique (Tome II, ch. 2, pp. 457-467). Paris: Presses Universitaires, 1942.

COFEN. (2012). **Resolução N° 427, de 2012.** Brasília, DF. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em 18 de março de 2018.

CRP-RS. (2019). **CRPRS manifesta-se acerca da situação dos acolhidos da Fundação de Proteção Especial na Clínica Libertad.** 29 de outubro de 2019. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/noticias/nota-do-crprs-acerca-da-situacao-dos-acolhidos-da-fundacao-de-protecao-especial-na-clinica-libertad>. Acesso em 15 de dezembro de 2019.

COSTA-MOURA, F. & COSTA-MOURA, R. (2011). **Objeto a: ética e estrutura.** Ágora. Estudos em teoria psicanalítica, Rio de Janeiro, XIV(2), 225-242, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1516-14982011000200005&lng=en&tlng=pt. Acesso em 11 set. 2018

CZERMAK, M. (1998). **Os psicóticos resistem mal à transferência: Observações sobre a transferência nas psicoses.** Em: Correio da Appoa. Porto Alegre: Appoa, nº 55, março.

DAMOURETTE, J.; PICHON, E. (1987). **Des mots à la pensée: essai de grammaire de la langue française (1911-1927), v. 1.** Paris: Éditions D'Artrey.

DELGADO, P. G. (1992). **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil.** Rio de Janeiro: Te-Corá.

DESVIAT, M. (2016). **Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva.** Madrid: Editorial Grupo 5.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. (2009). **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede**. Cad. Bras. Saude Mental, v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf . Acesso em: 1 abr. 2018.

DUNKER, C. I. L; KYRILLOS NETO, F. (2004). **Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 24, n. 1, p. 116-125, Mar. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100013&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 03 de julho de 2018.

DUNKER, C. I. L; KYRILLOS NETO, F. (2015). **Psicanálise e Saúde Mental**. Porto Alegre: Criação Humana.

DUNKER, C. I. L. (2015). **Mal-estar, sofrimento e sintoma**. São Paulo: Boitempo.

DUNKER, C. I. L. (2021). **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: umas arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Zagodoni.

FANON, F. (2020). **Alienação e liberdade. Escritos Psiquiátricos**. São Paulo: UBU Editora.

FERNANDES, F. L. [201-?] . **Política, psicanálise e saúde mental: o caso Niterói**. Site do Tempo Freudiano Associação Psicanalítica: Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/politica-psicanalise-saude-mental-o-caso-niteroi/>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

FERNANDES, F. L. [200-?]. **O que é Clínica do Traço**. Site do Tempo Freudiano Associação Psicanalítica: Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/o-que-e-clinica-do-traco/>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

FERRETO, A. [201-?] **O poder do mestre real**.

FILHO, J. F. S. (2008). **1968 e a saúde mental**. Rio de Janeiro: Contra capa.

FIGUEIREDO, A. C; CAVALCANTE, M. T. (org.). (2001). **A reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização – Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Edições IPUB / Cuca.

FOUCAULT, M. (1972). **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva.

FOUCAULT, M. (1980). **O nascimento da clínica**. 2. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FOUCAULT, M. (1987). **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes.

FOUCAULT, M. (1989). **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal.

FREITAS, F. F. P. (2004). **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 75-91, Abr/2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100005&lng=en&nrm=iso . Acessado em 26 Dez. 2018.

FREUD, S. (1894). As Neuropsicoses de Defesa. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 3. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996. pp. 53-66.

FREUD, S. (1896). Observações Adicionais Sobre as Neuropsicoses de Defesa. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 3. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996. pp. 163-188.

FREUD, S. (1911). Notas Psicanalíticas Sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia (Dementia Paranoides). Em: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 13-86.

FREUD, S. (1914). O Moisés de Michelangelo. Em: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 213-240.

FREUD, S. (1915). Os Instintos e suas Vicissitudes. Em: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 115-144.

FREUD, S. (1925). Inibição, sintoma e angústia .Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 21. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996. pp. 53-66.

FREUD, S. (1930[1929]). O Mal-Estar na Civilização. Em: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 65-148.

FREUD, S. (1937). Construções em Análise. Em: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 271-288.

FREYRE, G. (2006). **Casa-Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. São Paulo: Global.

GENTIL, V. (1999). **Uma leitura anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”**. Em: Revista da USP. Vol: 43. São Paulo. p. 6-23.

GOFFMAN, E. (1961). **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva.

GOMES, L. (2019). **Escravidão – Vol. 1: Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares**. Porto Alegre: Editora Globo.

HOLANDA, S. B. (2006). **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras.

KEHL, M. R. (2015) **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo.

KILOMBA, G. (2019). **Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano**. Lisboa: Orfeu Negro.

KYRILLOS NETO, F; MOREIRA, L. R. (2017). **Dos Benefícios sociais na Reforma Psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo**. Em: Revista de Psicologia, Fortaleza, v.8 n. 2, p. 110-118, jul./dez. pp. 110-118.

KYRILLOS NETO, F. (2009). **Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise**. Aletheia, Canoas, n. 30, p. 39-49, dez. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 20 dez. 2018.

LACAN, J. (1953). A significação do falo. Em: **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. pp. 692-703.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. Em: **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. pp. 238-324.

LACAN, J. (1954). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud. Em: **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. pp. 383-401.

LACAN, J. (1954). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud. Em: **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. pp. 383-401.

LACAN, J. (1955-56). **O seminário livro 3: As psicoses**. Versão Brasileira: Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LACAN, J. (1956-57). **O seminário livro 4: a relação de objeto**. Versão Brasileira: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

LACAN, J. (1957-58). **O seminário livro 5: As formações do inconsciente**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

LACAN, J. (1959-60). **O seminário livro 7: A ética da psicanálise**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LACAN, J. (1960-61). **O seminário livro 8: A transferência**. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

LACAN, J. (1960). A subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. Em: **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 807 – 842.

LACAN, J. (1962-63). **O seminário livro 10: A angústia**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

LACAN, J. (1964). **O seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Tradução: M.D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

LACAN, J. (1970). **Radiofonia**. Em: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. pp. 400-447.

LACAN, J. (1972-73). **O Seminário, livro 20: Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

LACAN, J. (1972). **O aturdido**. Em: Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2003. pp. 448-497.

LACAN, J. (1975-76) **O seminário livro 23: O sinthoma**. Tradução: Sérgio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

LACAN, J. (1977). **Abertura da sessão clínica**. Disponível em: <http://www.traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

LACAN, J. (1967). **Breve discurso a los psiquiatras**. Disponível em: http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf. Acesso em 02 de março de 2018.

LANCETTI, A. (1990). **Loucura metódica**. Em: Saúde Loucura 2. São Paulo: Hucitec.

LAURENT, E. (1995). **Versões da Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

LEVI, P. (1988). **É isto um homem?**. Rio de Janeiro: Rocco.

LOPES, N. (2019). **Bolsonaro sanciona lei que permite internação forçada de usuários de drogas**. UOL. São Paulo, 06 de junho de 2019. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2019/06/06/bolsonaro-sanciona-lei-que-permite-internacao-forcada-de-usuarios-de-drogas.htm>. Acesso em 28 de dezembro de 2019.

MACHADO, L. D. & LAVRADOR, M. C. C. (2001). **Loucura e subjetividade**. In: MACHADO, L. D & LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 45-58.

MACHADO, M. H. P. T. & CASTILHO, C. T. (org.). (2015). **Tornando-se livre. Agentes históricos e lutas sociais no processo de abolição**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

MACHADO, R. et al. (1978). **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal.

MBEMBE, A. (2016). **Necropolítica**. Em: Arte e ensaios [on-line], Volume 2. Número 32. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em 15 de novembro de 2019.

MBEMBE, A. (2018). **Crítica da Razão Negra**. n. 1 edições.

MELMAN, C. (1992). **Casa Grande e Senzala**. Em: TEIXEIRA, M. R. Lacan e a formação do analista no Brasil. (pp.17-20). Editora Agalma, Salvador.

MELMAN, C. (2018). **Psychose Toujours**. Editorial da Association Lacanienne Internationale. Disponível em: <https://www.freud-lacan.com/getpagedocument/27475>. Acesso em 12 de abril de 2019.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (2018). **Política sobre drogas dará guinada rumo à abstinência**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia>. Acesso em 3 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2019). **Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Pol%C3%ADtica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

MOREIRA, J. (1905). **Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil**. Em: Rev. latinoam. psicopatol. Fundam., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, Dec. 2011. Disponível em :

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 Jan. 2019.

OPAS. (1990). **A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental**. Caracas, 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em 13 de junho de 2018.

PASSOS, I. C. F. (2009). **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

PASSOS, I. C. F. (2012). **Dois Versões Históricas para a Psicoterapia Institucional**. Em: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 4, n. 9, pp. 21-32.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A.; SILVA JR. A.; MATTOS, R. (org). (2007). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro, CEPESP: IMS/LAPPIS: ABRASCO.

PINTO, F. C. M. & SOUZA, V. P. (2008) **A vinda da Família Real para o Brasil e as Transformações na Saúde Pública no Rio de Janeiro**. Em: I Congresso de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia - UFRJ, Rio de Janeiro.

PORTO, A. **O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 1019-1027, Dec. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2019.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. (2019). **Decreto Nº 9.761. Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, 11 de abril de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#anexo. Acesso em 18 de novembro de 2019.

RABINOVICH, S. (2001). **Foraclusão: presos do lado de fora**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

RAIMUNDO, A. M. G. & DALGALARRONDO, P. (2004). **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. Em: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VII, 1, ano VII, n. 1, mar/2004, pp. 128-141.

RIBEIRO, M. M. C. & BASTOS, A. (2018). **A fala e a escrita passíveis de tratar a segregação.** Em: CARDOSO, M. R. & HERZOG, R. (orgs) *Diferença e Segregação*. Curitiba: Appris. pp. 63-82

ROMANO, G.(2019). **Projeto de Holiday prevê internação para quem tem ‘propensão’ ao aborto.** Veja, 24 de junho de 2019. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/projeto-de-holiday-preve-internacao-para-quem-tem-propensao-ao-aborto/>. Acesso em 16 de setembro de 2019.

ROSA, M. D. (2018). **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento.** São Paulo: Escuta/Fapesp.

ROTELLI, F. (1989). **Mesa-redonda no Encontro Italo-Brasileiro em Saúde.** Salvador, junho.

ROTELLI, F. (1994). **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste.** Em: In. Amarante, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ. pp.149-69.

ROTELLI, F. et al. (1990). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHEREBER, D. P. (1903). **Memórias de um doente dos nervos.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SCHWARCZ, L. M. (2019). **Sobre o autoritarismo brasileiro.** São Paulo: Companhia das Letras.

SCHWARCZ, L. & STARLING, H. (2015). **Brasil: uma biografia.** São Paulo: Companhia das Letras.

SCIARA, L. (2011). **Transferência e psicoses: que especificidades?** Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/transferencia-e-psicoses-queespecificidades/>. Acesso em 15 de junho de 2019.

SOUZA, J. (1998). **A Ética Protestante e a Ideologia do Atraso Brasileiro.** Em: Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 13, n. 38, out. 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000300006&lng=pt&nrm=iso . acessos em 14 mar. 2019.

SOUZA, J. (2019). **A elite do atraso: da escravidão a Bolsonaro**. Editora Estação Brasil. Rio de Janeiro.

TELLES, E. (2003). **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

TENORIO, F. R.; COSTA-MOURA, F. (2014). **Melancolia como presença real do objeto - uma abordagem lacaniana**. Em: Rev. latinoam. psicopatol. Fundam. [online]. 2014, vol. 17, n. 3, pp. 469-484.

TENÓRIO, F. R. (2001). **A psicanálise e a Clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

TENÓRIO, F. R. (2002). **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TENÓRIO, F. R. (2012). **Automatismo mental, desespecificação pulsional e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose**. 192 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TENÓRIO, F. R. (2017). **Automatismo mental, desespecificação pulsional e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose**. 194 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TENÓRIO, F. R. & ROCHA, E. C. (2006). **A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial**. Em: ALBERTI, S. & FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). Psicanálise e saúde mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. pp. 55-72.

TENORIO, F. R.; COSTA-MOURA, F. & LO BIANCO, A. C. (2017). **Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental**. Em: Psicol. USP [online]. Vol. 28, n. 2, pp. 206-213.

TYSZLER, J. J. [200?]. **De qual objeto se fala?**

VIEIRA, M. A. (2008). **Restos**. Rio de Janeiro: Contra Capa.

ANEXOS

Governo anuncia R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas que acolhem viciados em álcool e drogas

Objetivo é atender a 20 mil pessoas por ano, segundo o governo. Edital para contratação de comunidades terapêuticas foi publicado nesta quarta (25) no 'Diário Oficial'.

Por Ana Paula Andreolla, TV Globo, Brasília

O governo federal

anunciou nesta quarta-feira (25) a liberação de R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas que acolhem pessoas viciadas em álcool e em drogas. Segundo o governo, o objetivo é atender a 20 mil pessoas por ano.

Segundo o Ministério da Justiça, comunidades terapêuticas são entidades sem fins lucrativos que acolhem pessoas (em caráter voluntário) com "problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa".

O edital de contratação das comunidades terapêuticas foi lançado nesta quarta e publicado no "Diário oficial da União". Caberá a uma comissão externa, formada pelos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social, visitar as unidades e fazer a análise qualitativa da estrutura e da equipe técnica.

A equipe deverá avaliar, por exemplo, as atividades de laborterapia, psicoterapia em grupo e individual, atividades pedagógicas, e também os resultados obtidos com pacientes que já passaram pelas comunidades terapêuticas inscritas.

Internação voluntária

Para receber o tratamento, a pessoa deverá se submeter a internação voluntária, ou seja, terá que concordar em ir para a comunidade terapêutica. Além disso, só deverá sair depois de receber alta.

Essa mesma regra valerá para pacientes com menos de 18 anos – mesmo que seja a vontade da família, não serão aceitas internações compulsórias.

As pessoas interessadas deverão buscar, primeiro, atendimento no Sistema Único de Saúde. Lá, serão encaminhadas para as unidades de atendimento.

No ano passado, cerca de 12 mil pessoas foram atendidas pelas comunidades terapêuticas que já têm convênios com o governo. Cada pessoa ficou internada, em média, por quatro meses.

Recursos

Dos R\$ 87 milhões anunciados, R\$ 40 milhões são do orçamento do Ministério da Saúde; R\$ 37 milhões, do Ministério da Justiça; e R\$ 10 milhões, do Ministério do Desenvolvimento Social.

A comunidade terapêutica receberá R\$ 1.172,28 por adulto acolhido; R\$ 1.596,44, por adolescente; e R\$ 1.528,02, para mães viciadas acompanhadas de bebês que ainda tomam o leite materno.

Pacientes amarrados e mortes: MP apura denúncias contra hospital no RJ

Onze pacientes teriam morrido em 2016 em unidade; clínica nega mortes. Promotoria e Fundação Municipal de Saúde aguardam audiência na Justiça.



Depois de passar semanas

amarrada, paciente foi transferida após 20 anos internada (Foto: G1)

Pacientes amarrados em cadeiras ou na cama, colchões velhos e rasgados, banheiros em péssimas condições, gritos de socorro e até mortes por negligência. São muitas as denúncias contra uma unidade psiquiátrica em **Niterói**, na Região Metropolitana do Rio. O G1 teve acesso a fotos e dados sobre a Clínica de Saúde Alfredo Neves, que mostram que, apesar de problemas antigos, a unidade de saúde continua funcionando e em condições precárias para pacientes já fragilizados por sua condição psíquica.

Na sexta-feira (11), a clínica no bairro de Santa Rosa tinha 70 pacientes internados. O ano começou com 88. Onze morreram até o fim de outubro, segundo dados obtidos pela equipe de reportagem – seja na própria casa de saúde ou após serem transferidos para outras unidades –, outros quatro foram transferidos e três tiveram alta.

A clínica, por meio de seu advogado, negou a informação de que 11 pacientes da instituição morreram em 2016, mas não deu mais detalhes. Todas as informações sobre o estado dos pacientes, segundo George Vieira, foram passadas para a Fundação Municipal de Saúde e a Prefeitura de Niterói. Procurada para falar sobre as imagens registradas na unidade, a clínica não respondeu até o fechamento desta reportagem.

Ainda segundo fontes ouvidas pelo G1, vários pacientes apresentavam quadro de desnutrição, feridas na pele e maus-tratos.

"Lá dentro, a vida dessas pessoas não vale nada", disse uma agente de saúde mental sobre a situação dos pacientes.

O Ministério Público entrou com uma ação civil pública contra a Fundação Municipal de Saúde, a Casa de Saúde Alfredo Neves, o Instituto Francisco Leomil, a Procuradoria Geral do Estado e a Prefeitura de Niterói, pedindo para que se iniciasse o processo de desinstitucionalização das duas unidades, e os pacientes pudessem ser transferidos.

Dois foram transferidos para o Hospital Municipal Carlos Tortelly, também em Niterói, e outros três receberam alta desde que a Fundação Municipal de Saúde passou a fazer visitas ao local. Uma paciente foi transferida para outra unidade psiquiátrica em Niterói depois de o Ministério Público ter tomado ciência de seu caso.

A clínica pode ser descredenciada e parar de receber o repasse dos leitos disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é que todos os pacientes saiam da unidade e sejam direcionados para Centros de Atenção Psicossociais (Caps), para suas próprias famílias. Em casos mais graves, é previsto que sejam internados em hospitais psiquiátricos como o de Jurujuba, também em Niterói.

A Prefeitura de Niterói afirma que os repasses vêm sendo feitos às instituições, sendo que o último foi realizado em outubro. No entanto, de acordo com o site do Fundo Nacional de Saúde, que repassa os recursos do SUS para unidades particulares que mantenham vínculos com o Ministério da Saúde, não houve pagamentos para as duas unidades em 2016. Elas possuem CNPJs diferentes, mas funcionam no mesmo endereço, na Rua Doutor Sardinha, número 164.

n

t

r

o



Pacientes são amarrados em

banco durante horas dentro da unidade (Foto: G1)

Relatos

Pontes que entraram em contato com o G1 mostraram as fotos e contaram que as condições do local incluem "camas de ferro enferrujadas, colchões velhos rasgados, banheiros imundos, teto com pedaços despencando exibindo a fiação elétrica e a tubulação hidráulica".

“Os pacientes têm traços claros de desnutrição, alimentação inadequada e negligência. Todos eles praticamente têm quase todos os dentes podres, problemas na pele. Um deles tinha um problema de protusão do reto, quando o ânus fica para fora do corpo. Questionados sobre isso, os profissionais disseram: 'Ah, ele sabe como botar no lugar'”, afirmou um agente de saúde mental que esteve no local.

“O tratamento psiquiátrico, segundo outra fonte que esteve no local, também é deficiente.

“Hoje em dia é lei que haja uma equipe multidisciplinar. Mas não existe. Há uma terapeuta ocupacional que vai para lá uma vez por semana, quando vai. É muito raro. E não há qualquer encorajamento para levar os pacientes para casa. A maioria está lá há 15, 20 anos”, explica.

Moradores da região ouvidos pelo G1 contam que já ouviram gritos à noite dos pacientes da clínica. Muitos deles pedem socorro, segundo os relatos.

Histórico problemático

Em março, o Ministério Público Estadual entrou com uma ação pedindo a desinstitucionalização dos pacientes internados nas duas instituições – o caso está na 1ª Vara Cível de Niterói.

Apenas um mês depois, em 28 de abril, houve uma reunião entre os representantes das clínicas, da Secretaria Estadual de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde e do subsecretário de Saúde de Niterói, Marcelo Ribeiro Alves de Faria. Na ocasião, ficou acertado que seria criado um plano de emergência para remover os pacientes do local.

O objetivo era retirar os pacientes e encaminhá-los às instituições de tratamento mental localizadas em seus próprios municípios. Atualmente, existem 70 pacientes internados nas duas clínicas, sendo que 24 são de Niterói.

n

ã

o

v

a

l

e



Unidade era mantida em

péssimas condições há anos, dizem denúncias (Foto: G1)

No entanto, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, as direções das duas instituições têm dificultado que as equipes da Fundação Municipal de Saúde (FMS) prestem atendimento aos pacientes de forma adequada, com acesso restrito aos pacientes e a prontuários médicos. Por conta disso, a instituição enviou o caso à Justiça. Tanto a promotoria quanto a FMS aguardam a audiência que vai tratar do caso.

A psiquiatra Ana Paula Guljor, especialista em saúde mental, afirmou que os problemas na unidade já vêm de longa data. Ela viu as imagens às quais o G1 teve acesso.

"Estas fotos apresentam o que todos que buscam transformar o modelo de cuidado em saúde mental já sabem: violações de direitos humanos sempre aconteceram nos hospitais psiquiátricos. Desde questões ligadas à higiene, às práticas de isolamento, torturas físicas até a manutenção destas pessoas em algo semelhante à prisão perpétua", disse a pesquisadora, atualmente no laboratório de estudos e pesquisas em saúde mental e atenção psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fiocruz.

"Espero que sejam adotadas medidas drásticas no sentido de potencializar as redes de cuidado em liberdade em Niterói", ressaltou a PHD em saúde mental, que já foi diretora do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, referência em Niterói, entre 2013 e 2015.

Em nota, o Conselho Regional de Medicina do Estado do **Rio de Janeiro** (Cremerj) disse que realizou fiscalização na Casa de Saúde Alfredo Neves em 2015 e, em razão das inúmeras irregulares constatadas, entrou com uma representação junto ao Ministério Público, para que fossem tomadas as devidas providências, e abriu sindicância para apurar as irresponsabilidades. O Cremerj afirmou ainda que, diante de novas denúncias apresentadas, realizará nova fiscalização na unidade.

Caso de homicídio arquivado

A mãe de um paciente que morreu dentro da unidade em 2006 abriu um processo contra a direção da unidade, formada por Arídio Sérgio Martins, Vitor Henrique Gagliardo, Jonas Wagman e Francisco Juvenal Furtado e Silva. Segundo ela, JR (nome fictício) estava inicialmente internado em Jurujuba. Enquanto ele almoçava, a direção pediu à família que levasse sandálias para que ele permanecesse no local. Quando voltaram com o calçado, descobriram que JR havia sido transferido para a Casa de Saúde Alfredo Neves, sem a autorização da família.

Quando a família, enfim, conseguiu visitar JR, ele estava "amarrado pelas mãos e pés, deitado sobre um plástico que cobria o colchão, todo urinado e com mau cheiro". Após 13 dias internado, o paciente foi levado para o Carlos Tortelly, onde morreu em 10 de novembro daquele ano. A causa da morte foi uma pneumonia, juntamente com uma septicemia. JR também tinha sinais de escara infectada – úlcera na pele.

Sentença extinta

Na primeira sentença, publicada em abril de 2014, o juiz, ao condenar Vitor e Jonas por homicídio culposo, diz "evidente negligência de Vitor contribuiu para o desfecho trágico da morte de um paciente que tinha apenas problemas psiquiátricos, mas não físicos, e que acabou falecendo por uma sucessão de erros administrativos e médicos". A suposta negligência de Jonas, médico da instituição, também foi citada na decisão da 1ª Vara Cível de Niterói.

Outro citado na decisão, Francisco foi condenado por homicídio culposo e por falsidade ideológica, por ter citado em documento "declaração falsa de que o ofendido dera entrada naquela unidade com subnutrição e características de fragilidade salutar, o que não consta do prontuário do paciente, que, ao contrário, descreveu ausência de lesões e higiene regular do mesmo", como diz o texto do juiz.

Francisco, Vitor e Jonas tiveram pena fixada em um ano, transformadas em prestação de serviços comunitários e pagamento de cestas básicas. Arídio Sérgio Martins foi absolvido de todas as acusações.

Em setembro de 2014, no entanto, a mesma vara julgou extinta a punibilidade dos três condenados, e o caso foi definitivamente extinto pela Justiça.

Paciente transferida

Uma paciente de 54 anos, ex-assistente social e que estava na clínica há pelo menos 20 anos, foi recém transferida para o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, também em Niterói, na Região Metropolitana. Segundo a coordenação de saúde do hospital, ela chegou com uma situação clínica "bastante complicada". Até a transferência, a paciente estava com cerca de 30 quilos e utilizando fraldas o dia inteiro. Ela comia amarrada à cama.

"Ela me dizia: 'Me tira daqui. Me dá comida'", contou um dos agentes que teve contato com a paciente.

Outro caso chocou as equipes que foram para o local. Um paciente de Itaboraí de 62 anos passou mal durante um dia inteiro, com quadro de vômito e enjoos. Ele ficou na enfermaria até morrer. Devido a procedimentos burocráticos, o corpo da vítima ficou na enfermaria da unidade durante dois dias. "O rosto dele era irreconhecível", disse um agente.

A Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal de Niterói foi alertada sobre a situação das duas unidades.

"Esse problema já se arrasta há anos e é uma vergonha para a cidade que continue. As administrações municipais mudam e aquelas pessoas continuam abandonadas lá. Nem monstros mereceriam o tipo de tratamento. Já denunciei várias vezes na Câmara Municipal, mas nem prefeitura, nem a Justiça parecem se sensibilizar com essa situação", disse o vereador Renatinho (PSOL) – presidente da Comissão.

C

P

r

l

o

S

B

S

t

o

e

H

e

n

r

i

q

u

e

C

o

e

l

h

o

D

o

G

1

R

i

o

Notícias

30/05/2018 - 17:47

O retorno à lógica manicomial

Entidades criticam atual Política Nacional de Saúde Mental em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, dia 30 de maio



LUTA ANTIMANICOMIAL
O RETORNO À LÓGICA MANICOMIAL Conselho Federal de Psicologia

Aumento de leitos em hospitais psiquiátricos; redução de recursos para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); e falta de diálogo, enfim, o retorno à lógica manicomial. Esse foi o teor das principais declarações dos participantes da audiência pública realizada nesta quinta-feira (30), em Brasília, pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados.

O centro das críticas foi o discurso do representante da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), Rafael Donadon, sobre a justificativa para o aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos, em detrimento de um investimento maior nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Donadon, que substituiu, no debate, o coordenador de Saúde Mental do MS, Quirino Cordeiro Júnior, disse que no sistema carcerário brasileiro, há 61.500 pessoas com transtornos mentais e que o não incentivo ao aumento de leitos levam as pessoas com problemas mentais ao cárcere ou para a rua.

O presidente do Conselho Federal de Psicologia, Rogério Giannini, ao rebater a fala do representante do MSAúde, explicou que a lógica manicomial antiga era considerar o “louco” como perigoso no convívio social. Agora, segundo ele, a justificativa apresentada para se aumentar o número de leitos em hospitais psiquiátricos é de que se essas pessoas não são “internadas” ou elas vão parar na rua ou serão presas. “É impressionante usar um dado desses de maneira irresponsável.”

Pacto democrático – Giannini disse ainda que a atual Política Nacional de Saúde Mental é consequência do rompimento do pacto democrático, da Emenda Constitucional 95, que trata do teto dos gastos públicos, e da intolerância no discurso político. Ele defendeu a ampliação do número de Caps no território brasileiro.

A procuradora federal dos Direitos do Cidadão, Déborah Duprat, aponta que as portarias 3.588 e 3.593 do Ministério da Saúde, que versam sobre o aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos, contrariam a Constituição Federal, compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, as leis e a própria ética. Duprat criticou a falta de consulta sobre a

construção das normas. “Não adianta discutir. Quem tem que formular políticas são os usuários dos programas de saúde mental.”

Entidades – Lúcio Costa, perito do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), reforçou as críticas. Segundo ele, a política é incongruente e não se sustenta. Ao invés de corrigir, apenas intensifica a lógica manicomial. Costa disse que o que está em discussão é um projeto econômico, que visa o lucro, que aumentou em 60% o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Costa falou ainda que há interesses particulares prevalecendo sobre o público e citou a Prefeitura de Sorocaba (SP), que nomeou o dono do Hospital Vera Cruz como coordenador municipal da política de saúde mental.

O vice-presidente da Associação Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco), Paulo Amarante, denunciou interesses de entidades como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Criticou, também, a falta de diálogo na construção da Portaria 3.588. “Estamos vivendo cenário de desmonte da saúde e de toda democracia do pacto da Constituição de 1988, dos direitos sociais. A Portaria 3.588 foi aprovada a toque de caixa. É lamentável. Querem ganhar mais com medicamentos e internações.”

Andressa Ferrari, representante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) criticou a postura do Governo Federal em insistir na defesa da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos. Reforçou que as comunidades terapêuticas têm uma premissa manicomial, pois cerceiam a liberdade das pessoas.

Tiago Borges, integrante do Movimento Pro-Saúde Mental do Distrito Federal, disse que os usuários não estão tendo representação nem na coordenação nacional e nem do DF. Criticou o fato de, no último 18 de Maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o coordenador nacional da Política de Saúde Mental, Quirino Cordeiro Júnior, estar inaugurando mais leitos psiquiátricos. “Ele passou o 18 de maio dentro de um manicômio.

DESTAQUE

Política sobre drogas dará guinada rumo abstinência

Uso de narcóticos será combatido e dependentes orientados a tratamentos terapêuticos, decide Conselho



A maioria votou a favor da aprovação da proposta do ministro Osmar Terra

Foto: Isaac Amorim

Brasília, 1/3/18 – Com o voto de 16 dos 22 membros presentes, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) aprovou na manhã desta quinta-feira (01) a resolução apresentada pelo ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, segundo a qual a política pública sobre entorpecentes deve sofrer uma mudança profunda de direção. Segundo o texto, a partir de agora, a “orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a iniciativas de legalização de drogas”.

O Conad tem poder deliberativo. Ou seja, a nova resolução deve orientar as políticas públicas a respeito de drogas elaboradas pelo Governo Federal. Na prática, os grupos que defendem a busca da abstinência como principal objetivo ganham força sobre os grupos que defendem a prevalência da redução de danos nas políticas públicas sobre o tema.

Os defensores da abstinência argumentam que as drogas fazem mal ao ser humano e à sociedade. O uso, portanto, deve ser combatido aprioristicamente. Os dependentes, tratados com terapias de reabilitação.

Já o outro grupo, defensor das políticas de redução de danos, argumenta que o papel do Estado é conscientizar os usuários que não querem ou não podem parar de usar drogas, para que as usem com cuidado. Não é incomum que defensores da redução de danos se filiem também à ideia de descriminalização do uso de drogas, especialmente da maconha.

“A política de drogas que está em vigência hoje tem causado danos à sociedade”, discursou o ministro Osmar Terra, ao defender a aprovação da resolução. “Não existe exemplo no mundo de países que tenham liberado o uso de drogas e que tenha tido bons resultados”, completou.

Ouçã a [Íntegra do discurso do ministro](#) do Desenvolvimento Social, Osmar Terra

Leia a [Íntegra da Resolução Conad nº 1/2018](#)

* Texto base, ainda sem a incorporação dos destaques aprovados na reunião do Conad.

Médico neurologista e pesquisador da área, Terra esteve recentemente na Suécia para conhecer a política de abstinência implantada na década de 60. Antes disso, o uso de drogas era liberado naquele país. A orientação foi revista no sentido contrário. Lá, atualmente, não há distinção entre drogas leves ou pesadas. Usá-las é crime. Não há registro de crack e o percentual de dependentes é 83% menor do que no resto da Europa.

A nova orientação aprovada no Conad, segundo Osmar Terra, “é importante no momento em que a gente está se preparando para enfrentar a violência no Brasil”. “Nós estamos com a intervenção federal no Rio de Janeiro, a violência se propagando e acompanhando uma grande epidemia de drogas.”

Minoria

A aprovação da resolução se desenvolveu sob uma pequena polêmica. A conselheira Clarissa Guedes, representante do Conselho Federal de Psicologia, defensora da linha de redução de danos, declarou que não concordava com a votação e pediu vistas do processo.

Presidente do Conselho, o ministro da Justiça, Torquato Jardim, indeferiu o pedido, explicando que na reunião anterior, ocorrida em 1º de fevereiro, a proposta da resolução já fora retirada de pauta mediante um pedido coletivo de vista.

Naquele dia, o pedido foi feito originalmente pelo representante da União Nacional dos Estudantes (UNE), mas o ministro o estendeu a todos os demais membros, depois de outros três conselheiros também pedirem vista. Segundo o regimento interno do Conselho, cada membro só tem direito a um pedido de vista. E o parágrafo 3º do artigo 23 é taxativo: “As matérias retiradas de pauta por pedidos de vista serão automaticamente incluídas na pauta da reunião ordinária seguinte”.

Indeferido o pedido a realizada a votação, a conselheira Fabíola Leal, representante do Conselho Federal de Serviço Social, também adepta da linha de redução de danos, se retirou da plenária em protesto. Antes, ela havia apresentado um voto em separado, com três destaques. Um deles foi aprovado e dois, rejeitados.

PORTARIA SVS Nº 205, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2018.

PUBLICADA NO D.O Nº 230 DE 13/12/2018

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Ato da Subsecretária

PORTARIA SVS Nº 205, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2018.

DETERMINA INTERDIÇÃO TOTAL DE ESTABELECIMENTO NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

A SUBSECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e considerando::

As disposições do Artigo 10 da Lei nº 6.437 de 20/08/1977, publicada no D O U de 24/08/1977;

O Relatório de Inspeção elaborado pelo Setor Técnico da Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Serviço de Saúde, da Superintendência de Vigilância Sanitária desta Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES, após inspeção no estabelecimento CASA DE SAÚDE ALFREDO NEVES, CNPJ: 27.764.554/0001-11, situado na Rua Dr. Sardinha, nº 164 – Santa Rosa – Niterói – RJ, que constatou que o estabelecimento não possui estrutura física e condições técnicas operacionais adequadas para o funcionamento, contrariando a Resolução RDC nº 50 de 21/02/2002 ANVISA, configurando infração sanitária tipificada pelos incisos XXIX do artigo 10 da Lei nº 6437 de 20/08/1977;

O Termo de Interdição nº 03352, lavrado pelo Setor Técnico da Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Serviço de Saúde, da Superintendência de Vigilância Sanitária desta Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES, após inspeção no estabelecimento CASA DE SAÚDE ALFREDO NEVES, CNPJ: 27.764.554/0001-11, situado na Rua Dr. Sardinha, nº 164 – Santa Rosa – Niterói – RJ.

RESOLVE:

Art.1º - Determinar, como medida de interesse sanitário, a interdição total do estabelecimento CASA DE SAÚDE ALFREDO NEVES, CNPJ: 27.764.554/0001-11, situado na Rua Dr. Sardinha, nº 164 – Santa Rosa – Niterói – RJ.

Art.2º - O não cumprimento do disposto nesta Portaria configura infração de natureza sanitária com sanções previstas na Lei Federal nº 6437 de 20/08/1977.

Art.3º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a contar de 31 de agosto de 2018 e revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2018.

Claudia Maria Braga de Mello
Subsecretária de Vigilância em Saúde

ID nº 564046-6

Negligência: denunciados médicos e diretores de Casa de Saúde em Niterói

3/10/20, 8:25 AM

<https://mp-rj.jusbrasil.com.br/noticias/1596799/negligencia-denunciados-medicos-e-diretores-de-casa-de-saude-em-niteroi>

jusbrasil.com.br

10 de Março de 2020

Negligência: denunciados médicos e diretores de Casa de Saúde em Niterói

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro denunciou os médicos Jonas Wagman e Francisco Juvenal Furtado e Silva e os diretores Arídio Sérgio Martins e Vitor Henrique D'Elia Galhardo, responsáveis pela Casa de Saúde Alfredo Neves Ltda., em Niterói, por negligência e imperícia médica na avaliação e no tratamento clínico que levaram à morte um paciente que sofria de esquizofrenia paranóide. O caso ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2006. A denúncia foi distribuída, na sexta-feira (24/07), à 4ª Vara Criminal da Comarca de Niterói. O paciente, à época com 43 anos, havia sido internado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, também em Niterói, no dia 28 de outubro de 2006. Devido à falta de leitos, foi transferido, no mesmo dia, para a Casa de Saúde Alfredo Neves, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em virtude de agitação psicomotora, heteroagressividade e delírios persecutórios, o paciente recebeu tratamento médico. Durante os 13 dias de internação, no entanto, os denunciados não ofereceram, segundo o Promotor de Justiça Cláudio Calo Sousa, Titular da 4ª Promotoria de Investigação Penal da 2ª Central de Inquéritos (Niterói), avaliação e tratamento médico clínico adequados e preventivos ao doente. O descaso levou ao surgimento de escaras infectadas, inclusive com aspecto pútrido e odor fétido. O paciente apresentou, ainda, uma infecção respiratória, que evoluiu para uma pneumonia e, conseqüentemente, septicemia, culminando com uma parada cardiorrespiratória e com o óbito. Ao fim dos 13 dias de internação, o paciente foi transferido, já com quadro de sepse avançada - infecção grave causada pela penetração de bactérias em uma ferida ou no tecido orgânico, levando à formação de pus ou à disseminação pelo sangue -, para o Hospital Doutor Carlos Tortelly, onde faleceu. Na Casa de Saúde Alfredo Neves, deveriam ter adotado todas as cautelas e medidas administrativas necessárias para que no local houvesse condições normais de prestar tratamento médico e clínico, além de psiquiátrico, disse Cláudio Calo Sousa. Ainda de acordo com a denúncia, um dos denunciados chegou a admitir que a Casa de Saúde não tem estrutura para tratamento clínico. O Promotor de Justiça narra, na denúncia, que o irmão do paciente garantiu que ele estava em perfeito estado físico e que, por diversas vezes, durante as visitas, presenciou o interno todo urinado, aparentando que não havia tomado banho. Segundo as

investigações, o prontuário do paciente, ao dar entrada na Casa de Saúde, demonstrava que ele estava, de fato, sem lesões corporais. A apuração do caso contou com a participação do Dr. Sérgio da Cunha, médico perito do Grupo de Apoio Técnico e Especializado do MPRJ

Governo anuncia R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas que acolhem viciados em álcool e drogas

Objetivo é atender a 20 mil pessoas por ano, segundo o governo. Edital para contratação de comunidades terapêuticas foi publicado nesta quarta (25) no 'Diário Oficial'.

Por Ana Paula Andreolla, TV Globo — Brasília

O governo federal anunciou

nesta quarta-feira (25) a liberação de R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas que acolhem pessoas viciadas em álcool e em drogas. Segundo o governo, o objetivo é atender a 20 mil pessoas por ano.

Segundo o Ministério da Justiça, comunidades terapêuticas são entidades sem fins lucrativos que acolhem pessoas (em caráter voluntário) com "problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa".

O edital de contratação das comunidades terapêuticas foi lançado nesta quarta e publicado no "Diário oficial da União".

Caberá a uma comissão externa, formada pelos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social, visitar as unidades e fazer a análise qualitativa da estrutura e da equipe técnica.

A equipe deverá avaliar, por exemplo, as atividades de laborterapia, psicoterapia em grupo e individual, atividades pedagógicas, e também os resultados obtidos com pacientes que já passaram pelas comunidades terapêuticas inscritas.

Internação voluntária

Para receber o tratamento, a pessoa deverá se submeter a internação voluntária, ou seja, terá que concordar em ir para a comunidade terapêutica. Além disso, só deverá sair depois de receber alta.

Essa mesma regra valerá para pacientes com menos de 18 anos – mesmo que seja a vontade da família, não serão aceitas internações compulsórias.

As pessoas interessadas deverão buscar, primeiro, atendimento no Sistema Único de Saúde.

Lá, serão encaminhadas para as unidades de atendimento.

No ano passado, cerca de 12 mil pessoas foram atendidas pelas comunidades terapêuticas que já têm convênios com o governo. Cada pessoa ficou internada, em média, por quatro meses.

Recursos

Dos R\$ 87 milhões anunciados, R\$ 40 milhões são do orçamento do Ministério da Saúde; R\$ 37 milhões, do Ministério da Justiça; e R\$ 10 milhões, do Ministério do Desenvolvimento Social.

A comunidade terapêutica receberá R\$ 1.172,28 por adulto acolhido; R\$ 1.596,44, por adolescente; e R\$ 1.528,02, para mães viciadas acompanhadas de bebês que ainda tomam o leite materno.

Projeto de Holiday prevê internação para quem tem ‘propensão’ ao aborto

Para especialistas, a proposta é inconstitucional por aumentar a despesa orçamentária do município de São Paulo e tratar de questões religiosas

Por Giovanna Romano - 24 jun 2019, 17h17



O vereador **Fernando Holiday** (DEM-SP) protocolou um Projeto de Lei (PL) que dificulta a realização do aborto legal no município de São Paulo e permite a internação psiquiátrica

compulsória de mulheres grávidas caso seja contestado que a paciente tem “propensão ao abortamento ilegal”. Especialistas veem inconstitucionalidade no projeto, principalmente por aumentar a despesa do orçamento municipal.

O [PL 352/2019](#), apresentado na Câmara Municipal de São Paulo no fim de maio, também prevê o atendimento religioso para a gestante que se enquadre nos três casos de aborto legal — se a gravidez for proveniente de violência sexual, se o feto for anencéfalo ou se houver risco de vida à mulher. Caso a gestante seja atea ou agnóstica, ela será atendida por uma pessoa para tratar sobre as questões “bioéticas” do aborto.

Na [justificativa](#) apresentada, não há nenhum dado científico que comprove a efetividade das possíveis mudanças. Holiday afirma que é necessária “a valorização da vida” e, por isso, o texto “institui um atendimento psicológico integral à gestante e garante a vida do feto, com o objetivo de fazer valer o direito à vida previsto na Constituição Federal”. Ainda, o vereador aponta que a maior parte da população é contrária ao ato de abortar.

A advogada constitucionalista e professora da pós-graduação da Escola de Direito do Brasil (EDB) Paula Salgado considera o projeto inconstitucional por implicar em um aumento de despesa, que só poderia ser realizado pelo chefe do poder Executivo. Paula cita também que, em nenhum momento, Holiday comenta sobre a questão orçamentária, mesmo ficando implícito que novos cargos serão criados.

CONTINUA APÓS PUBLICIDADE

Além de aumentar o orçamento, Paula analisa que o projeto cria procedimentos desnecessários para uma Lei que já foi discutida no Supremo Tribunal Federal (STF). “Criar um procedimento tortuoso apenas no município de São Paulo fere a questão da federação. Há um direito que a mulher tem de abortar em alguns casos. Ela não está fazendo nada que é proibido. Como ele não pode mudar o código penal, ele cria obstáculos para tornar inviável a possibilidade de interromper a gravidez”, conclui.

A advogada Mônica Sapucaia Machado, autora das obras *Women’s Rights International* e especialista em compliance de gênero, também afirma que o projeto é inconstitucional porque aborda questões que não são municipais. “É uma legislação que coloca condições que não fazem parte das obrigações municipais. O município avançaria em prerrogativas da união e cria demandas de servidores públicos que não se explica de onde vai sair”.

A maior preocupação da advogada é a obrigatoriedade do atendimento religioso no município. “O Estado não tem padres, pastores, arcebispos, pajés, para prestarem este atendimento. Além do mais, religião não é uma questão de saúde, é uma questão privada”, critica Mônica. Ainda, a especialista diz que o Estado não pode impedir que as mulheres realizem o aborto nos três casos já previstos pela Lei.

Outros pontos

O projeto apresentado por Holiday — além de prever a internação psiquiátrica para quem tenham “propensão” ao aborto e atendimento religioso para as gestantes que se enquadrem na Lei de aborto — também coloca que o município só poderá realizar a interrupção da gravidez nos casos legais “mediante a apresentação de alvará expedido por autoridade judiciária”, mesmo o ato já estando previsto legalmente.

Antes de realizar o aborto, já com o alvará em mãos, a mulher será submetida a uma série de procedimentos para coibir o ato, tais como: “atendimento psicológico com vistas a dissuadi-la da ideia de realizar” o aborto, atendimento psicossocial, exame de imagem e som que demonstre a existência de órgãos vitais e demonstração das técnicas do abortamento, com explicação sobre os atos de “destruição, fatiamento e sucção do feto”.

Ministério Público de Contas pede inspeção em contrato do Estado com clínica que abriga pacientes psiquiátricos

Governo do RS contratou 120 vagas ao custo de R\$ 10 milhões em seis meses

A contratação do governo do RS de uma clínica privada para transferir 120 pacientes que eram atendidos em abrigos da Fundação de Proteção Especial (FPE) passará por inspeção. O pedido foi feito pelo Ministério Público de Contas ao Tribunal de Contas. Chamou a atenção do órgão o valor mensal de R\$ 13.950 por vaga na Clínica Libertad, totalizando mais de R\$ 10 milhões nos seis meses de contrato, realizado sem licitação.

As pessoas atendidas pela Fundação de Proteção Especial são adultos com deficiência ou transtornos mentais sem condições de serem mantidos por suas famílias. Segundo a FPE, o abrigo desses adultos ocorre de maneira historicamente irregular, por não ser a finalidade legal do órgão.

Conforme a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, responsável pela FPE, a contratação da clínica foi feita para cumprir um decisão judicial que condenou o Estado a abrir 60 vagas para adolescentes envolvidos em atos infracionais graves e 60 para os ameaçados de morte. A alternativa encontrada foi transferir essas pessoas para a clínica e, assim, abrir vagas nos abrigos públicos.

O questionamento do MPC é sobre o valor de contratação, que destoa dos demais orçamentos feitos pelo Estado. Três clínicas consultadas ofereceram valores mais baixos, sendo o menor de R\$ 3,2 mil por vaga. A Clínica Libertad foi escolhida

por ser a única capaz de fornecer 120 vagas imediatas, conforme o governo do RS. O executivo ainda acrescenta que antes da contratação, o preço por paciente era de R\$ 22 mil.

Questionada por GaúchaZH em outubro sobre a contratação da clínica, a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do RS afirmou que "não havia no mercado outra empresa adequada para atendimento imediato das nossas necessidades de abertura das 120 vagas" e que a inexigibilidade de licitação foi de acordo com parecer emitido pela Procuradoria-Geral do Estado (PGE).

A pasta ainda acrescentou que vai abrir uma licitação nos próximos meses para encaminhar uma solução permanente.

Confira nota emitida pela Secretaria

"A Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Rio Grande do Sul esclarece que o contrato foi de inexigibilidade de licitação, com duração de seis meses. Os orçamentos são compatíveis a clínicas de alta complexidade. A clínica Libertad foi a única que mostrou-se em condições de receber imediatamente um considerável número de adultos acolhidos na Fundação de Proteção Especial (FPE) e dar o atendimento de maneira satisfatória. Isso ocorreu porque a Justiça determinou que a FPE abrisse 120 vagas para jovens ameaçados de morte, egressos da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (Fase). A FPE, por lei, deve atender somente crianças e adolescentes, e não adultos. Estamos cumprindo a lei. Por orientação da diretoria técnica da FPE, optou-se por um local que acolhesse todos os adultos dos abrigos José Leandro de Souza Leite e Cônego de Nadal. A FPE entende não ser adequado separá-los em mais de um local, pois eles convivem juntos há muitos anos e isso é fundamental para o seu bem-estar. Enquanto o contrato de inexigibilidade está em vigor, estamos buscando uma solução definitiva junto a Porto Alegre, pois é de responsabilidade do município a acolhida e o atendimento dessas pessoas. Entendemos como absolutamente normal a inspeção do TCE e o pedido do MPC, e prontamente daremos todas as explicações necessárias aos órgãos competentes."

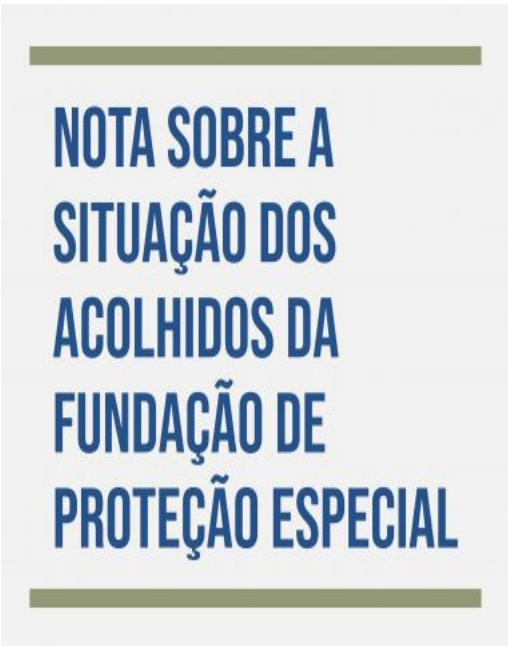
CRPRS manifesta-se acerca da situação dos acolhidos da Fundação de Proteção Especial na Clínica Libertad

O Conselho Regional de Psicologia do RS (CRPRS) vem a público se manifestar acerca do que se compreende como uma situação de violação de direitos de Pessoas com Deficiência, até então residentes de abrigos da Fundação de Proteção Especial do Estado do RS (FPE), atualmente acolhidas em um espaço mantido pela Clínica Libertad, empresa privada contratada pelo Governo do Estado do RS.

O CRPRS realizou, em 05/10, visita técnica nas instalações da Clínica Libertad, e evidenciou a ausência de um projeto técnico qualificado que sustente as intervenções necessárias para atender as necessidades de sujeitos com graves transtornos de desenvolvimento (possivelmente acometidos de um sofrimento psíquico mobilizado pela brusca ruptura com seu ambiente e rotina). Pode-se afirmar que a estrutura da Clínica Libertad não corresponde nem à Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS para atendimento de jovens e adultos com deficiência em Residência Inclusiva, tampouco aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS. O serviço oferecido pela Clínica se configura como internação psiquiátrica de enquadre característico do modelo manicomial, que gera exclusão social e aniquilamento da subjetividade.

Em lugar desse modelo, faz-se necessário que o espaço de moradia das pessoas acolhidas seja constituído como uma casa e que esteja interligado com os equipamentos comunitários de Saúde, Assistência Social e Educação territorialmente circunscritos. Além disso, o espaço deve ser voltado para a inserção social e comunitária e gerido por profissionais capacitados tecnicamente, com perfil e experiência para esse serviço, conforme dispõe a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, e preservada a manutenção dos vínculos afetivos e de cuidado, essenciais para a subjetividade dos acolhidos.

Nesse sentido, a fim de cumprir a Convenção Interamericana dos Direitos das Pessoas com Deficiência no que tange à evitação de segregação e ao dever do Estado de prevenir a ocorrência de quaisquer formas de violência; considerando a defesa dos direitos humanos e a vedação à convivência com violações de direito como pilares éticos da Psicologia; e pela necessidade de assegurarmos as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, entre elas a superação de instituições de caráter asilar, o CRPRS está, em articulação com a Frente em Defesa do SUAS e da Seguridade Social, solicitando a atuação das autoridades para a necessária e urgente reconfiguração do atual cenário em que estão expostos os sujeitos transferidos de abrigos da FPE para essa clínica psiquiátrica.



**NOTA SOBRE A
SITUAÇÃO DOS
ACOLHIDOS DA
FUNDAÇÃO DE
PROTEÇÃO ESPECIAL**

Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas

Vilma Reis



A Associação Brasileira de Saúde Coletiva avalia a [Nota Técnica nº 11/2019](#) da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS, recentemente divulgada.

As nossas observações sobre a Nota Técnica independem dela ter sido retirada de circulação sob o comando do Ministro da Saúde, conforme informações mais recentes. Avaliamos que, se ela não se mantém, deve-se à enorme pressão social e do movimento organizado do campo da saúde mental, que tem se manifestado amplamente em repúdio às suas determinações. No entanto, as mudanças legais e os argumentos que justificam essas mudanças, presentes nessa Nota Técnica, continuam relevantes, já que essas novas portarias não foram revogadas, e elas indicam uma orientação que vai na contramão do que foi preconizado e construído ao longo de, pelo menos, três décadas de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em primeiro lugar, não se trata de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contra-Reforma Psiquiátrica, ou seja um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas.

Diferentemente do que é apresentado no documento, os “hospitais modernos” que podem conviver com os serviços comunitários, presentes nos modelos mistos, trazidos por autores como Thornicroft e Tansella (2002), aliás citados de modo indevido na Nota Técnica, não são os hospitais monovalentes de grande porte e isolados, como aqueles ainda existentes no Brasil e que querem ser mantidos pelo Ministério da Saúde, mas “serviços que oferecem tratamento para pacientes agudos internados, sempre em unidades de hospitais gerais (cuidado baseado em hospitais modernos)” (p. 84, nossa tradução).

Prova dessa tendência ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, tanto no Reino Unido quanto em muitos outros países que avançaram na Reforma Psiquiátrica, é que “dos 130 hospitais presentes na Inglaterra e no País de Gales em 1995, apenas 14 permanecem abertos” (ANTUN, 2002). O que está em questão, mesmo quando se fala em internação (e essa possibilidade nunca foi negada pela Reforma Psiquiátrica), é a defesa de serviços que sejam próximos às pessoas que precisam de cuidados e das suas famílias, para manter os tratamentos territorializados, sem o risco de segregação, tão nociva e cronificadora nos casos de pessoas com transtorno mental e uso problemático de substâncias psicoativas.

Ora, a RAPS da Portaria 3.088 de 2011 já previa a existência desses leitos em hospitais gerais, como também os leitos de acolhimento noturno em CAPS III e CAPS ad III. Então por que essa falácia da nota técnica quando fala em “ofertar uma variedade de cuidados”? A RAPS da Reforma Psiquiátrica Brasileira já é a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde; a diferença é que ela, propositadamente, deixava de lado instituições manicomiais e estimulava o tratamento no território habitado pelas pessoas em sofrimento mental e suas famílias e onde existem as suas redes de apoio e de sociabilidade, ainda que às vezes precárias, além da rede de serviços intersetoriais fundamentais à sua recuperação e vida digna (escola, trabalho, moradia, saúde geral, lazer, etc.).

Essa territorialidade, totalmente ausente na “nova” política (nem uma só linha a respeito), é fundamental, por uma simples razão: só assim é possível reabilitar e ressocializar pessoas, ou, eventualmente, impedi-las de serem dessocializadas, estigmatizadas ou excluídas.

Muito do arsenal retórico e ideológico subsequente, presente nessa Nota Técnica, especialmente aquele que se quer “novo”, segue uma mesma lógica que, ao falar reiteradamente de evidências científicas, parece querer traduzir-se exclusivamente por evidências biomédicas (negando o conhecimento de um conjunto de profissões que atuam na área). E essas requeridas evidências científicas ainda assim se mostram, muitas vezes, frágeis.

Exemplar e emblemática é, nesse sentido, a propaganda feita no documento em defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), comumente chamada de eletrochoque. Longe de ser uma técnica absolutamente segura e incontroversa na sua aplicação contemporânea, o ECT, assim como psicocirurgias mais recentes, é objeto de um debate científico, bioético e judicial acirrado em relação a sua eficácia clínica e potencial iatrogênico (READ ET AL, 2019; BREGGIN, 2008). O risco de uma banalização de seu uso, além dos casos extremamente resistentes de depressão, é considerável. Isso sem falar no simbolismo da sua prática violenta e punitiva que assombra tantas pessoas que foram vítimas de seu uso abusivo.

O raciocínio reducionista do documento permanece quando parece negar (não se sabe o quão voluntariamente) que muitos dos transtornos considerados comuns na psiquiatria, e aqueles que têm crescido em incidência, ao modo do suicídio e suas tentativas, traduzem um mal-estar severo na sociedade, reflexo, cada vez mais intenso, das políticas de austeridade, falta de oportunidades de trabalho, baixa qualidade de vida, múltiplas intolerâncias e violências, inclusive traumas associados a acidentes totalmente preveníveis (como os que encontramos em Mariana e Brumadinho, só para falar dos mais graves, recentemente), perda de esperança, entre tantos outros.

Não se resolvem essas dores com serviços ambulatoriais especializados, especialmente se esses se tornarem reféns das indústrias farmacêuticas, exorbitando, como tantos estudos têm revelado, o uso indevido de psicofármacos, notadamente antipsicóticos (HARROW & JOBE, 2013; HARDING, 1990) e antidepressivos (GOLDSMITH & MONCRIEFF, 2011), na medicalização dos problemas da vida, especialmente em países que vivem crises socioeconômicas e políticas. Para esses males, é preciso escuta sensível de sujeitos que sofrem, cuidado integral, serviços abertos aos usuários, suas famílias, à comunidade e a seus problemas agudos e crônicos e, sobretudo, mudanças estruturais em uma sociedade cada vez mais desigual e intolerante.

Esse conjunto de medidas só é possível de ser efetivado se orientado por um pensamento complexo e por modelos culturalmente sensíveis às particularidades e regionalidades do nosso país e socialmente equitativos. Pessoas que vivem experiências de sofrimento mental, mais ou menos graves, mais ou menos intensos, precisam ter suas necessidades sociais e de saúde escutadas.

Neste sentido, a crítica à nota técnica se apresenta como convite a uma reflexão ampliada onde a política de saúde mental é compreendida por um conjunto de ações forjadas em dimensões plurais. Ela aponta para uma compreensão do cuidado em saúde mental e as políticas que o garantam, como uma gama de intervenções cujo pressuposto norteador é a construção da cidadania de sujeitos historicamente excluídos, cerceados de sua voz. Cidadania que pressupõe liberdade em contraposição a exclusão, acolhimento em contraposição a protocolos padronizados e, principalmente, construção coletiva através do debate amplo com a sociedade e seus atores.

A política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, preconizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pela lei nacional 10.216/01, foi uma conquista deste processo. Podemos afirmar que o desenho de sua rede territorial pressupõe

ser substitutiva sim. Substitutiva aos dispositivos que, por séculos, foram utilizados para esconder a miséria, a pobreza e o descaso do poder público sob a égide de uma forma de ciência corporativa e mercantil.

A desinstitucionalização é um processo árduo que exige, sim, a destruição das clausuras, dos desejos de manicômio e das sanhas de lucro com o sofrimento alheio. Desinstitucionalizar é reintegrar pessoas que, por violência histórica, passaram a morar nos manicômios longos anos da sua vida, mas é também impedir reinternações repetidas. Desinstitucionalizar é, sobretudo e ainda, acabar com espaços que estimulem e favoreçam a institucionalização.

Política Nacional sobre Drogas

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas na atualidade é uma preocupação mundial. Entre 2000 e 2015, houve um crescimento de 60% no número de mortes causadas diretamente pelo uso de drogas ^[1], sendo este dado o recorte de apenas uma das consequências do problema. Tal condição extrapola as questões individuais e se constitui como um grave problema de saúde pública, com reflexos nos diversos segmentos da sociedade. Os serviços de segurança pública, educação, saúde, sistema de justiça, assistência social, dentre outros, e os espaços familiares e sociais são repetidamente afetados, direta ou indiretamente, pelos reflexos e pelas consequências do uso das drogas.

Independentemente das questões de gênero, idade, espaço geográfico ou classe social, ainda que essas especificidades tenham implicações distintas, o uso de drogas se expandiu consideravelmente nos últimos anos e exige reiteradas ações concretas do Poder Público, por meio da elaboração de estratégias efetivas para dar respostas neste contexto. Tais ações necessitam ser realizadas de forma articulada e cooperada, envolvendo o governo e a sociedade civil, alcançando as esferas de prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, ações de combate ao tráfico e ao crime organizado, e ampliação da segurança pública.

A proposta de atenção a tal problemática requer, necessariamente, o reconhecimento do contexto de que nos últimos anos, em nível nacional e internacional, é possível identificar o aumento dos mercados de drogas ilícitas ^[2] e é necessário considerar todas as suas implicações quanto ao monitoramento de fronteiras, à segurança pública e à repressão ao tráfico de drogas.

Dentre as drogas ilícitas, a maconha, em nível mundial, é a droga de maior consumo. No Brasil, a maconha é a substância ilícita de maior consumo entre a população. Em pesquisa nacional de levantamento domiciliar, realizada no ano de 2012, 6,8% da população adulta e 4,3% da população adolescente declararam já ter feito uso dessa substância, ao menos, uma vez na vida. Já o uso de maconha, nos últimos 12 meses, é de 2,5% na população adulta e 3,4% entre adolescentes, sendo que, 62% deste público indica a experimentação antes dos 18 anos. Ademais, o uso de maconha, especialmente no público adolescente, gera preocupação em decorrência das consequências nocivas do seu uso crônico, tais como maiores dificuldades de concentração, aprendizagem e memória, sintomas de depressão e ansiedade, diminuição da motivação, sintomas psicóticos, esquizofrenia, entre outros prejuízos.

Com relação à cocaína foi identificado o uso, ao menos uma vez na vida, por 3,8% entre adultos e 2,3% entre adolescentes, e no que tange aos últimos 12 meses, 1,7% da população adulta e 1,6% da população adolescente referem ter feito uso. Destaca-se que a experimentação da cocaína, em 62% das situações, ocorreu antes dos 18 anos. O uso de crack, na vida, foi apontado por 1,3% dos adultos e 0,8% dos adolescentes. O uso nos últimos 12 meses foi verificado em 0,7% da população adulta e 0,1% dos adolescentes. É necessário compreender a limitação de tal pesquisa, por ser uma amostra domiciliar, que não considera a população em situação de rua, sendo que tal grupo possui suas especificidades, com uma tendência de maior de consumo de tais substâncias.

No que tange ao uso de drogas lícitas, em nível mundial, o uso de tabaco é considerado um dos fatores mais determinantes na carga global de doenças. Com seu uso muito vinculado às questões culturais, além dos prejuízos ao usuário, o tabaco acarreta complicações àqueles expostos à sua fumaça, denominados fumantes passivos. No Brasil, do ano de 2006 para 2012, houve uma redução de 3,9% na prevalência de fumantes. A diminuição do uso do tabaco nos últimos anos é representativa e pode se vincular à implementação de ações direcionadas à prevenção, tais como as limitações nas veiculações de ações publicitárias. Entretanto, a experimentação e o uso regular iniciam-se ainda na adolescência, o que indica maior necessidade de ações voltadas para esse público, bem como ampliação no controle sobre a comercialização do tabaco entre adolescentes. Ao mesmo tempo que se registra uma diminuição no uso de

cigarro, observa-se o uso crescente de seus similares, como o narguilé, especialmente entre adolescentes e jovens. Entidades atuantes na área da prevenção do uso de drogas relatam o crescente uso dos derivados do tabaco entre os adolescentes e jovens, fato que ainda carece de estatísticas oficiais em nível nacional, bem como ampliação de estudos científicos. Ações de **marketing**, que promovem produtos como narguilé, e induzem a conceitos errôneos acerca deste produto, podem vir a induzir o aumento do uso dessas substâncias vendidas sem qualquer descrição dos seus efeitos maléficos à saúde ^{[3][4]}, visto que ações de regulação de sua comercialização ainda são incipientes. Neste sentido, dados os prejuízos à saúde, sociais e econômicos, decorrentes do tabaco e de seus derivados, estes produtos ^[5], em sua comercialização, devem ter as mesmas diretrizes de advertência que o cigarro já tem.

Com relação a outra droga lícita, a experimentação do álcool, tem iniciado cada vez mais cedo. No ano de 2006, 13% dos entrevistados tinham experimentado bebidas alcoólicas com idade inferior a 15 anos. Esse percentual subiu para 22% em 2012. Esses dados são ainda mais preocupantes no público feminino, visto o aumento do uso de maneira mais precoce entre as mulheres ^[6]. Desenvolver estratégias voltadas para o público mais jovem é de fundamental relevância, considerando que os efeitos negativos do uso sobre este grupo etário são maiores quando comparados a grupos mais velhos, sendo a adolescência um período crítico e de risco para o início do uso ^[7]. De forma associada a esse quadro é necessário também refletir sobre o fato de que há comorbidades associadas como, por exemplo, a depressão, que se apresenta com maior prevalência entre abusadores de álcool. Identificou-se que 5% da população brasileira já realizou alguma tentativa de suicídio, destas 24% associadas ao consumo de álcool, o que remete à necessidade de atuar diretamente sobre tal realidade ^[8].

Entretanto, ainda se faz necessário o olhar atento para outros grupos etários. As mortes causadas em decorrência direta do uso de drogas entre a população com mais de 50 anos, nos anos 2000, representava 27% e aumentou para 39% ^[9] em 2015, o que indica a necessidade do olhar e de ações estratégicas para os distintos grupos.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (2018) ^[10], o álcool foi o 7º fator de risco no mundo para anos de vida perdidos e o 1º para o indicador chamado DALY (**Disability-Adjusted Life Year**), que seria a soma dos anos potenciais de vida perdidos, devido à mortalidade prematura e os anos de vida produtiva perdidos devido à deficiência.

Dar respostas efetivas e concretas a estes contextos é de fundamental relevância visto que a população brasileira, em quase sua totalidade, posiciona-se favorável à oferta de propostas de tratamentos gratuitos para o uso de álcool e outras drogas, além da ampliação das já existentes, bem como ao aumento da fiscalização sobre o comércio, tanto de drogas lícitas como ilícitas ^[11].

É evidente com as informações trazidas em relação ao consumo de drogas, lícitas e ilícitas e seu contexto social, que há necessidade de atualizar a legislação da política pública sobre drogas, considerada a dinamicidade deste problema de ordem social, econômica e principalmente de saúde pública.

2. PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

2.1. Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas.

2.2. A orientação central da Política Nacional sobre Drogas considera aspectos legais, culturais e científicos, especialmente, a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas.

2.3. Reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas e tratá-los de forma diferenciada, considerada a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação de apreensão, as circunstâncias sociais e pessoais e a conduta e os

antecedentes do agente, considerados obrigatoriamente em conjunto pelos agentes públicos incumbidos dessa tarefa, de acordo com a legislação.

2.4. O plantio, o cultivo, a importação e a exportação, não autorizados pela União, de plantas de drogas ilícitas, tais como a **cannabis**, não serão admitidos no território nacional.

2.5. Tratar sem discriminação as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

2.6. Conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso de drogas ilícitas financia atividades e organizações criminosas, cuja principal fonte de recursos financeiros é o narcotráfico.

2.7. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, com tratamento, acolhimento, acompanhamento e outros serviços, às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas.

2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas.

2.9. Buscar o equilíbrio entre as diversas diretrizes, que compõem de forma intersistêmica a Política Nacional sobre Drogas e a Política Nacional sobre o Álcool, nas diversas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em:

a) ações de redução da demanda, incluídas as ações de prevenção, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda e reinserção social;

b) ações de gestão da política, incluídas as ações de estudo, pesquisa, avaliação, formação e capacitação; e

c) ações de redução da oferta, incluídas as ações de segurança pública, defesa, inteligência, regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem ou sejam resultados dessas atividades criminosas.

2.10. Buscar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, pública e privada, por meio da participação de fóruns sobre o tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas e do estreitamento das relações de colaboração técnica, científica, tecnológica e financeira multilateral, respeitada a soberania nacional.

2.11. Reconhecer a corrupção, a lavagem de dinheiro e o crime organizado vinculado ao narcotráfico como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações de redução da oferta de drogas.

2.12. Reconhecer a necessidade de elaboração de planos que permitam a realização de ações coordenadas dos órgãos vinculados à redução da oferta de drogas ilícitas, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de tais drogas.

2.13. Reconhecer a necessidade de elaboração de planos que permitam a realização de ações coordenadas dos órgãos públicos e das organizações da sociedade civil vinculados à redução da demanda por drogas.

2.14. Reconhecer a necessidade de promoção e fomento dos fatores de proteção ao uso, ao uso indevido e à dependência do álcool e de outras drogas.

2.15. Reconhecer o vínculo familiar, a espiritualidade, os esportes, entre outros, como fatores de proteção ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco, do álcool e de outras drogas, observada a laicidade do Estado.

2.16. Reconhecer a necessidade de desenvolvimento de habilidades para a vida, como forma de proteção ao uso, ao uso indevido e à dependência do álcool e outras drogas.

2.17. Reconhecer a necessidade de conscientização do indivíduo e da sociedade em relação aos fatores de risco, com ações efetivas de mitigação desses riscos, em nível individual e coletivo.

2.18. Reconhecer que a assistência, a prevenção, o cuidado, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social e outros serviços e ações na área do uso, do uso indevido e da dependência de drogas lícitas e ilícitas precisam alcançar a população brasileira, especialmente sua parcela mais vulnerável.

2.19. Reconhecer que é necessário tratar as causas e os fatores do uso, do uso indevido e da dependência do álcool e de outras drogas, além de promover assistência aos afetados pelos problemas deles decorrentes.

2.20. Reconhecer a necessidade de tratar o tabagismo, o uso de álcool e de outras drogas também como um problema concernente à infância, à adolescência e à juventude, de modo a evitar o início do uso, além da assistência àqueles em uso dessas substâncias.

2.21. Reconhecer a necessidade de novas formas de abordagem e cuidados e do uso de tecnologias, ferramentas, serviços e ações digitais inovadoras.

2.22. Reconhecer a necessidade de alcançar o indivíduo e a sociedade, inclusive em formas e locais hoje inalcançados e buscar novos meios de lhes proporcionar informação, cuidado e assistência.

2.23. Reconhecer a importância do desenvolvimento, do fomento e do apoio a serviços e ações à distância, de modo a tornar a política sobre drogas lícitas e ilícitas alcançável a todos, inclusive com possibilidade de menor custo para o Poder Público.

2.24. Reconhecer a necessidade de se fazer cumprir as leis e as normas sobre drogas lícitas e ilícitas, desenvolver novas ações e regulamentações, especialmente aquelas relacionadas à proteção da vida, da saúde, da criança, do adolescente e do jovem, inclusive quanto à publicidade de drogas lícitas e à fiscalização da sua venda, publicidade e consumo.

2.25. Reconhecer a necessidade de políticas tributárias que disciplinem o consumo, o contrabando e o descaminho de drogas lícitas.

2.26. Reconhecer a necessidade de impor restrições de disponibilidade de drogas lícitas e ilícitas.

2.27. Reconhecer a necessidade de capacitação e formação da rede relacionada à Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Álcool, nos âmbitos público e privado.

2.28. Reconhecer a necessidade de estudos, pesquisas e avaliações das ações, dos serviços, dos programas e das atividades no âmbito da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Álcool, nos âmbitos público e privado.

2.29. Reconhecer a necessidade de manter programas de monitoramento para detecção e avaliação de novas drogas, sintéticas ou não, sua composição, efeitos, danos e populações-alvo, a fim de delinear ações de prevenção, tratamento e repressão da oferta.

2.30. Buscar garantir, por meio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação das políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública nos campos relacionados ao tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas, com uso de estudos técnicos e outros conhecimentos produzidos pela comunidade científica.

2.31. Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade e buscar a efetividade e a sinergia no resultado das

ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a eles relacionados e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso de drogas lícitas.

2.32. Buscar constantemente o aperfeiçoamento, a eficiência, a eficácia, a efetividade e a transparência para os programas, os projetos, as ações e as iniciativas da Política Nacional sobre Drogas, em especial pela mensuração científica e administrativa de seus processos, resultados e impactos na sociedade.

2.33. Incentivar, orientar e propor o aperfeiçoamento da legislação para garantir a implementação e a fiscalização das ações decorrentes desta política.

2.34. Reconhecer o uso das drogas lícitas como fator importante na indução da dependência, e que por esse motivo, deve ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, à comercialização e à acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças, adolescentes e jovens.

2.35. Assegurar, por meio de medidas administrativas, legislativas e jurídicas, o cumprimento do disposto nos

art. 3º, art. 6º, art. 79, art. 81 e art. 243 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente e na Convenção sobre os Direitos da Criança, da Assembleia Geral das Nações Unidas, promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, especialmente no art. 17, quanto ao direito de proteção da criança e do adolescente, inclusive nos meios de comunicação, zelando para que a criança, o adolescente e o jovem tenham acesso a informações e materiais que visem promover seu bem-estar social, espiritual e moral e sua saúde física e mental, promovendo a elaboração de diretrizes apropriadas a fim de proteger a criança, o adolescente e o jovem contra informação e material prejudiciais ao seu bem-estar, especialmente sobre drogas lícitas ou ilícitas.

2.36. Buscar assegurar à Pnad o caráter de Política de Estado e garantir de forma contínua, recursos orçamentários, humanos, administrativos, científicos e de governança para o desenvolvimento de suas ações.

2.37. Buscar a atuação conjunta e integrada entre órgãos federais, estaduais, municipais e distritais.

3. OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

3.1. Conscientizar e proteger a sociedade brasileira dos prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública representados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas.

3.2. Conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso, o uso indevido e a dependência de drogas ilícitas financia as organizações criminosas e suas atividades, que têm o narcotráfico como principal fonte de recursos financeiros.

3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade.

3.4. Buscar equilíbrio entre as diversas frentes que compõem de forma intersistêmica a Pnad, nas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em políticas públicas de redução da demanda (prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social) e redução de oferta (ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da

recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda).

3.4.1. Cabe ao Poder Público incentivar e fomentar estudos, pesquisas e avaliações das políticas públicas e a formação de profissionais que atuam na área.

3.5. Considerar nas políticas públicas em geral as causas e os fatores relacionados ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas e garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas.

3.6. Promover e apoiar novas formas de abordagens e cuidados e o uso de tecnologias, ferramentas, serviços e ações digitais e inovadoras, que inclusive proporcionem redução de custos para o Poder Público.

3.7. Cumprir e fazer cumprir as leis e as normas sobre drogas lícitas e ilícitas, implementar as ações delas decorrentes e desenvolver ações e regulamentações, especialmente aquelas relacionadas à proteção da vida, da saúde, da criança, do adolescente e do jovem, inclusive quanto à publicidade de drogas lícitas, à fiscalização da venda, da publicidade, do consumo e de restrições a sua disponibilidade.

3.8. Impor e fazer cumprir restrições de disponibilidade de drogas lícitas e ilícitas.

3.9. Propor, manter, alterar e fazer cumprir políticas tributárias a fim de inibir o consumo, o tráfico e o descaminho de drogas lícitas.

3.10. Promover, criar estímulos e condições, e apoiar iniciativas de capacitação e formação da rede da Pnad e da Política Nacional sobre o Álcool, nos âmbitos público e privado.

3.11. Promover, criar estímulos e condições, e apoiar iniciativas de estudos, pesquisas e avaliações das ações, dos serviços, dos programas e das atividades no âmbito da Pnad e da Política Nacional sobre o Álcool, nos âmbitos público e privado.

3.12. Assegurar, por meio de medidas administrativas, legislativas e jurídicas, o cumprimento disposto nos

art. 3º, art. 6º, art. 79, art. 81 e art. 243 da Lei nº 8.069, de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente e na Convenção sobre os Direitos da Criança, da Assembleia Geral das Nações Unidas, promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 1990, especialmente no art. 17, quanto ao direito de proteção da criança e do adolescente, inclusive nos meios de comunicação, zelando para que a criança, o adolescente e o jovem tenham acesso a informações e materiais que visem promover seu bem-estar social, espiritual e moral e sua saúde física e mental, promovendo a elaboração de diretrizes apropriadas a fim de proteger a criança, o adolescente e o jovem contra informação e material prejudiciais ao seu bem-estar, especialmente das drogas lícitas ou ilícitas.

3.13. Assegurar políticas públicas para redução da oferta de drogas, por meio de atuação coordenada, cooperativa e colaborativa dos integrantes do Sistema Único de Segurança Pública - Susp e de outros órgãos responsáveis pela persecução criminal nos entes federativos, incluída a realização de ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e pelo tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.

3.14. Educar, informar, capacitar e formar pessoas, em todos os segmentos sociais, para a ação efetiva e eficaz nas reduções de oferta e demanda, com base em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à realidade nacional, apoiando e fomentando serviços e instituições, públicas ou privadas atuantes na área da capacitação e educação continuada relacionadas ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas.

3.15. Conhecer, sistematizar, divulgar e apoiar iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.

- 3.16. Regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em comunidade terapêutica, a assistência e o cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersectorialidade e a transversalidade das ações.
- 3.16.1. Nesse processo, será considerada a multifatorialidade das causas do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas.
- 3.17. Reduzir as consequências negativas sociais, econômicas e de saúde, individuais e coletivas, decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência de drogas lícitas e ilícitas.
- 3.18. Promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas.
- 3.19. Difundir o conhecimento sobre os crimes, os delitos e as infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, a fim de prevenir e coibir sua prática, por meio da implementação e da efetivação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- 3.20. Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, no território nacional, com ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas e ao crime organizado vinculado ao narcotráfico.
- 3.21. Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo da atividade ilegal que diz respeito ao tráfico de drogas.
- 3.22. Manter e atualizar continuamente o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID para fundamentar o desenvolvimento de programas e de intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda e reinserção social), redução de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e observados os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.
- 3.23. Garantir eficiência, eficácia, cientificidade e rigor metodológico às atividades de redução de demanda e de oferta, por meio da promoção, de forma sistemática, de levantamentos, pesquisas e avaliações a serem realizados preferencialmente por órgãos de referência na comunidade científica e de órgãos que sejam formalmente reconhecidos como centros de excelência ou de referência nas áreas de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, prevenção, capacitação e formação, público ou de organizações da sociedade civil sem fins lucrativos.
- 3.24. Garantir a realização de estudos e pesquisas com vistas à inovação de métodos e programas de redução de demanda e de oferta.
- 3.25. Garantir a harmonia da Pnad com outras políticas públicas vinculadas ao tema, tais como, a Política Nacional de Controle do Tabaco, a Política Nacional de Álcool, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social.
- 3.26. Quanto à Política Nacional de Controle do Tabaco, deverão ser tomadas as medidas administrativas, jurídicas e legislativas necessárias para que as restrições hoje existentes para os produtos do tabaco em geral, inclusive quanto às advertências e imagens de impacto dos malefícios causados pelo tabaco e seus derivados sejam aplicadas e cumpridas em relação a seus derivados, incluído o narguilé, com rigorosa fiscalização para aplicação das leis e das normas estabelecidas, especialmente quanto à proteção da criança, do adolescente e do jovem contra a informação e o material prejudicial ao seu bem-estar e à sua saúde.
- 3.27. Garantir o caráter intersistêmico, intersectorial, interdisciplinar e transversal do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas - Sisnad, por meio de sua articulação com outros sistemas de políticas públicas, tais

como o Sistema Único de Saúde - SUS, o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, o Sistema Único de Segurança Pública - Susp, entre outros.

3.28. Garantir recursos orçamentários para o Fundo Nacional Antidrogas - Funad e para outros órgãos componentes do Sisnad, para implementação da Pnad, com utilização dos recursos decorrentes de apreensão e do perdimento, em favor da União, de bens, de direitos e de valores objetos de tráfico ilícito de drogas e outros recursos destinados ao Funad.

3.29. Atuar de forma conjunta e integrada entre órgãos federais, estaduais, municipais e distritais.

3.30. Propor e manter normas severas para os causadores de acidentes de trânsito ou do trabalho decorrentes do uso de drogas lícitas ou ilícitas.

4. PREVENÇÃO

4.1. Orientação geral

4.1.1. A efetiva prevenção ao uso de tabaco e seus derivados, de álcool e de outras drogas é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos da administração pública federal, estadual, distrital e municipal, fundamentada na filosofia da responsabilidade compartilhada, com a construção de redes que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde da população, da promoção de habilidades sociais e para a vida, o fortalecimento de vínculos interpessoais, a promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e de seus derivados, do álcool e de outras drogas e da conscientização e proteção dos fatores de risco.

4.1.2. A execução da Pnad, no campo da prevenção, deve ser realizada nos níveis federal, estadual, distrital e municipal, com o apoio dos conselhos nacional, estaduais, distrital e municipais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e com a priorização das comunidades mais vulneráveis, identificadas por diagnósticos que considerem estudos técnicos, indicadores sociais e literatura científica.

4.1.2.1. Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal devem ser incentivados pelo Governo federal a instituir, fortalecer e divulgar os seus conselhos sobre drogas.

4.1.3. As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica, à formação e fortalecimento de vínculos familiares, sociais e interpessoais, à promoção de habilidades sociais e para a vida, da espiritualidade, à valorização das relações familiares e à promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, considerados os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.

4.1.4. As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, ao incentivo da educação para a vida saudável e à qualidade de vida, ao fortalecimento dos mecanismos de proteção do indivíduo, ao acesso aos bens culturais, à prática de esportes, ao lazer, ao desenvolvimento da espiritualidade, à promoção e manutenção da abstinência, ao acesso ao conhecimento sobre drogas com embasamento científico, considerada a participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação das ações.

4.1.5. As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e baseadas em evidências científicas, consideradas as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade de determinados grupos sociais, incluído o uso de tecnologias e ferramentas digitais inovadoras.

4.1.6. As políticas e as ações de prevenção devem estimular a regulação do horário e de locais de venda de drogas lícitas e a tributação de preços como fatores inibidores de consumo, além da restrição da publicidade de tais drogas.

4.1.7. Deve ser assegurado, por meio de medidas administrativas, legislativas e jurídicas, o cumprimento do disposto nos

art. 3º, art. 6º, art. 79, art. 81 e art. 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente e na Convenção sobre os Direitos da Criança, da Assembleia Geral das Nações Unidas, promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 1990, especialmente no art. 17, quanto ao direito de proteção da criança e do adolescente, inclusive nos meios de comunicação, zelar para que a criança, o adolescente e o jovem tenham acesso a informações e materiais que visem promover seu bem-estar social, espiritual e moral e sua saúde física e mental e promover a elaboração de diretrizes apropriadas a fim de proteger crianças, adolescentes e jovens contra informação e material prejudiciais ao seu bem-estar, especialmente sobre drogas lícitas e ilícitas.

4.1.8. O tabagismo, o uso de álcool e de outras drogas devem ser tratados como um problema concernente à infância, à adolescência e à juventude, de modo a evitar o início do uso, além de garantir o tratamento, a assistência e o cuidado àqueles já em uso dessas substâncias.

4.2. Diretrizes

4.2.1. Garantir aos pais ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada sem fins lucrativos, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros federais, estaduais, distritais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada direta, ou por meio de instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos, sobre prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, com vistas ao engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada, inclusive com a utilização de plataformas online, à distância e a formalização de parcerias no âmbito do Poder Público e com as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos.

4.2.2. Dirigir ações de educação preventiva, inclusive em parcerias públicas ou com entidades privadas sem fins lucrativos, de forma continuada, com foco no indivíduo e em seu contexto sociocultural, a partir da visão holística do ser humano e buscar de forma responsável e em conformidade com as especificidades de cada público-alvo:

a) desestimular seu uso inicial;

b) promover a abstinência; e

c) conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas.

4.2.3. Dirigir esforço especial para crianças, adolescentes e jovens, com vistas à garantia dos direitos destas a uma vida saudável e à prevenção ao consumo de drogas, em faixas etárias sabidamente de maior risco, inclusive com apoio a iniciativas e serviços de instituições públicas e privadas sem fins lucrativos.

4.2.4. Promover e apoiar ações de prevenção que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde e à promoção de habilidades sociais e para a vida, o fortalecimento de vínculos interpessoais, a promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas e a conscientização e proteção contra os fatores de risco.

4.2.5. Promover e apoiar ações que promovam o vínculo familiar, o desenvolvimento da espiritualidade e a prática de esportes, entre outras, como fatores de proteção ao uso de tabaco e seus derivados, de álcool e de outras drogas.

4.2.6. Considerar as causas e os fatores relacionados ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, de álcool e de outras drogas na formulação de ações, atividades e programas preventivos.

4.2.7. Tratar as ações preventivas relativas ao tabagismo e ao uso de álcool e de outras drogas também como um problema concernente à infância, à adolescência e à juventude, de modo a evitar o início do uso de tais substâncias.

4.2.8. Assegurar, por meio de medidas administrativas, legislativas e jurídicas, o cumprimento do disposto nos

art. 3º, art. 6º, art. 79, art. 81 e art. 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente e na Convenção sobre os Direitos da Criança, da Assembleia Geral das Nações Unidas, promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 1990, especialmente no art. 17, quanto ao direito de proteção da criança e do adolescente, inclusive nos meios de comunicação, zelar para que a criança e o adolescente tenham acesso a informações e materiais que visem promover seu bem-estar social, espiritual e moral e sua saúde física e mental e promover a elaboração de diretrizes apropriadas a fim de proteger a criança, o adolescente e o jovem contra informação e material prejudiciais ao seu bem-estar, especialmente sobre drogas lícitas e ilícitas.

4.2.9. Fazer cumprir as leis e as normas sobre drogas lícitas e ilícitas, implementar ações decorrentes e desenvolver novas ações e regulamentações, especialmente aquelas relacionadas à proteção da vida, da saúde, principalmente da criança, do adolescente e do jovem, inclusive quanto à publicidade de drogas lícitas, à fiscalização da venda, da publicidade e do consumo, à redução do horário e de locais de disponibilidade de drogas lícitas, à sua tributação de preços como fatores inibidores de consumo.

4.2.10. Promover e apoiar ações específicas para a população em situação de rua, indígenas e gestantes, que visem à prevenção e à proteção da vida e à promoção da saúde, por meio de ações e da constituição de serviços em instituições públicas e privadas sem fins lucrativos.

4.2.11. Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, inclusive pela formação de parcerias com o Poder Público e as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação dos atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, com vistas ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção ao uso de tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas.

4.2.12. Manter, atualizar e divulgar de forma sistematizada e contínua informações de prevenção sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, integrado ao OBID, acessível à sociedade, de forma a favorecer a formulação e a implementação de ações de prevenção, incluído o mapeamento e a divulgação de boas práticas existentes no Brasil e em outros países, avaliadas em termos de eficácia e efetividade.

4.2.13. Incluir processo de avaliação permanente dos programas, projetos, ações e iniciativas de prevenção realizadas pelos Governos federal, estaduais, distrital e municipais, observadas as especificidades regionais e locais.

4.2.14. Fundamentar campanhas e programas de prevenção ao uso de tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais.

4.2.15. Buscar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, pública e privada sem fins lucrativos, participar de fóruns sobre o tabaco e seus derivados, o álcool e outras drogas e estreitar as relações de colaboração técnica, científica, tecnológica e financeira multilateral, respeitando a soberania nacional.

4.2.16. Promover e apoiar novas formas de abordagem e cuidados, o uso de tecnologias, ferramentas, serviços e ações digitais inovadoras.

4.2.17. Propor a inclusão, na educação básica, média e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, com ênfase na promoção da vida, da saúde, na promoção de habilidades sociais e para a vida, formação e fortalecimento de vínculos, promoção dos fatores de proteção às drogas, conscientização e proteção contra os fatores de risco.

4.2.18. Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, e oportunizar a prevenção do uso de tabaco e seus derivados, de álcool e de outras drogas, no ambiente de trabalho ou fora dele, em todos os turnos, com vistas à melhoria da qualidade de vida e à segurança nas empresas e fora delas, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.

4.2.19. Recomendar a criação de mecanismos de incentivos, fiscais ou de outra ordem, para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, inclusive para pessoas jurídicas que admitam em seus quadros profissionais egressos de sistema de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e reinserção de dependentes do álcool e outras drogas.

5. TRATAMENTO, ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO, APOIO, MÚTUA AJUDA E REINSERÇÃO SOCIAL

5.1. Orientação Geral

5.1.1. O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade, incluídos os usuários, os dependentes, os familiares e as populações específicas, possa assumir com responsabilidade ética o tratamento, o acolhimento, a recuperação, o apoio, a mútua ajuda e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente pelos órgãos da administração pública na abordagem do uso indevido e da dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas.

5.1.1.1. Tais ações podem ser executadas diretamente pelo Poder Público, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal, e pelas organizações não-governamentais sem fins lucrativos.

5.1.2. As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido resultados efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas na área, e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.

5.1.3. No Orçamento Geral da União devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Pnad e da Política Nacional sobre o Álcool, que serão distribuídas com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social, para estimular a responsabilidade compartilhada entre o governo e a sociedade.

5.1.4. Promover e garantir a articulação e a integração das intervenções para tratamento, recuperação, reinserção social, por meio das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Serviços de Emergências, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas, Casas de Apoio e Convivência, Moradias Assistidas, Grupos de Apoio e Mútua Ajuda, com o Sisnad, o SUS, o SUAS, o Susp e outros sistemas relacionados para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

5.1.5. A capacitação continuada, avaliada e atualizada dos setores governamentais e não-governamentais envolvidos com tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social dos usuários,

dependentes químicos e seus familiares deve ser garantida, com uso de recursos financeiros da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com o objetivo de multiplicar os conhecimentos na área.

5.2. Diretrizes

5.2.1. Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e a avaliação das práticas de prevenção, tratamento, recuperação, acolhimento, apoio, mútua ajuda e reinserção social sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais sem fins lucrativos, e as informações serão de abrangência regional, estadual, municipal e distrital ou, se necessário, serão georreferenciadas, com ampla divulgação, fácil acesso e resguardado o sigilo das informações.

5.2.2. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, ao acolhimento, à recuperação e à reinserção social, em quaisquer modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitado o âmbito de atuação de cada instituição, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersectorialidade e a transversalidade das ações.

5.2.2.1. Nesse processo, será considerada a multifatorialidade das causas do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas e com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.

5.2.3. Estabelecer procedimentos de avaliação para as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as diversas formas de intervenção, as suas ações e os serviços ofertados.

5.2.4. Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social dos dependentes do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, inclusive seus familiares, às características específicas dos diferentes grupos, incluídos crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, homens, população LGBTI, gestantes, idosos, moradores de rua, pessoas em situação de risco social, portadores de comorbidades, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio de recursos técnicos e financeiros.

5.2.5. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem.

5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.

5.2.7. Estimular o trabalho de instituições residenciais de apoio provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda.

5.2.8. Propor, por meio de dispositivos legais, incluídos incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e de convênios que envolvam os governos federal, estaduais, municipais e distrital e que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas sem fins lucrativos, que contribuam no tratamento, no acolhimento, na recuperação, no apoio e na mútua ajuda, na reinserção social, na prevenção e na capacitação continuada.

5.2.9. Estimular e apoiar ações e serviços destinados a pessoas reclusas, ex-apanados ou sujeitos a penas administrativas.

5.2.10. Garantir a destinação parcial dos recursos provenientes das arrecadações do Funad, composto por recursos advindos da apropriação de bens e valores apreendidos em decorrência do crime do narcotráfico,

para tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, prevenção, educação continuada.

5.2.11. Propor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado previsto na Política Nacional de Saúde Mental e na Pnad.

5.2.12. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, a Rede Nacional de Mobilização Comunitária e Apoio a Familiares de Dependentes de Drogas, em articulação com grupos e entidades da sociedade civil de reconhecida atuação nesta área.

5.2.13. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, entidades dedicadas à formação, à capacitação e ao suporte a grupos de apoio e mútua ajuda e seus facilitadores ou moderadores.

5.2.14. Desenvolver novos modelos de assistência e cuidado, por meio de credenciamento de entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, de modo a permitir que esse serviço possa atingir a população nos diferentes pontos do território nacional, incluídas propostas para atendimentos de públicos-alvo diferenciados, com apoio financeiro.

5.2.15. Estimular e apoiar o desenvolvimento de novas formas de grupos de apoio e mútua ajuda, inclusive virtuais, de modo a atingir o público-alvo no seu próprio território, com foco na autonomia do usuário, quando possível, para escolha da melhor forma de receber assistência à sua demanda, mediante plataformas e formas próprias.

6. REDUÇÃO DA OFERTA

6.1. Orientação Geral

6.1.1. A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas, ao uso de tais substâncias e ao uso de drogas lícitas, responsáveis pelo alto índice de violência no País, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.

6.1.2. Ações contínuas de combate à corrupção, à lavagem de dinheiro, ao crime organizado e de gestão de ativos criminais vinculados ao narcotráfico serão consideradas as principais questões a serem alvo das ações de redução da oferta.

6.1.3. Meios adequados serão assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública, incluída a assistência jurídica, em especial pelo Sistema Integrado de Educação e Valorização Profissional - Sievap.

6.1.4. As ações contínuas de repressão serão promovidas para redução da oferta das drogas ilegais e seu uso, para erradicação e apreensão permanentes de tais substâncias produzidas no território nacional ou estrangeiro, para bloqueio do ingresso das drogas oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional, para identificação e desmantelamento das organizações criminosas e para gestão de ativos criminais apreendidos por meio das ações de redução da oferta.

6.1.5. A coordenação, a promoção e a integração das ações dos setores governamentais, responsáveis pelas atividades de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas, nos níveis de governo, orientarão a todos que possam apoiar, aprimorar e facilitar este trabalho.

6.1.6. A execução da Pnad deve estimular e promover a participação e o engajamento de organizações não-governamentais e dos setores organizados da sociedade, de forma harmônica com as diretrizes governamentais.

6.1.7. As ações dos integrantes do Susp, do Conselho de Controle de Atividades Financeiras do Ministério da Justiça e Segurança Pública, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional da Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça e Segurança Pública, da Secretaria

Especial da Receita Federal do Ministério da Economia, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dos demais setores governamentais com responsabilidade na redução da oferta devem receber irrestrito apoio na execução de suas atividades.

6.1.8. É necessária a interação permanente entre os órgãos do Sisnad, o Poder Judiciário e o Ministério Público, por meio dos órgãos competentes, com vistas a agilizar a implementação da tutela cautelar, com o objetivo de evitar a deterioração dos bens apreendidos.

6.2. Diretrizes

6.2.1. Conscientizar e estimular a colaboração espontânea e segura das pessoas e das instituições cujos órgãos sejam encarregados da prevenção e da repressão ao tráfico de drogas, garantido o anonimato.

6.2.2. Centralizar, por meio do Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais, de Rastreabilidade de Armas e Munições, de Material Genético, de Digitais e de Drogas - Sinesp, informações que permitam promover o planejamento integrado e coordenado das ações repressivas dos diferentes órgãos, disponibilizar tais informações aos entes federativos e atender às solicitações de organismos nacionais e internacionais com os quais o País mantém acordos.

6.2.3. Estimular operações repressivas e assegurar condições técnicas e financeiras, para ações integradas entre os órgãos federais, estaduais, municipais e distritais, responsáveis pela redução da oferta, coordenadas de acordo com os princípios do Susp, sem relação de subordinação, com o objetivo de prevenir e combater os crimes relacionados às drogas, inclusive do combate à corrupção, à lavagem de dinheiro e ao crime organizado vinculado ao narcotráfico, como alvo das ações de redução da oferta.

6.2.4. Incrementar a cooperação internacional, estabelecer e reativar protocolos e ações coordenadas e fomentar a harmonização de suas legislações, especialmente com os países vizinhos, em consonância com os pressupostos, as orientações gerais e as diretrizes fixados na Pnad relativo à redução da oferta, observada a soberania nacional.

6.2.5. Apoiar a realização de ações dos órgãos responsáveis pela investigação, fiscalização e controle nas esferas federal, estadual e municipal e distrital, para impedir que bens e recursos provenientes do tráfico de drogas sejam legitimados no Brasil e no exterior.

6.2.6. Planejar e adotar medidas para tornar a repressão eficaz e cuidar para que as ações de fiscalização e investigação sejam harmonizadas, mediante a concentração dessas atividades dentro da jurisdição penal em que o Poder Judiciário e a Polícia repressiva disponham de recursos técnicos, financeiros e humanos adequados para promover e sustentar a ação contínua de desmonte das organizações criminosas e de apreensão, destinação e destruição do estoque de suas drogas, ativos e mercadorias correlatas.

6.2.7. Manter fluxo de informações entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública e os integrantes do Susp sobre os bens móveis, imóveis e financeiros apreendidos de narcotraficantes, a fim de agilizar sua utilização ou alienação, por via da tutela cautelar ou de sentença com trânsito em julgado.

6.2.8. Priorizar as ações de combate às drogas ilícitas vinculadas ao crime organizado, em especial nas regiões com maiores indicadores de homicídios.

6.2.9. Controlar e fiscalizar, por meio dos órgãos competentes dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde e da Economia e das Secretarias de Fazenda estaduais, municipais e distrital, o comércio e o transporte de insumos que possam ser utilizados para produzir drogas, sintéticas ou não.

6.2.10. Coibir o plantio e cultivo, não autorizado pela União, de plantas de drogas ilícitas, tais como as do gênero **cannabis**.

6.2.11. Estimular e assegurar a coordenação e a integração entre os membros do Susp vinculados ao Sisnad, para o aperfeiçoamento das políticas, das estratégias e das ações comuns de combate ao narcotráfico e aos crimes conexos.

6.2.12. Promover e incentivar as ações de desenvolvimento sustentável de forma a diminuir o peso da vulnerabilidade econômica e social como fator de risco para o envolvimento no narcotráfico.

6.2.13. Estabelecer, de forma harmônica, planos, objetivos e metas comuns para os componentes do Sisnad e do Susp responsáveis por ações de redução da demanda, que considerem o conjunto da Pnad e da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, em especial dados criminais, epidemiológicos e de inteligência.

6.2.14. Assegurar, por meio de avaliação de resultados, recursos orçamentários no âmbito da União, dos Estados e do Distrito Federal para o aparelhamento das polícias especializadas na repressão às drogas e estimular mecanismos de integração e coordenação dos órgãos que possam prestar apoio adequado às suas ações.

6.2.15. Intensificar a capacitação dos profissionais de Segurança Pública, dos membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, com funções nas áreas de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas em todos os níveis de governo e estimular a criação de departamentos especializados nas atividades de combate às drogas no território nacional.

6.2.16. Estruturar, no âmbito do Sisnad, sistema de alerta rápido para novas drogas, e estimular as universidades e outras instituições de pesquisa, públicas ou privadas, a pesquisar novas drogas, em relação à sua composição, potencial de ação, potencial tóxico, agravos à saúde e dependência química, entre outros.

7. ESTUDOS, PESQUISAS E AVALIAÇÕES

7.1. Orientações gerais

7.1.1. Meios necessários serão garantidos para estimular, fomentar, realizar e assegurar, com a participação das instâncias federal, estadual, municipal e distrital e de entidades não-governamentais sem fins lucrativos, o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações, que permitam aprofundar o conhecimento sobre drogas lícitas e ilícitas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso, da repressão, do tratamento, do acolhimento, da recuperação, do apoio e mútua ajuda, reinserção social, capacitação e formação, observados os preceitos éticos envolvidos.

7.1.2. Meios necessários serão garantidos à realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas, nas áreas de prevenção do uso, do uso indevido e da dependência de drogas, repressão, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, capacitação e formação e redução da oferta e os resultados orientarão a continuidade ou a reformulação dessas práticas.

7.2. Diretrizes

7.2.1. Promover e realizar, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivar e fomentar a realização de pesquisas dirigidas à sociedade, considerada a extensão territorial do País e as características regionais, culturais e sociais, além daquelas voltadas para populações específicas, por meio de instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos.

7.2.2. Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e de inovações tecnológicas, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais sem fins lucrativos, sobre os determinantes e condicionantes de riscos e agravos das drogas, o conhecimento sobre as drogas lícitas e ilícitas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso, a repressão, o tratamento, o acolhimento, a recuperação, o apoio, a mútua ajuda e a reinserção social.

7.2.3. Assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos e terapêuticos.

7.2.4. Garantir que sejam divulgados por meio do OBID e por meio de comunicação impresso, as pesquisas, os levantamentos e as avaliações referentes ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, contratados pelo governo federal, e outros trabalhos nacionais e internacionais de relevantes, que permitam aperfeiçoar uma rede de informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras, além de organizações multinacionais similares.

[1] Relatório Mundial sobre Drogas 2018 – UNODC. Disponível em:
<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

[2] Relatório Mundial sobre Drogas 2018 – UNODC. Disponível em:
<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

[3] INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2017.

[4] INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Quanto Custa Receber Doações da Indústria do Tabaco? Edição: Setor de Edição e Informação Técnico-Científica / INCA. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//quanto-custa-receber-doacoes-da-industria-do-tabaco.pdf>

[5] INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2017.

[6] II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

[7] Relatório Mundial sobre Drogas 2018 – UNODC. Disponível em:
<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

[8] II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

[9] Relatório Mundial sobre Drogas 2018 – UNODC. Disponível em:
<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

[10] Relatório Mundial sobre Drogas 2018 – UNODC. Disponível em:
<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

[11] II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>