



Universidade de Brasília

Departamento de Psicologia Clínica e Cultura

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Victoria Ayelén Gómez

A lógica das instituições de saúde mental no dispositivo disciplinar

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora, sob orientação da Professora Dra. Daniela Scheinkman Chatelard.

Brasília

2021

A Banca Examinadora da defesa apresenta a seguinte composição:

Professora Doutora **Daniela Scheinkman Chatelard**

Universidade de Brasília

Presidente da Banca

Professora Doutora **Márcia Cristina Maesso**

Universidade de Brasília

Membro Interno

Professora Doutora **Ana Paola Frare**

Universidade Federal Fluminense

Membro Externo

Professora Doutora **Mara Lucia Miranda Baroni**

Universidade Paulista -Unip

Membro Externo

Professora Doutora **Andrea Hortelio Fernandes**

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Membro Suplente

A locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan.

Michel Foucault

RESUMO

A presente tese desenvolve a ideia do tratamento no dispositivo disciplinar no campo de atuação da saúde mental a partir de uma perspectiva crítica. Indico um caminho que explora as contradições no interior do próprio sistema de normas. O trabalho parte da ideia de revelar e exprimir o normal como produção na qual convergem conceitos estéticos, morais e políticos. O objetivo foi compreender as formas atuais de tratamento e, conseqüentemente, retirar do arcabouço teórico da psicanálise conceitos que valham para uma intervenção inovadora. Inspirada no método arqueológico de Foucault, fiz uma análise dos elementos em jogo na produção dessa lógica. Apresento, também, leituras sobre o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e a psicanálise dentro do SRT como dispositivos subversivos que representam o processo de reforma psiquiátrica brasileira e operaram como um contradispositivo de poder.

Palavras-chaves: dispositivo disciplinar, saúde mental, psicanálise

RESUMEN

La presente tesis de doctorado desarrolla la idea del tratamiento en el dispositivo disciplinar en el campo de actuación de la salud mental a partir de una perspectiva crítica. Establezco un camino que explora las contradicciones en el interior del propio sistema de normas. El trabajo parte de la idea de resvelar y expresar lo normal como una producción en la cual convergen conceptos estéticos, morales y políticos. El objetivo fue comprender las formas actuales de tratamiento y, consecuentemente, retirar de la estructura psicoanalítica conceptos que sirvan para una intervención innovadora. Inspirada en el método arqueológico de Foucault, realicé un análisis de los elementos en juego en la producción de esa lógica. Presento, también, lecturas sobre el Servicio Residencial Terapeutico (SRT) y el psicoanálisis como dispositivos subversivos que representan el proceso de reforma psiquiátrica brasileña y operan como contradispositivos de poder.

Palabras-Clave: dispositivo disciplinar, salud mental, psicoanálisis.

ABSTRACT

The present thesis has developed the idea of treatment in the disciplinary device inside the mental health field, through a critical perspective. I indicate a path that explores the contradictions inside the very own standards system. This thesis intends to reveal and express the standard as a production in which aesthetic, moral and political concepts converge. It aims to comprehend the actual treatments, and therefore seek from the theoretical framework of psychoanalysis concepts that can provide an innovative intervention. Inspired by Foucault's archeological method, I analyzed the elements that play a part in the making of this logic. I present, also, a view of the Therapeutic Residential Service (SRT) and the psychoanalysis approach, as subversive devices that represent the psychiatric reform in Brazil, and operated as a powerful device against this process.

Keywords: disciplinary device, mental health, psychoanalysis.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Daniela, que me acolheu durante todos esses anos, respeitando e compreendendo os meus processos acadêmicos e pessoais. Minha profunda admiração e carinho pelos seus ensinamentos e pela sua paciência.

A minha família que sempre me apoiou e me incentivou a crescer, me instigando a seguir no caminho do aprender e questionar, me respeitando nos meus momentos de estudar e tanto tempo isolada nas minhas leituras. Minha mãe, Nora, meu pai, Carlos, meus irmãos Pablo, Joaquin e Gabriela. Minha eterna inspiração de luta e esforço vem de todos eles.

A minha filha Clara, que desde 2009 se tornou minha maior fonte de inspiração e força para continuar na árdua tarefa de crescer junto com ela e me tornar alguém melhor.

A meu companheiro, que me ensinou que existem novas formas de amar.

Introdução	10
Capítulo 1: A HISTÓRIA DA CLÍNICA	19
1.1 <i>O nascimento da clínica: doença, existência e loucura</i>	19
1.2 <i>Normatividade vital e normatividades sociais: o patológico a partir de uma norma</i>	25
1.3 <i>A questão da causalidade</i>	31
1.4 <i>O legado das primeiras clínicas Psiquiátricas</i>	37
Capítulo 2: DISPOSITIVOS	43
2.1 <i>Dispositivo Disciplinar: Foucault e a intercessão de Deleuze</i>	43
2.2 <i>Sociedades disciplinares: corpos e saberes</i>	47
2.3 <i>Saber, poder, discursos</i>	50
Capítulo 3: UMA QUESTÃO COLONIZADORA	55
3.1 <i>Uma psicopatologia a partir do pathos</i>	55
3.2 <i>Uma questão estrutural: O diagnóstico</i>	58
3.3 <i>Estratégias Diagnósticas nas psiquiatrias</i>	63
3.4 <i>Foucault, o delator</i>	68
Capítulo 4: A PSICANÁLISE COMO CONTRADISPOSITIVO DE PODER	74
4.1 <i>Descobrimo o inconsciente</i>	76
4.2 <i>Freud e os primórdios da técnica: fundando a clínica psicanalítica</i>	82
4.3 <i>A psicanálise como prática terapêutica</i>	85
4.4 <i>A técnica psicanalítica e o analista</i>	88
Capítulo 5: DO SABER AO PODER	93
5.1 <i>Reconstituição histórica das práticas de cuidado no Brasil</i>	93
5.2 <i>A Reforma Psiquiátrica no Brasil</i>	100
5.3 <i>A Psicanálise na instituição de saúde mental</i>	105
Capítulo 6: O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)	113
6.1 <i>Serviços Residenciais Terapêuticos</i>	113
6.2 <i>Dispositivo subversivo e a psicanálise nos SRTs</i>	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA FORMA DE TERMINAR	128
REFERÊNCIAS	132

Introdução

O percurso de chegada até a escrita do meu projeto de tese partiu da minha experiência clínica em instituições de internação psiquiátrica como psicóloga no Brasil. Nessa caminhada, me ocorreram questionamentos relacionados às contribuições e limitações da psicanálise. Durante a graduação na Argentina, meu crescimento acadêmico se deu por meio de debates psicanalíticos sobre normalidade e anormalidade, psicopatologia, loucura e sobre a singularidade de cada caso. Nesse percurso, meu olhar clínico tem sido permeado pelas interpretações psicanalíticas que começaram a ter embates nas instituições de internação. Foi a partir desses embates que comecei a pensar em como incluir esse saber encarnado nas minhas leituras de modo a contribuir com o tratamento do sofrimento. O ponto de partida dessa escrita foi uma posição que se insere na vertente crítica de controle dos *“fora da norma”*.

Na minha experiência profissional, uma cena específica me provocou e me levou a pensar no tratamento como algo “disciplinar”. Antes de relatar a cena, devo trazer o contexto e a breve história da protagonista: uma paciente de 80 anos, que foi internada pelos filhos porque tinha ateado fogo na casa e *“não parava de gritar”*. Cabelos brancos, olhos negros, andava pelo pátio, gritando e falando frases religiosas. Diagnosticada pelos psiquiatras como “esquizofrênica”, nos encontros dentro do consultório, a fala dela parecia não ter lógica ou conexão. Entretanto, me dava a impressão que, nas entrelinhas das palavras desconexas, alguma história ela contava. Falava alto e às vezes eu sentia que meus ouvidos doíam durante os atendimentos.

Os filhos me contaram que ela gritava sempre, desde a infância deles e que nunca conseguiram compreender o que se passava com ela. Eu tinha a sensação de que alguma coisa ela queria expressar, quem não escutava? O que ela queria falar? Eu tinha cada vez

mais interesse em escutá-la, escutar aquilo que ela não falava ou que não era escutado. Enquanto a minha escuta queria ir além, parecia que ela se ia calando. Conforme o curso da internação evoluía, a paciente ficava cada vez mais calada e diminuía as expressões de gritos, que eu sentia, davam vida a ela.

Certo dia, encontrei a paciente almoçando no refeitório. Calada. Fiquei observando e me perguntando a respeito do andamento do tratamento. A paciente continuava calada, muito calada. De repente, uma técnica de enfermagem se aproximou de mim e falou (se referindo à paciente): Victoria, ela está tão bem! Ela já não grita mais! Ela está tão *comportada*.

Essa cena despertou em mim a ideia de que o tratamento era algo que tinha chegado para calar o que ela tinha a falar, como se o silêncio fosse a resposta. Na verdade, eu sentia que era sobre discipliná-la, calar a voz que ela tinha, mas só para os outros não terem que escutar os gritos que tanto perturbavam.

Foi esse momento que me inspirou a começar a trabalhar a ideia do tratamento no dispositivo disciplinar. Surge, então, meu interesse em procurar entender e dar um curso lógico a essa forma de intervenção que parecia mais um tratamento que visava doutrinar para adaptação às normas.

Meu intuito é propor uma perspectiva crítica, indicar um caminho capaz de explorar as contradições no interior do próprio sistema de normas através da explicitação do que precisa continuar de forma implícita para poder funcionar. Explicitar o que permanece implícito e tem consistência *fantasmática* mostra como nossos conhecimentos têm uma estrutura dual e contraditória, sinalizando o caminho para a crítica social (Safatle, Junior & Dunker, 2018). A eficácia da perspectiva crítica perpassa a ideia da consideração de que vínculos sociais são fundados a partir de circuitos de afetos que estruturam modos de interpretação e sentido diante de estruturas normativas. Essa

perspectiva insiste na necessidade de análise das patologias em geral e das patologias sociais.

A partir dessa visão, a loucura é considerada um *fenômeno social* que nasceu marcado pelo estigma da periculosidade, desenvolvendo-se assim um discurso científico sobre a necessidade de isolamento daqueles tidos como loucos/doentes mentais. Representada como algo negativo, estimulou a criação de mecanismos de exclusão como as instituições asilares, casas “*de correção*”, de trabalho e dos chamados Hospitais Gerais (Amarante, 1996). No século XVIII, a loucura passa a ser objeto do saber médico e o louco a ser diagnosticado como doente mental. Assim, a instituição hospitalar começa a praticar a medicalização, destacando-se uma hegemonia dos casos de loucura/doença mental relacionada à lógica hospitalocêntrica, que rotula e medicaliza, prescrevendo camisas de força que silenciam a expressão (Serafin et al., 2017).

A internação em instituições psiquiátricas emerge como uma possível proposta de cuidado na atenção especializada à saúde. Contudo, o hospital psiquiátrico surge como uma ferramenta reguladora e de controle social, tendo como princípios norteadores o exílio, a disciplina e a segregação. A loucura, que até o século XVIII fora entendida como um erro de apreensão e juízo da realidade, passa a ser analisada como estanque ao mundo real, e é a partir daí que *o louco* se tornará destituído de sua condição existencial, estará *fora* da realidade (Benini, 2008). Confiscar o corpo e a alma da loucura, esse parecia ser o propósito maior de um “aparelho de poder” que atuou de maneira estratégica, disciplinar, múltipla e dispersa, dando à psiquiatria um estatuto de soberania sobre a vida dos loucos. Podemos pensar que esse aparelho tinha a finalidade de controlar, instaurar uma moral de obediência, corrigir, e depois normalizar e patologizar: marcando a diferença.

Esse espaço institucional foi colonizado por um poder disciplinar microfísico que registrou, ordenou, organizou, distribuiu e esquadrinhou todos os movimentos da loucura de modo a regular, estrategicamente, a dissimetria que existia entre a verdade trazida pelo doente e a medida de realidade pretendida pelo médico (Benini, 2008).

Surge, assim, a ideia de categorização do sujeito em padrões normativos, como uma forma de dominação a partir da classificação. Foucault (1987) indica que não há relações de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem tampouco há saber que não suponha e constitua, ao mesmo tempo, relações de poder. É um movimento que deslocou a questão da verdade da vida de *cada louco* para uma posição subordinada em face de uma noção de realidade da loucura, pronta e acabada, que a partir desse momento colocou-se para demonstrar seu estatuto.

Como distinguir o normal, do anormal e do patológico? Freud (1901/2008) concluiu que existe uma continuidade entre os fenômenos que se observam na vida psíquica normal e a psicopatologia. Assim, dirá, só poderemos ter uma visão mais apurada do singular trabalho psíquico quando pudermos reconhecer que as formações psíquicas da histeria e da neurose obsessiva repetem em seus mecanismos todas as características essenciais desse modo de trabalhar. Não existe um limite claro e rígido, e todos somos mais ou menos *loucos*. Deslizes, sonhos, atos falhos, sintomas que sobrevêm na vida de qualquer sujeito, e não apenas na de um sujeito neurótico. Descoberta de mecanismos psíquicos comuns a toda humanidade, que nos igualam em nossas condições de existência.

Toda sociedade produz modalidades de sofrimento, mas nem todo sofrimento é traduzível na forma de uma patologia. Safatle (2018) propõe pensar que inexiste uma sociedade que não se fundamente em um complexo processo de gestão de patologias, e assim questiona quais são os tipos de sofrimento que podem ser considerados patológicos.

Um sofrimento patológico é um sofrimento compreendido como excessivo, passível de tratamento a partir de intervenção médica visando a adequação da vida a valores socialmente estabelecidos com forte carga disciplinar (Safatle, Junior & Dunker, 2018).

Dessa forma, a ideia do presente trabalho é relativizar o conceito de sofrimento/patologia a partir da psicanálise e das concepções de Foucault (1969/2008, 1975/1997, 1978, 1979, 1987, 1988). Isso inerentemente origina controvérsias nos momentos de decidir intervenções ou olhares aos ditos “doentes”, fora da norma, pois a normalidade pode variar com a cultura, a ideologia e a vivência de cada sujeito. Seguindo a lógica de Canguilhem (1978), a normalidade é algo impreciso. Esta proposta inclui afirmar que não há fato algum que seja normal ou anormal ou patológico em si mesmo, mas sim que se vincula essas concepções às relações normativas de ajustamento ao meio (Safatle, 2011).

O patológico só começa quando é reconhecido como tal pela experiência marcada e pelo olhar do outro que classifica e define. Assim, a patologia aparece como o que se revela entre o sujeito e seu ambiente, mediado por construções e valores sociais. A escrita tende a revelar e exprimir o estado normal como uma produção para a qual convergem conceitos estéticos (harmonia, equilíbrio), morais (contenção, regulação) e políticos (ordem, hierarquia, comunicação), ou seja, mostrar como a saúde é uma determinação valorativa para a qual convergem operações amplas de valoração convergente com campos sociais (Safatle, 2011). Estas questões ampliam o olhar clínico, mas também crítico das formas de tratamento nas atuais instituições de tratamento psiquiátrico de internação.

A posição da minha escrita é contrária ao reducionismo positivista decorrente da necessidade de uma visão organicista bem como de um anseio terapêutico de intervenção sobre o patológico. A legitimação de uma intervenção no campo de atuação em saúde

mental depende do conjunto de valores prevalecentes na sociedade ou cultura naquele momento. Dessa forma, indico que para se pensar estratégias de intervenção em saúde mental e instituições de internação esses elementos devem ser considerados a fim de não se tornarem intervenções de *tratamentos disciplinares* de adaptação social. Essa é uma discussão que passa pela ética do poder e, nesse ponto, convoco Michel Foucault. Assim, defendo que há valores sociais implicando na legitimação dos modos de intervenção em saúde mental.

Atualmente, as instituições de internação psiquiátricas carregam esse legado em suas práticas de tratamento. Parece que o campo de atuação da saúde mental se relaciona com a fabricação de uma normalidade proposta por um modelo médico que desconsidera aspectos da subjetividade. Assim, o campo das doenças mentais apresenta problemas diagnósticos que recaem no sujeito que sofre: primeiro é preciso discriminar o sujeito doente do sujeito saudável e, posteriormente, realizar um diagnóstico diferencial. Julgar a presença da doença mental é um processo fundamentalmente valorativo, pois parte da prescrição de um determinado nível de normalidade, de modo que não parece haver outra saída para a saúde mental senão a imposição do poder da norma que representa (Silva, 2008).

Na perspectiva adotada, o sofrimento considerado patológico tem uma forma singular de gestão, já que patologia é uma categoria que traz, no seu interior, uma modalidade de intervenção clínica e horizontes de valores (Safatle, Junior & Dunker, 2018). Acredito, então, que insistir nesse ponto é reconhecer que ser portador de tal patologia é uma identidade social com força performativa (Safatle, Junior & Dunker, 2018).

Dentro das instituições de internação psiquiátrica, os psicólogos podem adotar diferentes perspectivas teóricas para subsidiar suas práticas clínicas, sendo a psicanálise

uma delas. A partir dessas possibilidades, surgem concepções diferentes no campo da psiquiatria e da psicanálise. Enquanto na psiquiatria o sintoma é algo a ser extirpado, em psicanálise se questiona sobre o estatuto do inconsciente em relação à realidade (Moreira, Neto & Rosário, 2015). Assim, surge um impasse entre esses dois saberes, visto que as terapias que a psiquiatria prescreve são exclusivamente voltadas para as causas orgânicas.

As contribuições de Foucault, na análise da história da loucura, foram na direção de pensar os termos de categorização do sujeito em padrões normativos a partir de uma reflexão entre conhecimento e poder. Como uma experiência fundadora: corpos, ver/saber, olhares, focados na classificação extrínseca e a partir da recusa da subjetivação e singularidade do caso. Foi se construindo, ao longo da história do saber médico e clínico, uma determinada *configuração linguística* como dispositivo de saber. Foucault (1988) expressa a ideia de mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, produtores de prazer e geradores de poder, impondo estratégias com técnicas e meios que o poder utiliza para assujeitar e “dominar” os sujeitos.

A partir do viés proposto, constitui-se escopo desta pesquisa a *lógica* que permeia as instituições de saúde mental em instituições de internação psiquiátrica.

Questiono: como foi construída, ao longo dos tempos, a lógica de tratamento “da loucura” e “dos fora da norma”? Busquei fazer um recorte histórico, inspirada no método arqueológico de Foucault. Não trato de partilhar uma concepção evolucionista nem linear na história, mas sim apontar os *dispositivos disciplinares de poder* subjacentes às formas de tratamento. O objetivo do presente trabalho é compreender as formas atuais de tratamento e, conseqüentemente, retirar do arcabouço teórico da psicanálise conceitos que valham para uma intervenção inovadora.

Como, a partir da *psicanálise* e dos dispositivos disciplinares de poder, realizar uma leitura dessa lógica construída? O método que utilizo para alcançar o objetivo é uma

pesquisa genealógica dos elementos em jogo na produção dessa lógica. Realizei um levantamento das pesquisas arqueológicas de alguns autores, majoritariamente de Foucault, para fazer uma leitura a partir dos conceitos da psicanálise sobre os dispositivos subjacentes aos fundamentos e às práticas institucionais e o que promoveu rupturas nos *modos operandis* das instituições de saúde mental.

Na segunda parte da minha tese, trago leituras sobre o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) como o dispositivo subversivo que representa o processo de reforma psiquiátrica brasileira. Avanço ainda mais trazendo a proposta da psicanálise dentro do SRT como uma forma de produzir a autonomia do sujeito e operar como um contra dispositivo de poder.

Considero que realizar uma leitura a partir da psicanálise é uma postura subversiva. Desde o início dos escritos de Freud e de suas obras, acontece uma ruptura na forma de entender a subjetividade humana e a dinâmica psíquica.

Em 1895, Freud fornece as bases para pensarmos que a conversão histérica se apresentava como um desafio à ciência médica, já que não existia lesão anatômica localizável. Isso marca o início de uma empreitada que revolucionará o pensamento: mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos, associação livre, o papel da sexualidade (Freud, 1898/1969), as lembranças encobridoras (Freud, 1899/1969), a interpretação dos sonhos (1900/1996), a transferência (1905/1988) e a transferência como repetição (Freud, 1914), a compulsão de repetição e a pulsão de morte (1920/1976).

A ideia da psicanálise surge como um trabalho que tenta não invadir a subjetividade, entender “algo da loucura” a partir de um contraponto, que até posso chamar de *dispositivo subversivo*. Um olhar que poderia se situar na criação de um novo saber, e uma lógica que opera na lógica da pergunta constante, um saber não todo. A lógica que a psicanálise inaugurou foi a de não sobrepor ao sujeito os ideais de cada

sociedade, cultura ou época a partir de dispositivos que definem sobre o bem (Maesso, 2020). A postura subversiva da psicanálise se encontra, justamente, na posição de defender a autonomia do sujeito de reinventar e inventar o que é o bem para si mesmo.

Diante do exposto, a tese que defendo neste trabalho é que as transformações do saber e do olhar da loucura atravessam as práticas e políticas públicas em saúde mental e nas instituições de saúde mental. Como se tivéssemos dispositivos disciplinares que, pelas beiradas, fazem eco e direcionam, orientam, perpassam as práticas clínicas. A chegada do trabalho pretende defender a possibilidade de instrumentalizar um dispositivo cuja força poderia produzir ações instituintes na direção da produção de subjetividades singularizantes, abertas a produções de sentidos que afirmem a vida, em vez de subjetividades alienadas ou capitalizadas (Costa, Perico & Souza, 2019).

No percurso da escrita, buscarei sustentar a postura subversiva das práticas que tendem ao ajustamento, ao funcionalismo social e à fixação em estereotípias da forma desejante. A postura subversiva será, neste caso, a psicanálise.

Capítulo 1: A HISTÓRIA DA CLÍNICA

1.1 O nascimento da clínica: doença, existência e loucura

Foi a partir de Hipócrates que se iniciou a observação clínica e a anamnese como as primeiras etapas do exame médico (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007). Originalmente o termo *clínica* remete à atividade do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento. O exame médico hipocrático consistia em medir a temperatura através da imposição das mãos, observar cuidadosamente, apalpar o corpo e auscultar os batimentos cardíacos, dentre outras ações. O auge da clínica médica se situa entre o final do século XVIII e o início do século XIX e ocorre, nesse período, um avanço dos recursos técnicos usados nos diagnósticos.

O método clínico já existia desde Hipócrates, mas foi no século XIX que a clínica médica teve o seu período áureo, enriquecendo a Medicina com numerosas descobertas, produto de observações cuidadosas e da instrumentalização do médico. Com a busca por tratamentos das enfermidades, a medicina grega, a medicina romana (Galeno e seus conceitos de anatomia e fisiologia), as contribuições da Pérsia (Avicena 980-1037 d.C.) e o *Cânnon* (5 volumes com histórias clínicas) trouxeram transformações nas formas de entender e tratar os sintomas (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

No início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável, começando a perceber ou a escutar mais a razão (sustentada no visível) do que o imaginário; mais a relação entre o visível e o invisível (Foucault, 1977). Começa a descrição detalhista do que os olhos percebem: *as formas da racionalidade médica penetram na maravilhosa espessura da*

percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência (p. 11).

Foucault (1987) objetivou elaborar uma análise arqueológica com o objetivo de analisar de forma histórica a constituição dos saberes das ciências humanas, enfatizando as práticas discursivas que definiam o objeto de estudo da Medicina. Assim, o filósofo realiza uma reflexão entre conhecimento e poder. Inaugura a produção científica e metodológica da disciplina médica dentro de fatores sociais, políticos, econômicos, tecnológicos, pedagógicos e culturais das relações discursivas que definem a doença e seu tratamento. A partir dessa virada, vai introduzir outro ponto de vista sobre a história da clínica, que é o que interessa no percurso da tese defendida neste trabalho. O autor começa a desvendar que as práticas discursivas não são a clínica, mas de alguma forma a circunscrevem. É isso que procuro analisar aqui.

O saber da medicina se situa na observação, a exemplo de como se observam os astros ou as experiências de laboratório, uma observação criadora, um olhar fundador do indivíduo (Foucault, 1987). É um confronto simples entre um olhar e um rosto, entre um ponto de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos estão enclausurados em uma situação comum, mas não recíproca (Foucault, 1987).

Compreender a medicina antes do fim do século XVIII implica acompanhar as transformações do saber médico. A medicina clássica foi chamada de medicina classificatória, já que todos os seres vivos deveriam ser classificados a partir de atributos, características, gênero, espécie e qualidades específicas. As doenças eram compreendidas como entidades, com características próprias, que poderiam acometer o indivíduo e produzir morbidades. Diagnosticar era classificar e decifrar a doença, inseri-la no quadro das espécies (Branco, 2018).

Na tentativa de apreensão das afecções e de articulação dos achados, realizavam-se homologias e configurações primárias (a partir do desenrolar dos fenômenos mórbidos, por analogia ou parentesco das sensibilidades e dos movimentos, pela ordem racional e as leis naturais, pelas espécies), orientando-se o olhar não ao corpo concreto, mas sim à rede de combinações diante do médico. Situa-se o nascimento da clínica a partir de uma *evolução histórica do conhecimento* que permeia o pensamento e as práticas referentes.

Até o momento, estamos acompanhando a racionalidade anatomoclínica que permeou a consolidação do saber médico na modernidade desde a sua origem.

Na medicina clínica do século XIX, o olhar médico passa a reconhecer a doença no próprio corpo, a partir de relacionar os sintomas da doença aos resultados clínicos. A tuberculose era uma doença antiga, de evolução crônica e incurável, que tinha se tornado epidêmica e devastadora no século XVIII. Foi René Théophile Hyacinthe Laënnec que, em 1819, estabeleceu a lesão cavitária pulmonar como diagnóstica da tuberculose: um homem tosse, cospe sangue, respira com dificuldade, sua temperatura se eleva, impressões todas reunidas em uma doença, a pleurisia (Branco, 2018).

A consolidação do saber foi se ordenando a partir de um discurso médico que fundamentava os critérios de cientificidade e que organiza a medicina moderna. Neste ponto, Foucault (1978) observa que a percepção da doença no doente *supõe um olhar qualitativo, pois para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade* (p. 13). Chamo a atenção, na análise histórica da construção do saber médico, para um saber que surge a partir da classificação e da segregação de sinais.

Final do século XVIII, as diversas formas do saber médico se referem a noções positivas de “saúde” (Foucault, 1978):

A medicina referiu-se muito mais a saúde do que a normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento «regular» do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo, referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar (p. 39).

Já a medicina do século XIX regula-se mais pela compreensão da normalidade: *em compensação, pela normalidade do que pela saúde; e em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções e o conhecimento fisiológico* (Foucault, 1978, p. 39).

Neste percurso a respeito da construção do saber médico, consegue-se perceber como a edificação de concepções relacionadas às doenças foram sendo atreladas à sua classificação, julgamentos qualitativos, observação fundante e arsenal técnico especializado. A figura que sabe, o médico, o discurso que ordena, o discurso científico médico, a coexistência de saber e poder fizeram com que os discursos sejam tidos como verdades absolutas. Sigamos em direção à questão da loucura.

O fenômeno da loucura surge na Antiguidade grega e romana junto a outras doenças classificadas como práticas mitológicas e manifestações sobrenaturais de deuses e demônios (Millani & Valente, 2008). Configurada como prática mitológica, *nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados* (Millani & Valente, 2008, p. 2), e os loucos eram considerados em relação direta com os deuses, e, por conseguinte, pertencentes ao campo do sagrado e mensageiro de verdades.

Nos tempos de inquisição, a loucura era tida como uma expressão de bruxaria, cujo tratamento incluía a perseguição aos seus portadores. Em função do poder da Igreja, o movimento de caça às bruxas procurava manter a aceitação das crenças religiosas. Dessa

forma, os hereges e divergentes da ideologia cristã eram considerados loucos, bruxos e feiticeiros.

Na Idade Média e até final das Cruzadas, a lepra se multiplicou por toda Europa, com grandes focos no Oriente. No século XVI, os espaços de confinamento dos leprosários foram preenchidos, também, pelos portadores de doenças venéreas e sob a influência da ideia de internamento. Essa ação se integrou ao lado da loucura num espaço de exclusão (Millani & Valente, 2008). A loucura teve seu lugar atrelado ao espaço da lepra, dois séculos depois de seu desaparecimento:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazareto, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (...) Pobres, vagabundos, novo, e uma cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (Foucault, 1978, p. 6-7).

É influenciada pelo modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea, também, foi isolada, numa certa medida, de seu contexto médico e integrada, ao lado da loucura, num *espaço moral* de exclusão (Foucault, 1978).

Foucault não deixou de entrelaçar as considerações da questão a partir de estéticas de comédia, romance, palavras racionais e irracionais, paródias religiosas, teatro, felicidade, plásticas:

A Loucura também tem seus jogos acadêmicos: ela é objeto de discursos, ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende,

reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão (1978, p. 19).

Foucault (1978) considera que, nesse momento e por crenças religiosas, a exclusão se daria em função de uma benevolência, pois o sofrimento do excluído se compensaria com a salvação dele próprio. Quem abandona será salvo, assim como quem é excluído terá a possibilidade de união com o divino.

Em meados do século XVII foram construídos, na Europa, os primeiros estabelecimentos para internação, que acolhiam, além dos loucos, pessoas com doenças venéreas, mendigos, vagabundos, sujeitos enquadrados à margem da ordem social e da moral vigente. A inclusão dos loucos se deu no mesmo grupo que os pobres, os presidiários e os desajustados de uma forma geral. Isso sugere uma categorização regulada pela ordem moral e econômica, indicando uma tentativa de afastamento social de todos os que não se adequavam à *ordem social vigente*. Essas instituições ratificavam, também, o papel caridoso da Igreja de assistir os pobres, com uma prática que, na verdade, segregava e colocava em ordem o mundo da miséria.

Com a razão filosófica, surge a consciência crítica da loucura que se contrapunha. Essa consciência crítica continha o aspecto moral, que por sua vez, denunciava o erro na conduta dos homens.

Com o crescimento das cidades, o poder das relações políticas e o desenvolvimento da industrialização, a loucura é exaltada como marca de exclusão. Em 1656 foi fundado, em Paris, o Hospital Geral, cuja estrutura era de ordem monárquica e burguesa, onde eram recolhidos e alojados todos os excluídos que perturbavam a ordem social. Esse hospital não possuía caráter médico, era um local que representava o papel da polícia e da justiça, com a ordem religiosa como aliada. O Hospital Geral *não se assemelha a nenhuma ideia*

médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época (Foucault, 1978, p. 57).

Essas instituições foram criadas com a ideia de se implantar a prática da correção e do controle, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas, assim como de punir os internos, na tentativa de manter o equilíbrio e evitar a tensão social (Millani & Valente, 2008).

Foi a partir desse período que começou a se encerrar a loucura: *esse é o primeiro dos grandes aros nos quais a era clássica irá fechar a loucura* (Foucault, 1978, p. 71). Se o louco aparecia de modo familiar na Idade Média, agora, ele vai destacar-se como um problema referente à ordem dos indivíduos na cidade. Se ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos.

Avançando na análise, busco, no próximo tópico, compreender como pensar o que é denominado patológico, como pensar a ordem dos fatos que merecem certos tratamentos em detrimento de outros, e como fundamentar as implicações de cada visão a cerca daquilo a que podemos atribuir o sentido de patológico.

1.2 Normatividade vital e normatividades sociais: o patológico a partir de uma norma

O que faz o corpo falar? É a experiência da doença que irrompe a imanência silenciosa entre o sujeito e o seu corpo; é ela, a doença, que transforma o corpo em um problema (Safatle, 2011). A questão “*fatos objetivos que falam por si mesmos*” me coloca na tensão de relativizar essa ideia, já que defendo que é um fenômeno que é levado a falar no interior de contextos sócio-históricos determinados. Essa questão tem sido tratada por nomes como Michel Foucault e Georges Canguilhem, os quais discorreram sobre a

“*gramática da doença*” (Safatle, 2011) de forma a entender como o saber transforma a doença, o patológico em discurso para ser lido e interpretado pelo olhar clínico.

Seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal? Canguilhem (1943/2009) tomará os nomes de Comte e de Claude Bernard para pensar. É no “*princípio de Broussais*”, de Comte, que aparece a proclamação de que todas as doenças, aceitas como tal, são apenas sintomas, e que não poderia haver perturbações das funções vitais sem lesões de órgãos ou de tecidos. Para Comte, o fenômeno patológico tem seu análogo no fenômeno fisiológico, não havendo nada de radicalmente novo. Tanto na doença quanto na saúde, as leis dos fenômenos vitais são as mesmas.

Canguilhem assume uma postura crítica dessa visão organicista do positivismo: corrente filosófica iniciada na França no começo do século XIX cujas principais ideias se relacionam com descobrir as leis gerais que regem os fenômenos observáveis, nas quais o conhecimento científico sistemático é baseado em observações empíricas, na observação de fenômenos concretos, passíveis de serem apreendidos pelos sentidos do homem.

Canguilhem (1943/2009) tomará essa discussão para tratar das relações fundamentais entre fisiologia e patologia no campo da medicina. Ele cita Broussais ao afirmar que todas as doenças consistem basicamente no excesso ou falta de excitação dos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal. Canguilhem (1943/2009) retoma as ideias de Broussais e destaca que os termos *anormal*, *patológico* ou *mórbido* não poderiam ser utilizados de forma análoga ou equivalente.

A distinção entre o normal e o fisiológico, o anormal e o patológico, é feita apenas como sendo de caráter quantitativo, valendo para os fenômenos orgânicos e mentais. Excesso ou falta de excitação como indicadores dos conceitos de normal e patológico, indicando um caminho *normativo*, sob uma pretensão métrica. Surge a ideia, então, de ser em relação a uma medida que é válida, desejável, uma *norma*. Manifesta-se, portanto, um

estado considerado como normal a partir de uma manifestação em relação a “*algum valor*”. Canguilhem (1943/2009) considera que por trás dessa concepção positivista do conceito de normal, há um valor ideal.

Retomando Claude Bernard (2010), a saúde e a doença não são modos de funcionamento que diferem essencialmente. Entre elas há, de fato, diferenças de grau: exageração, desproporção, desarmonia dos fenômenos normais que constituem o estado doente. Existiria, assim, uma continuidade entre o normal e o patológico, igualmente como se dá em relação à vida e à morte.

Desmembrar, segregar, separar, extirpar um sintoma de um pedaço do corpo: *quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual* (Canguilhem, 1943/2009, p. 54). O autor proclama, desta forma, que a clínica situa os médicos em contato com indivíduos completos, e não apenas com seus órgãos e funções.

Que consequências podemos identificar das acaloradas discussões em torno de padrões normativos de normalidade? Safatle (2009) aponta a “saúde” como algo que aparece como categoria fundamental de imposição de uma normatividade social à vida. *Dá-se o mesmo sentido ao sofrimento independentemente do contexto? (...) é possível que a “significação do sofrimento psíquico” seja uma questão eminentemente política, já que diz respeito à maneira com que os corpos sofrerão interferências, os comportamentos serão normatizados* (p. 12).

Podemos pensar que, por trás das definições do que está em jogo entre normal e patológico, encontramos uma questão vinculada à maneira com que a razão moderna determina a articulação entre vida e conceito, entre ordem e desordem, entre norma e erro (Safatle, 2011).

Canguilhem (1943/2009), também, suscitará as discussões de René Leriche relativas a tomar a doença a partir do sujeito e não do médico. *A saúde é vida no silêncio dos órgãos*. Contrariamente, *a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer*. Para Leriche, a doença não será tratada como uma modificação quantitativa nos fenômenos fisiológicos ou normais, mas como um estado autenticamente anormal.

Semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, daí porque ele será descrito como distúrbio, transtorno, déficit ou excesso que acontece no nível de funções e órgãos (Safatle, 2011, p. 16). Podemos pensar, assim, que doença aparece como um julgamento valorativo de inferioridade a respeito do normal. Um subvalor derivado.

Vincular o normal a partir de uma relação normativa de ajustamento ao meio implica afirmar que não há fato algum que seja normal ou patológico *em si*. Eles são normais e patológicos no interior de uma relação entre organismo e meio ambiente. Não há uma continuidade quantitativa entre normal e patológico, mas uma descontinuidade qualitativa.

Podemos pensar, em consonância com Safatle (2011), que o que está em jogo é aceitar ou não uma separação entre os domínios da natureza e da cultura, uma separação entre o que é da ordem da circulação social do discurso e o que não é totalmente redutível a tal circulação. Conceber a distinção entre normal e patológico está ancorado na reconstrução da experiência do corpo, na constituição de uma tecnologia de normatização do corpo a partir de uma estrutura valorativa que orienta a racionalidade clínica. Eis aqui, que um problema clínico não é apenas um problema clínico, até porque ele só é determinado enquanto problema por partilhar um padrão de racionalidade, historicamente situado, cujas raízes não se esgotam apenas no campo da clínica.

Se a noção clássica entre normal e patológico é resultado de uma norma que tem a função de valor, então é possível pensar outro modo de partilha entre normal e patológico? questiona Safatle (2011). Não existe uma continuidade entre o normal e o patológico, mas parece sim haver uma descontinuidade qualitativa.

O patológico só começa quando é reconhecido como tal pela consciência marcada pela experiência da doença (Canguilhem, 1943/2009). Dilema que parece se colocar nos termos de subjetividade, visto que a determinação da qualidade é um processo valorativo que depende, assim, da expressão da subjetividade do doente (Safatle, 2011). Eis a razão para Leriche defender a ideia de que para compreender a doença é necessário desumanizá-la.

Mas, então, o que é patológico? No interior de uma relação, aparece como algo que se revela entre o organismo e o meio ambiente. Neste sentido, essa relação é mediada por construções e valores sociais (Safatle, 2011).

Canguilhem (1943/2010) também analisa Claude Bernard, cuja postura *considera a medicina como a ciência das doenças, e a fisiologia como a ciência da vida (...)* A terapêutica racional só poderia ser sustentada por uma patologia científica e uma patologia científica deve se basear na ciência fisiológica (p. 21). A biologia seguiria o determinismo próprio a toda ciência do mundo físico. A partir do estudo da diabetes, o autor tenta colocar a perspectiva de que se conhecendo um fenômeno fisiológico, estaríamos em condições de avaliar as perturbações que se podem sofrer no estado patológico. Em relação às premissas:

É preciso notar em Claude Bernard, assim como em Bichat, Broussais e Comte, uma convergência de conceitos quantitativos e qualitativos na definição dada aos fenômenos patológicos. Ora o estado patológico é “o distúrbio de um mecanismo normal, que consiste em uma variação

quantitativa, uma exageração ou atenuação dos fenômenos normais”, ora o estado doentio é constituído pelo “exagero, pela desproporção, pela desarmonia dos fenômenos normais”. Impossível deixar de ver, nesse trecho, que o termo “exageração” tem um sentido nitidamente quantitativo” (p. 24).

Apenas uma norma. A doença seria, assim, um novo modo de produção de novas formas? As leituras sugerem que novas normas também podem ser sementes do desenvolvimento de novos horizontes, novos comportamentos, dirá Safatle (2011). *O que aparece como anormal é, em vários casos, o prenúncio de uma nova potência de normatividade em relação à vida* (Safatle, 2011, p. 23).

Diversidade não é doença. O *anormal* não é o patológico: *há uma maneira de considerar o patológico como normal, definindo o normal e o anormal pela frequência estatística relativa. Em certo sentido, pode-se dizer que uma saúde perfeita contínua é um fato anormal* (Canguilhem 1943/2010, p. 44). Saúde é a posição na qual o organismo aparece como gerador de normas na sua relação com o meio ambiente. Inclusive porque a norma, para um organismo, é exatamente sua capacidade de mudar de norma (Safatle, 2011).

A passagem pelas leituras a respeito de como considerar e definir o normal, o anormal, o patológico, dizem respeito, também, às denominadas doenças mentais situadas no interior de uma dialética de doenças orgânicas. Conseguimos apreender e até compreender um organismo quando vemos o que vemos? Existe uma normatividade de funções e órgãos que se submetem a padrões gerais de mensuração?

Busco retomar esta discussão a partir da gramática e dos dispositivos de poder no Capítulo 3. No momento, me atarei a construir uma lógica que permita (ou não) entender a ordem casual dos fatos.

1.3 A questão da causalidade

É com Descartes que surgem as ideias racionalistas, as quais provocam uma virada no pensamento filosófico e científico. O saber se fundamenta na razão, na paixão pelas descobertas, surge um novo conhecimento. A leitura, perpassada pela ótica de Alquié (1974) indica que os princípios cartesianos de causalidade reúnem quatro afirmações a rigor incompatíveis: 1) a causa é a razão; 2) compreender é descobrir um fato, um processo mecânico; 3) os estados de alma podem causar os do corpo, e vice-versa; 4) Deus cria o mundo a cada instante. Assim a causa, para Descartes, é razão: é aquilo que engendra o efeito e contém o princípio de sua explicação racional.

Descartes, ciente das descobertas astronômicas e matemáticas, que propunham um saber compatível com a infinitude do universo, precisava encontrar um ponto seguro e indubitável que definisse essa nova ordem universal, do que seria, mais tarde, a forma moderna do conhecimento (Dunker, 2008). Existiria uma espécie de regra geral que se contrapõe ao horror da indeterminação e da incerteza gerada pela equivocidade do sentido. Descartes (2020), em sua obra *O Discurso do Método e as Meditações cartesianas*, expressa uma escrita desumanizadora da experiência humana, dissociada do corpo, sem subjetividade, transmitindo o espírito de uma época sem espíritos (Dunker, 2008).

Seguindo a lógica proposta, as ideias, como tais, têm um devir e passam, ao se transformarem, de sistema em sistema. Vamos continuar. Alquié (1974) trata de questões fundamentais dentro do pensamento cartesiano, a saber: a concepção cartesiana da causalidade; a Teoria Malebranchista das causas ocasionais; a causalidade em Berkeley; e, finalmente, Hume e o problema da causalidade.

Segundo Malebranche, um dos sucessores de Descartes, os princípios cartesianos seriam o princípio segundo o qual toda afirmação causal deve repousar sobre a descoberta de uma razão e o princípio da descontinuidade do tempo e da criação contínua leva a situar em Deus a fonte de toda causalidade efetiva; não considerando mais as causas naturais senão como ocasiões (Alquié, 1982). No malebranchismo, a preocupação filosófica não se separa da preocupação religiosa. Assim, a religião ensinaria que não há senão um verdadeiro Deus e a filosofia faria conhecer que não há senão uma verdadeira causa. Alquié (1982) aponta que Malebranche demonstra, em repetidas análises, a impossibilidade de encontrar uma causa no domínio dos objetos cientificamente conhecidos. É preciso separar a alma e o corpo e negar a sua interação.

A teoria de Malebranche, apologética em sua intenção, abre pois o caminho, no que concerne à Natureza, à crítica empirista da ideia de causa e à elaboração da noção positivista de lei. Ela prepara também a concepção kantiana de uma causalidade científica que só se aplica ao mundo fenomenal (Alquié, 1982, p. 7).

A preocupação de Berkeley era a de simplificação. A causa se reduz à lei e a lei a uma relação de significação, é a regularidade que permite os signos que, por sua vez, são frutos da permanência da vontade de Deus e de seu desejo. É um positivismo fundado sobre uma teologia, define Alquié (1982).

A partir de Hume, a questão se modifica: o próprio conhecimento da natureza não pode se compreender a partir da natureza humana. O sujeito humano será puro sujeito de conhecimento. Os próprios dados do problema da causalidade permanecem imutáveis, refletindo que as relações descobertas pela ciência são sempre consideradas constantes. *Que é que temos, com efeito, no espírito quando falamos de causalidade? Antes de mais*

nada, uma relação espaço-temporal de contigüidade ou de sucessão imediata. Mas essa relação é, segundo Hume, da ordem do puro dado (Alquié, 1982, p. 10).

Já no pensamento de Kant, encontramos, nos seus primeiros ensaios, a tentativa de conciliar as reflexões de Descartes, Newton e Leibniz. Ligação causal à faculdade de compreensão do entendimento, ou seja, a ligação causal tem o privilégio de ser, por um lado, tão racional quanto uma ligação lógica e, por outro, de corresponder ao real. Sobre o tema, Alquié (1982, p. 14) traz que Kant discorre:

Uma série fenomenal não me aparece como objetiva a não ser na medida em que ela é sustentada por um conceito capaz de lhe permitir que tome lugar no universo dos objetos, esse conceito sendo precisamente o da causalidade. Os objetos da experiência exigem, portanto, efetivamente a intervenção de um entendimento que construa os dados sensíveis segundo as suas próprias leis, ou categorias.

Segundo Kant (1788/2005), o homem é causa livre na medida em que é um ser - afirmação que coloca a questão no caminho da ação moral.

Quais são os desdobramentos desta discussão filosófica a respeito das transformações do saber e do olhar no tratamento do sofrer psíquico? Na contramão dos argumentos, e, a partir de um outro olhar, se coloca a ideia de que o conhecimento da ordem dos fatos e de suas possíveis causas não garantiriam a cura. Por outro lado, a causa na psicanálise não se encontra nos fatos. Esse evento pode ser encontrado no registro do sentido. Uma questão importante de destacar é que não é objetivo do presente trabalho o aprofundamento filosófico, mas apenas sinalizar os elementos que participam da construção do saber e do olhar sobre o sofrimento psíquico.

Pois bem, o domínio das significações exige um tipo de inteligibilidade específico, próprio, diferente daquele utilizado nas investigações relativas ao domínio dos fatos.

No percurso realizado, encontramos certas construções teóricas e epistemológicas que serviram de base para o pensamento científico moderno, permeado pelo pensamento casuístico das leis universais, que subjazem à lógica do saber relacionado ao tratamento da loucura. Vejamos como podemos analisar a questão a partir de outra vertente.

Se seguirmos os caminhos de Lacan, para quem a relação entre a causa e a lei seria de *antagonismo*, podemos dizer que a causa se diferencia do que há de determinante numa cadeia, ou seja, da lei (Lacan, 1964/1998). Denota, assim, que a lei não parece efetiva, no sentido de que entre a causa e o que ela afeta há sempre claudicação (Lacan, 1964/1998).

É a tentativa de fazer uma leitura dos modos distintos de ensino e compreensão da psicanálise, pautados na indeterminação, nos tropeços, nos furos que incidem na ordem do sentido. O movimento de causa e efeito que opera, e que defendo, na antítese, é a de um sujeito atravessado por pontos de indeterminação que incidem na determinação estrutural.

Aqui o aporte é a uma teorização particular sobre a questão da causalidade diferenciada do cientificismo e determinismo estrito entre ciência, verdade e saber. Podemos pensar que se trata de uma indeterminação, por um lado, e de uma causalidade psíquica, por outro. Vejamos essa questão.

Na pauta da discussão, encontramos a crítica à concepção organicista do psiquismo, a “o homenzinho que está dentro do homem” pronto para responder, é a crítica à teoria organicista, apenas, da loucura, como pano de fundo. As ideias surgem a partir do que Lacan discorre acerca do dinamicismo de Henri Ey (Lacan, 1964/1998). Analisar as expressões de que há a necessidade de investigar apenas as condições anatômicas do

processo cerebral das doenças mentais ou apenas as lesões que se desdobram nas funções psíquicas constitui a antítese que este trabalho pretende defender. Isso porque a questão condiciona e repercute no fenômeno da loucura.

Caberia encontrar uma psicogênese compatível com as ideias de Descartes em termos de dualismo absoluto entre orgânico e psíquico? Lacan (1964/1998) dirá que é um dualismo da extensão e do pensamento – uma teoria da vida psíquica incompatível com a ideia de uma psicogênese dos distúrbios mentais:

Projetado numa realidade ainda mais espiritual, constitui-se o mundo dos valores ideais, não mais integrados, porém infinitamente integradores: as crenças, o ideal, o projeto de vida, os valores do juízo lógico e da consciência moral, vejo muito bem que de fato existem crenças e um ideal, que se articulam num mesmo psiquismo com um projeto de vida tão avesso ao juízo lógico e à consciência moral que produz um fascista, ou, mais simplesmente, um imbecil ou um trapaceiro (Lacan, 1964/1998, p. 161).

Essas expressões poderiam denotar certa desconfiança de Lacan na hora de entender e estabelecer uma fenomenologia da relação psicanalítica como a vivida entre médico e paciente. O autor proclama: em termos de uma psicologia concreta, constituída como ciência, *não conseguimos estabelecer a mínima lei em que se pautasse nossa eficiência* (Lacan, 1964/1998, p. 162).

Quanto ao fenômeno da loucura, como podemos analisar a questão? Lacan se debruça sobre a questão evocando não somente o neurologista, mas também o filósofo e ressalta mais o filósofo do que o neurologista, numa estrutura constitutiva do conhecimento humano. Indica o suporte que o simbolismo do pensamento encontra na percepção visual, numa relação de fundação (Husserl). A loucura é um fenômeno do pensamento, novamente.

Lacan se refere a Ey, em sua insistência em relacionar alucinação como um erro. O sujeito não reconhece suas próprias produções como sendo suas, ensina Lacan (1964/1998). Todos concordamos que “*um louco é um louco*”. Nessa perspectiva, a realidade que o sujeito atribui a esses fenômenos tem um caráter mais decisivo do que a sensorialidade que ele experimenta neles (sejam quais forem: alucinações, interpretações, intuições), e segue:

Não importa com que alheamento e estranheza sejam vividos por ele, todos o visam pessoalmente: eles o desdobram, respondem-lhe, fazem-lhe eco e lêem nele, assim como ele os identifica, interroga, provoca e decifra. E, quando vem a lhe faltar todo e qualquer meio de exprimi-los, sua perplexidade nos evidencia nele, mais uma vez, uma hiância interrogativa, ou seja, toda a loucura é vivida no registro do sentido (Lacan, 1964/1998, p. 166).

Assim, parece ter se iniciado um caminho sem volta, uma reviravolta na qual se considera a loucura inseparável do problema da significação para o ser, quer dizer, da linguagem para o homem. Seria, nas palavras do psicanalista, uma teoria da linguagem para esbarrar no problema do inefável.

A linguagem do homem se apresenta como um instrumento de sua mentira. A saber:

- seja por traí-la, na medida em que é a expressão de sua hereditariedade orgânica, na fonologia do flatus voeis; das “paixões do corpo”, no sentido cartesiano, isto é, de sua alma, na modulação passional; e da cultura e da história que constituem sua humanidade, no sistema semântico que o formou quando criança;

- seja por manifestar essa verdade como intenção, abrindo-a eternamente para a questão de saber como aquilo que exprime a mentira de sua particularidade pode chegar a formular o universal de sua verdade (Lacan, 1964/1998, p. 167).

Neste ponto de interseção, se situa psicologia como o campo do *insensato*, de tudo aquilo que cria nó no discurso. Entretanto, qual o sentido de trazer estas discussões neste trabalho? A ideia é bordejar o avesso das concepções que permearam as construções do saber e do olhar em instituições de saúde mental durante a sua história. Vejamos no próximo tópico o surgimento das primeiras clínicas psiquiátricas.

1.4 O legado das primeiras clínicas Psiquiátricas

O desenvolvimento histórico dos conceitos e práticas da psiquiatria e das práticas em saúde mental auxiliam na compreensão para a construção de novas formas sociais e técnicas na hora de lidar com a doença mental, a loucura e o sofrimento mental. A partir de uma perspectiva histórico-crítica sobre a produção das categorias que definem o sofrimento mental (Dunker, 2014), será realizado um percurso sobre a evolução desse saber. Meu propósito é trazer pressupostos e fundamentos da clínica.

A herança que o surgimento da clínica moderna, no século XVIII, deixou nas primeiras clínicas psiquiátricas se relacionam com práticas, discursos e dispositivos que se formaram em resposta a demandas de legitimação social derivada de um sistema moral, religioso, jurídico e de saberes empíricos e teóricos da medicina.

O surgimento da clínica inicia um novo olhar que se caracteriza por operações e procedimentos classificatórios, ordenadores, reconduzindo as semelhanças em conjuntos ou classes (Foucault, 1987; Dunker, 2001). Foi o acontecimento da medicina social como um empreendimento, originado na Prússia desde o século XVIII e disseminado para o

restante da Europa (Dunker, 2011). Surge uma normalização aplicada à relação médico/paciente.

No século XVIII, tratava-se de uma medicina dos recursos ambientais e da salubridade, exercida sobre os pobres. A medicina social era um empreendimento com uma política de controle dos nascimentos, das mortes, das epidemias e endemias, da sexualidade e da reprodução. Surge a formação da experiência clínica derivada da observação controlada, do ensino da medicina orientada pelo teatro nosológico e pelos processos patológicos, aliados ao desenvolvimento de instrumentos que melhoram e refinam as técnicas diagnósticas (Dunker, 2011).

Em 1656, em Paris, foi fundado o Hospital Geral, onde seriam recolhidos e alojados todos os excluídos que perturbavam a ordem social. Esse local representava o papel da polícia e da justiça. As casas de internação foram criadas com a pretensão de se implantar a prática da correção e do controle dos ociosos, com o objetivo de proteger a sociedade. Em 1676, disseminam-se instituições de internação por toda a França, a partir de uma ordem real, momento no qual foi criado em cada cidade um Hospital Geral, dando origem assim ao período chamado Grande Internação (Foucault, 1987).

Os locais de internação eram utilizados como depósitos de pessoas catalogadas como inúteis, vagabundas, excluídas da sociedade. Os internos precisavam trabalhar em troca de baixa remuneração. Os internos que apresentavam condições de cura, eram submetidos a tratamentos desumanos, na França (Hotel-Dieu) e em Londres (Bethleem), com sangrias, vômitos induzidos, purgações, isolamentos em quartos escuros, banhos de água fria, aparelhos que faziam com que o paciente rodopiasse em macas ou durante horas até que perdesse a consciência. Com o legado de estabelecer limites e condições para uma semiologia da loucura, floresce, no século XIX, a psiquiatria. Os nomes de Kraepelin, Charcot e Esquirol foram os que se destacam nesse movimento (Dunker, 2011). Pinel e

Esquirol se inscreveram historicamente em um momento em que a medicina tinha a preocupação de se diferenciar da filosofia, da psicologia e da religião a partir de objetos de conhecimento diferentes.

Pinel foi pioneiro no tratamento do sofrimento mental e concebeu a loucura como consequência das paixões exacerbadas e em decorrência de uma desorganização das funções intelectuais, dando, assim, uma nova direção à psiquiatria do final do século XVIII e início do século XIX (Pacheco, 2003). Pontuou as causas hereditárias como responsáveis pelas doenças, mas incluiu também fatores externos e as emoções violentas. Com a observação empírica e sistemática somada ao tratamento moral, Pinel conferiu à medicina a necessidade de tratar os acometidos de forma humana e respeitosa. Entretanto, a prática do tratamento humanizado ainda não se ampliava totalmente:

(...) posso atestar, a partir de uma observação assídua de dois anos consecutivos, que as mesmas máximas da mais pura filantropia presidem a direção dos alienados de Bicêtre; que o pessoal de serviço não levanta a mão violenta sobre eles, sob qualquer pretexto que seja, mesmo por represálias; que as camisas de força e a reclusão por um tempo muito limitado são as únicas penas infligidas; e que na falta de sucesso pela via da doçura ou de um aparelho que impõe repressão, um stratagem hábil algumas vezes produz curas inesperadas(Pinel, 1801/2004, p. 127).

Sobre essa questão, Foucault (1987) expressa:

O asilo de Pinel, retirado do mundo, não será um espaço de natureza e de verdade imediata como o de Tuke, mas um domínio uniforme da legislação, um lugar de sínteses morais onde se apagam as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade. Toda a vida dos internos, todo o comportamento dos

vigilantes em relação a eles, bem como o dos médicos, são organizados por Pinel para que essas sínteses morais se efetuem (p. 539).

Para tal se serve de três meios, a saber: 1) o silêncio; 2) o reconhecimento do espelho, o olhar só será exercido no interior do espaço definido pela loucura: *é no silêncio daqueles que representam a razão, e que apenas seguraram o espelho perigoso, ele se reconhece como objetivamente louco* (Foucault, 1987, p. 542); 3) o julgamento perpetuo, a loucura é chamada, constantemente, a julgar a si mesma.

O médico dissipa a realidade da doença mental e o doente permanece inteiramente alienado na pessoa real do médico.

Esquirol, por sua vez, prossegue com o trabalho de Pinel. Conservando os pressupostos das causas físicas e morais, propõe uma nova sistematização nosográfica e uma diferenciação mais detalhada das síndromes psicopatológicas (Pacheco, 2003). Separa as perturbações de origem orgânica das perturbações de natureza psíquica. Neste momento, as experiências vividas pelo paciente adquirem um novo valor, começam a ser consideradas no conhecimento de suas funções mentais. Desta forma, o adoecer é parte da experiência sensorial do sujeito e, assim, a loucura poderia ser um estado reversível (Pacheco, 2003). Acatou, Esquirol, o drama da vida cotidiana de um doente mental na instituição de alienados: *lutou pela nova lei de internação, que entrou em vigor em 1838, trazendo melhores condições aos pacientes psiquiátricos e iniciando a época dos grandes asilos, onde a loucura passou a ser definitivamente associada às práticas sistemáticas da medicina* (Pacheco, 2003, p. 156).

O tratamento moral trazia um sentido educativo que envolvia aspectos ambientais e sociais. Uma questão ética que considerava a correção de erros na lógica do pensamento e raciocínio a partir de condutas arbitrárias e coercitivas.

Na análise do surgimento e história da loucura, Foucault (1987) introduz debates relacionados à questão do internamento como a única solução encontrada para lidar com a loucura bem como ao poder concedido às concepções médicas em seu tratamento. Nesses caminhos, a medicina incorpora a loucura como parte de seu campo de saber e busca submetê-la aos seis princípios racionais.

Prosseguindo na minha análise, como podemos pensar a construção histórica das primeiras clínicas psiquiátricas? Na perspectiva de Dunker (2001), proponho a ideia de comparar o funcionamento articulado das construções dessa história com a apropriação de uma espécie de linguagem: isola-se uma semântica que contém o significado dos traços, sintomas e quadros. A partir disso, se estabelece uma *gramática*, com as regras de composição e transformação das figuras patológicas, segundo uma ordem que permite antecipação.

Aqui, e em consonância com Dunker (2001), se encontra, na origem do projeto clínico moderno, uma *semiologia*, uma classificação dos signos, índices e sintomas. Trata-se de uma concepção que destaca a relação entre os signos e o seu referente, no sentido de que os signos permanecem mais puros e estáveis desde que possuam menos intermediários entre o olhar e o corpo. Pareceria que o clínico ouve o paciente, mas não a escuta. A clínica clássica, exclui o sujeito: *a investigação deve redundar em um significado que se diagrama entre a saúde e a doença, entre o crônico e o agudo, entre o normal e o patológico* (Dunker, 2001, p. 90).

Na sequência, na clínica clássica aparece a forma de uma diagnóstica, como uma transposição do particular ao geral, para logo depois e, a partir da reunião de particulares, constituir uma nova generalidade. Estamos aqui tratando de uma nosologia das espécies e gêneros do patológico (Dunker, 2001). Neste sentido, estamos de acordo com que o diagnóstico implica uma comparação, a partir de uma apreciação conjunta da

simultaneidade dos signos e da sua sucessão ao longo do tempo. Impõe-se ao diagnosticar uma decisão. Supõe um consenso e não a certeza. Podemos, neste ponto, nos perguntar: *Como, enfim, constituir uma semiologia que não fosse mera convenção moral ou abstração relativa ao universo de significações do próprio clínico?* (Dunker, 2011, p. 425).

Acrescentamos, também, a concepção *etiológica* (Dunker, 2001; 2011) que será pautada em princípios causais comuns, orgânica e uma *terapêutica* centrada em uma perspectiva linear entre causas e efeitos. Claude Bernard será um dos precursores desta perspectiva.

Outro elemento da clínica clássica inclui os procedimentos que sustentam a *terapêutica* junto com os dispositivos de saber que legitimam esses procedimentos (Dunker, 2001). Neste elemento, encontramos: 1- introdução ou retirada de alguma condição; 2- um princípio regulatório do sistema; 3- uma deontologia, deveres transmitidos; 4- observações sobre a relação com o paciente.

Existem, assim, transformações constantes e, por vezes, homogêneas entre terapêutica, semiologia e diagnóstica, no sentido de novas formas clínicas serem pautadas em função da descoberta de tratamento para elas (Dunker, 2011). Cabe aqui pensar em termos de rupturas do critério da homogeneidade como forma de colaborar com as novas propostas de tratamento.

Capítulo 2: DISPOSITIVOS

2.1 Dispositivo Disciplinar: Foucault e a intercessão de Deleuze

O termo dispositivo é um termo utilizado por Foucault a partir da metade dos anos setenta, na tentativa de abordar aquilo que nomeava *governabilidade*. Esta premissa indica uma leitura que entende que existem agenciamentos de subjetividade, que poderiam ser gerenciados a partir do que ele chama de “dispositivo disciplinar” (Foucault, 1975/1997). A ideia remete a uma determinação da vivência do sujeito a partir de normas e padrões de relação na esfera social. O autor indica, também, que o dispositivo atua pela via do poder, inscrevendo-se, assim, em uma relação de poder. É uma rede que atua em um determinado espaço social e que permite aceitar ou não o que poderia se chamar de científico ou não científico.

Nessa perspectiva, os dispositivos operam como algo vinculado ao tempo histórico no qual estão situados. São mecanismos produtores de saber, produtores de poder, multiplicadores de discursos, indutores de prazer (Foucault, 1988). Esse ponto encontra intersecções com a produção de subjetividades associadas aos processos sociais que operam na produção da mesma, contendo, assim, um ponto de reprodução de verdades e saberes.

Poderíamos estabelecer uma ideia, um arsenal e um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, organizações, práticas, leis, proposições filosóficas, enunciados cinéticos e morais, o dito, o não dito como uma rede que se estabelece entre esses elementos (Foucault, 1979). O autor trabalha com a ideia de que o dispositivo surge como resposta a uma demanda, uma *urgência* histórica que sequestra a massa para regulá-la e, neste ponto, se debruça sobre as instituições carcerárias. Na análise dessas instituições,

traça um percurso que demonstra como, a partir de uma pedagogia, se criavam hábitos de trabalho nos condenados.

As considerações levam a pensar, conforme De Oliveira e Heuser (2017), que os dispositivos podem compor uma determinada estratégia, ou seja, ser táticos. Encontramos, nessa perspectiva, a família, o hospital, o exército. Deleuze (1990) trata da questão a partir de uma indagação:

Mas o que é um dispositivo? Em primeiro lugar, é uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras (p. 155).

Essas linhas, podemos pensar, não oferecem coordenadas constantes, estão em variação permanente, entrecruzando-se, misturando-se. Poderão ser científicas, políticas e/ou estéticas dependendo dos limiares que atravessam (Costa, Périco & Zouza, 2019). Saber, poder e subjetividade aparecem como grandes instâncias que não possuem contornos definitivos, mas aparecem como cadeias de variáveis relacionadas entre si (Deleuze, 1990):

Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama de “trabalho em terreno”. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal (p. 155).

Decifrar as linhas de um dispositivo, continua Deleuze (1990), implica traçar um mapa, cartografar cada caso. O “trabalho em terreno”. Para Deleuze (1990), um

dispositivo tem duas dimensões: as curvas de visibilidade e curvas as de enunciação. Como máquinas de fazer ver e fazer falar, essas curvas são como luzes que formam figuras variáveis de um dispositivo. Assim, cada dispositivo faz nascer ou desaparecer o objeto que não existe sem essa luz. A historicidade dos dispositivos é o regime de luz e, também, o regime de enunciação. As enunciações remetem a curvas variáveis dentro de um determinado momento ou gênero literário.

A terceira dimensão implica, como já dito, linhas de forças, como pontos precedentes de um ponto singular a outro. Uma espécie de tangentes que envolvem os trajetos de uma linha com outras linhas, que operam idas e vindas entre o ver e o dizer. Invisível e indizível é a linha que trata da “dimensão do poder”, e o poder é a terceira dimensão do espaço interno do dispositivo. Esta dimensão se compõe, como o poder, com o saber.

Na sequência, Deleuze (1990) afirma que uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade ao interior de um dispositivo, ela se fará na medida em que o dispositivo o permita ou possibilite. Esta linha escapa, escapa-lhes, é uma fuga: *O si mesmo não é nem um saber nem um poder. É um processo de individuação que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto às forças estabelecidas como aos saberes constituídos: uma espécie de mais-valia* (p. 157).

Antes de me aprofundar na questão da subjetividade, vamos tocar no assunto do poder. Os dispositivos, segundo Foucault (1979), se ligam a partir de relações de poder, estando, também, ligados a configurações de saber que dele nascem e que, igualmente, o condicionam. Dirá o autor que os dispositivos são estratégias de força, sustentando tipos de saber e sendo por eles sustentados.

Pareceria, então, que o poder se entende como infinitésimas relações de forças e pequenos enfrentamentos. É no interior de uma trama social que se evidencia esse

enfrentamento: homem e mulher, pais e filhos, professores e alunos, médico e paciente. O poder pode ser investigado em suas extremidades, em suas ramificações, lá onde ele se torna capilar (Foucault, 1979).

Seriam microlutas que incidem no sujeito.

Voltando à proposta de Deleuze (1990) acerca da questão da subjetividade. Aqui o autor se vale de uma ideia interessante: uma espécie de “*lugar de invenção*”, no qual se encontraria o domínio de si mesmo (outra ordem de pensamento além da psicanálise) que indica uma possibilidade de subjetivação autônoma, provedora de novos saberes e inspiradora de novos poderes. Parece aqui que temos a proposição de conferir um caráter dinâmico ao dispositivo, convocando sua capacidade de transformação criativa, a novidade (Costa, Périco & Zouza, 2019). É onde reside nossa esperança, por assim dizer, e nossa fundamentação na hora de trazer novas propostas.

Nesse ponto, encontramos a possibilidade da novidade, da atualização e ressignificação do que era anterior. Trata-se de uma perspectiva transformadora, como oportunidade de subversão, retirando a visão de *ideia sagrada*, tradicional:

Os dispositivos têm, então, como componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam, enquanto umas suscitam, através de variações ou mesmo mutações de disposição (Deleuze, 1990, p. 158).

As consequências dessas premissas podem aparecer na negação do universal. Existiriam, assim, processos singulares, o sujeito não é universal. É a ideia de que cada dispositivo é uma multiplicidade.

Uma outra consequência, na leitura de Deleuze, é um desvio de orientação que separa o eterno para apreender o novo. Diremos que a preocupação, agora, não é mais

considerar a regularidade das enunciações, mas de se fissurar no interior de cada dispositivo:

Pertencemos a certos dispositivos e neles agimos. A novidade de um dispositivo em relação aos anteriores é o que chamamos sua atualidade, nossa atualidade. O novo é o atual. O atual não é o que somos, mas aquilo em que vamos nos tornando, o que chegamos a ser, quer dizer, o outro, nossa diferente evolução. É necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual (Deleuze, 1990, p. 160).

A questão não será saber se será melhor ou não, será, somente, propor linhas de atualização e criatividade. Esta ideia será colocada, a todo o momento, na proposta de um novo saber e um novo olhar a respeito da loucura como possibilidade de reinvenção.

2.2 Sociedades disciplinares: corpos e saberes

O panopticon é um recurso que permite que o poder seja exercido de modo automático. Concretamente, trata-se de um prédio em forma de anel com uma torre na parte central, a certa distância da área circular. Dentro da torre, temos alguém que consegue observar e controlar, sem ser visto pelos que estão fora dela e dentro do anel. Na parte dos fundos das celas têm-se grades que permitem que a luminosidade de fora penetre nesses espaços fechados. Dessa forma, o indivíduo que está enclausurado está, o tempo todo, dentro de um campo de visibilidade. Os presos, assim, não conseguem identificar em que momento são vigiados, nem quem os vigia. Foucault (1975/1997) utiliza este aparato para trazer a efetivação da relação entre os dispositivos disciplinares nas sociedades ocidentais a partir do século XVII, aparecendo mais incisivamente no século XVIII (De Oliveira & Heuser, 2017).

O conceito foi iniciado e analisado primeiramente por Jeremy Bentham (filósofo jurista), mas na leitura de Foucault (1975/1997) aparece como recurso para ilustrar o funcionamento da sociedade disciplinar. Vejamos como acontece essa operação.

Este dispositivo realiza uma inversão do modo de confinamento utilizado no século XVII no sentido de que se antes se enclausurava e escondia o indivíduo agora se coloca o detento em um campo de visibilidade. Assim mesmo, esse dispositivo *despersonifica* o poder quanto a ocultar a pessoa que exerce o poder de controle. Não se sabe, não se vê, mas é exercido. Estamos falando de uma reordenação visual do poder, do poder invisível. Alegando aos poderes disciplinares:

O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo (Foucault, 1975/1997, p. 195).

O autor refere que é um poder modesto, desconfiado, que funciona com uma economia calculada e permanente. Trata-se de instrumentos simples: o olhar hierárquico, combinado com um procedimento específico e uma sanção normalizadora. Estamos diante de *um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder* (Foucault, 1975/1997, p. 196). Uma tecnologia de vigilâncias múltiplas, olhares que podem ver sem serem vistos.

O sujeito, sabendo-se observado, controlado, assume por sua própria conta o estado limitado. Assim, não seria necessário recorrer à força física para que o louco, o operário, o doente, retorne ao *bom comportamento*. O indivíduo gera sua própria sujeição e aceita-a conformado, tornando-se agente ativo do seu estado de submissão. O panóptico conjuga também as necessidades econômicas e políticas da atual *sociedade de controle*.

Economiza os custos com o policiamento e aumenta a aparência de liberdade reforçando o exercício do poder de modo sutil apoiando-se nos próprios indivíduos.

O dispositivo panóptico aprimora o funcionamento da sociedade de controle, que exige transparência e segurança. Difunde-se pela esfera social, amplifica o poder, eleva o nível da moral pública. Existe aqui vigilância e exame ou saber. Neste ponto, Foucault traça a ideia de que estamos diante da base do poder, que vai dar lugar às ciências humanas, dentre elas a psicologia e a psiquiatria.

Nesse sentido, a relação que encontramos entre o olhar e a estrutura incide de forma direta sobre o corpo e a sua distribuição no espaço. Foucault (1975/1997) indica que durante a época clássica já surgiram tentativas e descobertas do corpo como alvo de poder. Regulamentos militares, escolares, hospitalares a partir de processos empíricos e refletidos para controlar as operações do corpo. Submissão e utilização por um lado, funcionamento e explicação por outro. Corpo inteligível e útil.

Nasce uma arte do corpo que visa à formação de uma relação que, no mesmo mecanismo, torna esse corpo mais obediente e útil. Assim, diz o autor que é, então, uma política das coerções. Como uma multiplicidade de processos, de localizações esparsas, que se repetem, se imitam, se apoiam uns sobre os outros, distinguindo-se segundo seu campo de aplicação (Foucault, 1975/1997). Encontramos esses processos nos colégios, no espaço hospitalar, na organização militar. *Técnicas sempre minuciosas, muitas vezes íntimas, mas que têm sua importância: porque definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova “microfísica” do poder; e porque não cessaram, desde o século XVII* (Foucault, 1975/1997, p. 165).

Trata-se de diversos dispositivos que crescem de tal modo na sociedade a ponto de se configurarem como uma rede que forma a sociedade disciplinar. Nesta perspectiva, o corpo já não aparece como alvo de repressão, mas como superfície e massa das

disciplinas. O castigo não será, assim, uma forma visível diretamente no corpo físico, mas é a partir de outro nível, com ações punitivas que incidem de fundo. A alma, assim, será confiscada, esquartejada e violentada.

Convoco aqui a ideia, já discutida no Capítulo 1, de que esses dispositivos poderiam trazer determinações a respeito do sujeito, sobre como pode se conduzir a vida, se é ou não acorde à regra e à norma, e qual é o seu estado em relação à normalização.

Podemos pensar que a posição panóptica pode ser encontrada em qualquer situação hierárquica. A disciplina é um poder de individualização que implica uma vigilância do sujeito.

2.3 Saber, poder, discursos

A relação entre discurso e poder é a essência dos escritos de Foucault e serve para poder fazer uma aproximação às práticas discursivas que atravessam o campo do saber em relação à loucura e as instituições de tratamento em saúde mental. É um recurso que permite, também, a aproximação ao campo discursivo de poder relacionado ao saber médico e psiquiátrico. O tema será iniciado, pelo autor, em *A Arqueologia do Saber* (1969/2008), livro que convoca a ideia do exercício da função enunciativa: unidades de objeto, forma e tipo de encadeamento, permanência dos conceitos e identidade entre os temas.

Pela via do sentido proposto por Foucault (1969/2008), a questão será tratada para considerar a história das ideias, do pensamento, das ciências e dos conhecimentos. Considerar que atuam como um fundo de permanência, e remetem a uma tradição de importância singular a um conjunto de fenômenos sucessivos, análogos. É um recurso que permite pensar a dispersão, continuação e transmissão da história. São fatos de

transmissão, como um processo de andamento, mas sem delimitação rigorosa. Permitem reagrupar acontecimentos dispersos, relacioná-los a partir de um princípio organizador e submetê-los ao poder com seus jogos.

O entendimento da rede de saberes se constitui por várias configurações e camadas de efeitos. Alguns discursos são conhecidos, familiares, são gêneros que podem se opor entre si, como a ciência, a literatura, a filosofia, a religião, etc. A escrita de Foucault (1969/2008) instiga a pensar que o pano de fundo dessa proposta é relativizar os acontecimentos como a-históricos e como grandes objetivações da vida. Situar, assim, os jogos de poder em cada um dos discursos. Neste sentido, defendo aqui, em consonância com o autor, que as práticas discursivas são acompanhadas de práticas não discursivas, que compreendem dispositivos de poder e saber. Avancemos na questão:

É que as margens de um livro jamais são nítidas nem rigorosamente determinadas: além do título, das primeiras linhas e do ponto final, além de sua configuração interna e da forma que lhe dá autonomia, ele está preso em um sistema de remissões a outros livros, outros textos, outras frases: nó em uma rede (Foucault, 1969/2008, p. 26).

Mesmo que a obra se apresente como “*um objeto que se tem na mão*”, é uma variável relativa, que se constrói só a partir de um campo complexo de discursos. Tal unidade se constitui por uma operação, também, interpretativa. Isso orienta a pensar, então, que a obra não aparece como unidade homogênea.

O discurso manifesto repousaria, dessa forma, em um *já-dito* e *jamais-dito* que circula entre uma voz silenciosa, um sopro, uma escrita. Em um jogo de palavras, o discurso manifesto busca a repetição de uma origem que escapa à determinação histórica. Podemos pensar, assim, que o autor propõe a ideia de manter em suspenso as formas prévias de continuidade, isto é, de “*sacudir a quietude cora a qual as aceitamos*”

(Foucault, 1965/2008, p. 28). Não se alude, aqui, a dispensar estas unidades propostas, mas de reconhecer, talvez, que não se trata de um lugar tranquilo a partir do qual outras questões possam ser suscitadas.

Refere-se, dessa forma, a reconstruir outro discurso que permeia a Psicopatologia, a medicina, a política, a economia. Um outro discurso que tenta fazer emergir a palavra muda, murmurante. Postura que indica que *a análise do pensamento é sempre alegórica em relação ao discurso que utiliza. Sua questão, infalivelmente, é: o que se dizia no que estava dito?* (Foucault, 1965/2008, p. 31). É o que chamamos de determinar as condições de existência de um dado campo discursivo, compreender a singularidade na sua situação. É preciso, por assim dizer, “*tratá-las no jogo da sua instância*” (Foucault, 1965/2008, p. 28).

Para que serve a questão de manter em suspenso todas as unidades discursivas admitidas? Permitir-se-ia, dessa forma, surgir, na descontinuidade, uma irrupção histórica, a emergência de algo (novo). Aprender outras formas de regularidade entre os enunciados, entre grupos de enunciados estabelecidos e entre enunciados ou grupos de enunciados e acontecimentos de uma ordem diferente. Escrever, dentro e fora dos acontecimentos discursivos, jogos de relações: sejam eles de romance ou um teorema de matemática.

Impõe-se, neste ponto, esclarecer, conforme Foucault (1965/2008), que a análise dos discursos e acontecimentos discursivos, não se encontra limitada ao seu domínio e, assim mesmo, o recorte do próprio domínio não pode ser considerado definitivo, nem mesmo válido, como forma absoluta.

Na sequência de análise, vejamos a questão das *formações discursivas*. *Mas o que são essas unidades? Como se pode dizer que a análise das doenças mentais feita por*

Willis e pelos clínicos de Charcot pertencem à mesma ordem de discurso? (Foucault, 1965/2008, p. 35). O pensamento segue a seguinte direção:

- 1- Os enunciados, diferentes em sua forma, dispersos no tempo, se perfilam e se transformam continuamente. É uma relação que não trata da referência ao mesmo objeto. A respeito da loucura, Foucault (1965/2008) indica:

Esse conjunto de enunciados está longe de se relacionar com um único objeto, formado de maneira definitiva, e de conservá-lo indefinidamente como seu horizonte de idealidade inesgotável; o objeto que é colocado como seu correlato pelos enunciados médicos dos séculos XVII ou XVIII não é idêntico ao objeto que se delinea através das sentenças jurídicas ou das medidas policiais (p. 36).

A unidade “*loucura*”, na análise, seria esse jogo de regras que tornam possível o aparecimento dos objetos a partir de medidas que se diferenciam na jurisprudência, na casuística religiosa, no diagnóstico médico.

- 2- Os enunciados, a partir de sua forma e tipo de encadeamento. Aqui, pontua o autor, sugere-se que se abandone a hipótese de enunciados descritivos, visto que é um discurso que se desloca constantemente: *Se há unidade, o princípio não é, pois, uma forma determinada de enunciados* (Foucault, 1965/2008, p.36).
- 3- Não se podem estabelecer grupos de enunciados permanentes e coerentes. A gramática é uma aparente figura coerente, uma falsa unidade do conjunto que enuncia. Assim, não se buscaria um aparato de conceitos gerais e abstratos, mas a análise do jogo de seus aparecimentos.
- 4- A ideia é ir em oposição à possibilidade de agrupar os enunciados e descrever seu encadeamento, assim como explicar as suas formas unitárias. Poderíamos, assim, remarcar a dispersão dos pontos.

A partir desse prisma, podemos traçar a ideia de que uma *formação discursiva* se inscreve num certo número de enunciados, semelhantes no sistema de dispersão, com conceitos e escolhas temáticas, a partir de uma certa regularidade. Mesmo assim, nada garante que a discussão possa dar conta da cientificidade (ou da não-cientificidade) desses conjuntos discursivos.

No ponto que interessa, podemos trazer a ideia investigada de que o poder não se encontra fora do discurso. O poder não é a fonte do discurso, tampouco sua origem, mas funciona através dele. Isso porque o discurso é, ele mesmo, um dispositivo estratégico de relações de poder.

No próximo capítulo, vamos tocar, a partir da construção histórica, nos discursos a respeito do saber médico com relação à loucura e psicopatologia.

Capítulo 3: UMA QUESTÃO COLONIZADORA

3.1 *Uma psicopatologia a partir do pathos*

A psicopatologia é entendida como experiência clínica discursiva de *pathos*, originada na França e na Alemanha no final do século XIX. Nasce como uma disciplina que inclui sistemas semiológicos e diagnósticos entre a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise. Tomou o objeto de estudo da medicina, da antropologia, da fenomenologia, e se dedica às práticas terapêuticas, muitas vezes, a partir de um método. Encontramos, também, no interior da experiência clínica, dispositivos educativos, morais, políticos e sociológicos (Dunker & Neto, 2011).

Na visão proposta, a psicopatologia reúne relações entre saber, experiência e disciplina. Isso porque a epistemologia que a fundamenta se remete à filosofia das leis orgânicas causais, das ideias moralistas, dos sistemas adaptacionistas relacionados a padrões de normalidade.

Estamos frente um campo que é de difícil delimitação e admitimos que é somente a partir de sucessivas aproximações que conseguimos analisá-lo. Tratar dos estudos dos fenômenos chamados anormais da vida mental me remete a padrões cristalizados de pensamento, enunciados e discursos, que me parecem se inscrever em relações de poder.

Prosseguindo nessa questão, a psicopatologia se nutriu de uma “determinação antropológica” a qual se sustenta no legado de Kant na formação da psiquiatria clássica alemã e do associacionismo inglês. Assim mesmo, na psicopatologia encontramos o legado do problema da determinação, exemplificada na influência que Pinel exerceu sobre o pensamento hegeliano e no pensamento positivista comteano (Dunker & Neto, 2011). Durante o percurso da sua formação, a Psicopatologia precisou tomar posições objetivando organizar de forma coerente e homogênea as práticas terapêuticas e

diagnósticas assim como discursos semiológicos e etiológicos. Essa questão foi permeada pela lógica inserida na construção da história da clínica e no olhar a respeito da loucura a partir de um viés classificatório. Trata-se, assim, da construção de uma lógica a partir de uma experiência e de um regime de verdade no interior do curso da psicopatologia (Dunker & Neto, 2011).

Até a Segunda Guerra Mundial, aconteceram entre psicanálise e psiquiatria troca de saberes que marcaram a prosperidade da psicopatologia, envolvendo importações conceituais, zonas de confluência metodológica, quadros diagnósticos, derivações semiológicas e hipóteses etiológicas ((Dunker & Neto, 2011).

Pathos remete a uma concepção de doença no campo da medicina atual. Entretanto, o conceito de *pathos* traz possibilidades e problemas mais amplos, não se fazendo referência, somente, ao campo da patologia. O *pathos* se inscreve no campo da filosofia e dentro de uma dimensão essencial humana, *seria compreendido como uma disposição (Stimmung) originária do sujeito que está na base do que é próprio do humano. Assim, o pathos atravessa toda e qualquer dimensão humana, permeando todo o universo do ser* (Martins, 1999, p. 66). Heidegger trouxe contribuições a respeito do que seria o *pathos*, assim como Platão relacionou ao *pathos* a fundação da própria filosofia (Martins, 1999).

A ideia de sentimento, sofrimento, afecção nada ou pouco se encontra ligada ao conceito originário de *pathos*. É uma percepção que toca, em especial, a noção de doença. Apesar dessa ampla concepção, encontramos que outras acepções ficam por fora dessa visão:

Não obstante, pathos remete a noções bastante próximas de outros setores vizinhos da experiência vivida pelas pessoas na cotidianidade, conforme atesta o termo patético que, tomando um cunho menos morboso, envia ao que é comovente, ao que

toca a alma, trazendo intensidade dramática intrínseca. Constata-se assim que o pathos se espraia na cotidianidade cultural em setores mais amplos que o da doença entendida de forma restrita (Martins, 1999, p. 68).

Pareceria indicar-se que, como já citado, conforme Martins (1999), o *pathos* estaria antes ligado a uma dis-posição (*Stimmung*) que antecede o conhecer e o querer. *Na Grécia Antiga o espanto foi a condição páthica do filosofar então começante. Pode-se supor, dada a importância do pathos para a filosofia, que uma mudança radical na forma de pensar em uma determinada época implicaria uma modalidade (p. 68).*

A questão aqui, então, poderia se remeter às ideias circundantes de uma determinada estrutura social, modalidades de discurso, enunciados determinados de um espaço-tempo singular. A ilustração disso poderia se encontrar na revolução cartesiana que traz a certeza e o afastamento da dúvida, como vocação e medida. *Daí em diante a certeza se torna a medida determinante da verdade (Martins, 1999, p. 68).*

O *pathos* também tem sido, da perspectiva de uma categoria aristotélica apontada por Descartes, Condillac e Hegel: paixões humanas. Foi a partir de Kant que essa via foi valorizada:

Elas podem ser compreendidas como tendências de uma certa duração da vida psíquica, afetiva, intelectual, imagética, que dominam a vida do espírito. A intensidade das paixões se manifesta de diversas maneiras, variando seja pela continuidade seja pela descontinuidade. Contudo, sempre é apreciável o resultado das paixões sobre o sujeito: pelo efeito de exageração, que tende ao absoluto, pela subordinação de toda a existência, e por englutir qualquer outra tendência (Martins, 1999, p. 72).

Teremos que pensar aqui, então, que se a paixão pelas letras, poesia, arte fosse considerada pela vida a excentricidade da criação, ela sempre teve um caráter *phático*.

Eis que, então, podemos proclamar que pareceria que o *pathos* se encontra na essência do ser humano e não na excepcionalidade do adoecer. O homem aparece como esse ser que, a partir do *phático*, guarda toda a dis-posição para o sofrimento. Basta estar vivo. Precisamos acreditar, assim, em uma clínica e uma psicopatologia que não nos eximirá de interpelar pela questão inerente: o *pathos*.

Uma questão que se coloca na consideração da psicopatologia é que o exótico deve ser visto, mas somente e tão somente, de uma determinada distância. A descrição dos processos psicopatológicos se dá pela vida da exclusão. A descrição da loucura é densa e cheia de detalhes, como um objeto de avaliação distante, *está no o outro e o outro me é divergente* (Holanda, 2001).

Se encontrar com a loucura, a partir da psicopatologia, implica poder se defrontar com esse caos subjetivo, como algo que nos atravessa, como sendo similar e complementar: *aproximar-se da patologia, descrevê-la na sua totalidade, encará-la como uma realidade, implica em encarar o sofrimento humano – não como objeto alheio a nós, mas como realidade concreta – na sua clareza e na sua mais profunda crueza* (Holanda, 2001, p. 35).

Rituais de exclusão que podemos encontrar nos chamados manicômios, desde a Idade Média (antigos leprosários), alienando os indesejáveis, os diferentes, os perturbadores da ordem social.

3.2 Uma questão estrutural: O diagnóstico

Com o surgimento da clínica surge a questão de uma diagnóstica que depende da criação de um sistema classificatório referenciado na investigação das causas etiológicas. Construir uma referência classificatória e encontrar as causas etiológicas configuraram a

atividade dos fisiologistas, que investigavam os agentes causais, mecanismos, e redes de determinação, assim como aplicavam as regras classificatórias propostas por Cuvier os químicos, físicos, botânicos (Pasteur e Koch), e médicos como formação secundária (Bichat, Magendie e Claude Bernanr). Os clínicos descrevem o curso da doença e os fisiologistas encontram suas causas (Dunker, 2011).

O olhar do clínico aparece como um elemento central, sendo purificado, regulado e administrado por operações que funcionam como um espelho. A personalidade aparece aqui como um obstáculo para o conhecimento enquanto a subjetividade aparece como fonte de imprecisão que dificulta o acesso ao translúcido do saber (Dunker, 2011). É um legado que permeia o campo da clínica como uma relação na qual acontece uma descrição comparativa.

A doença tem uma história. Inserida em um campo de conhecimento, em uma geográfica que originou figuras características. Surge a “*anamnese*” como arte de trazer à memória uma história: a história social da pessoa; a história institucional; a história da queixa e do percurso da doença, das afecções; a história da família, ambientes e sistemas orgânicos (Dunker, 2011). Aparece a ideia de um quadro que se movimenta e que permite, a partir dessa visão, estabelecer relações e analogias de grau e distâncias:

Assim como o pintor apreende em um golpe do olhar o movimento de uma cena, o clínico constrói a doença como um quadro. Vimos como a identificação da racionalidade do processo e a integração das causas recorta a narrativa clínica. Disso decorre a comparação possível entre gêneros, famílias e espécies de doenças. Estamos diante de um olhar que é antes qualitativo do que quantitativo (Dunker, 2011, p. 401).

Surge o tratamento como trabalho da experiência de transformação a partir do emprego de um método. Designa um conjunto de procedimentos, prescritivas ou proscritivas, assim como observações, diagnósticos e investigação das causas.

Avançando na referida questão, colocamos que as operações de classificação e ordenamento se entrelaçam com a construção e domínio de uma linguagem. Diremos que há uma *semântica* (Dunker, 2011):

- 1- A partir dela se determina o significado clínico de traços, sintomas e síndromes.
- 2- Signos icônicos, indiciais, simbólicos.

De qualquer forma, existe aí também uma *gramática*, que contém as regras de formação e transformação das figuras patológicas a partir de uma ordem que permite antecipar. Isto é, uma concepção etiológica que permitiria a aplicação de uma teoria da causalidade. Esta concepção fornecerá subsídios para a organização de uma patologia a partir de uma nosologia orgânica e uma terapêutica centrada nessa correlação linear entre causas e efeitos (Dunker, 2001).

Estabelece-se no projeto clínico moderno uma semiologia, uma classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços, significativos ao olhar clínico (Dunker, 2001; 2011). Adota-se uma concepção sobre a linguagem que se circunscreve aos signos que lhe dizem respeito, como uma semiologia clínica que presume um sistema fechado. Trata-se de uma experiência clínica.

Na diferença entre sintoma e signo, se encontram mais próximos da linguagem, pois eles se misturam e se expressam em forma de narrativas. A narrativa converte-se, pela operação clínica do olhar, em sintoma: “*essa passagem implica sua captura no discurso e sua sanção na ordem médica*” (Dunker, 2011, p. 405). O signo admite, dessa forma, um triplo valor: *anamnésico, prognóstico e diagnóstico*. O paciente é um

informante daquilo que não é diretamente visível. Esta concepção indica um signo que poderia excluir o próprio sujeito; alcançar com exatidão os signos, localizar a relação entre aparição de sintomas e suas causas (desencadeamento), retirar o agente causal e verificar efeitos residuais (Dunker, 2011).

O diagnóstico supõe uma organização estável, uma *nosografia* como estrutura guia, e implica a capacidade de discernimento da figura que realiza esse trabalho. Uma diagnóstica, a diferença, “*implica uma atitude contínua e extensa de atenção aos signos e uma forma específica da racionalidade clínica*” (Dunker, 2011, p. 407). Esta diagnóstica indica uma nosologia, estável, mas não invariante, do patológico.

A diagnóstica pressupõe, a semiologia, que por sua vez, é uma leitura que se desdobra em diálogo entre o clínico e a doença. Não se trata, tão somente, de uma nomeação. Indica o caminho de extirpação do agente externo, isto é, de limitar, orientar um *tratamento*.

Buscando uma melhor compreensão, indago: o que é, então, o diagnóstico? Dunker (2011) contribui para esse entendimento:

O diagnóstico é, sobretudo, uma hipótese operativa, uma regra de ação, logo pode e deve estar sujeita a correção, verificação e reformulação permanentes. Isso implica certo grau probabilístico e expõe o diagnóstico ao caráter de uma decisão. É um ato prescrito pelo dispositivo clínico, logo supõe a eficácia, e não a certeza como critério de legitimação. Um diagnóstico de primeira ordem pode ser indefinidamente desdobrado em seus estratos mais elementares, que são correlativos da decomposição a que o signo está sujeito em traço, letra, fonema, significante, significado (p. 409).

A questão, complexamente, envolve a síndrome, o quadro, o transtorno, a disfunção, o sintoma. A diagnóstica, também, pode ser dividida em eixos sincrônicos e diacrônicos: diferenciais ou evolutivos.

Temos, assim, os elementos de uma clínica: a *diagnóstica, semiologia, etiologia e tratamento*. Com relação a esta última, diremos que parte de uma concepção de cura associada à *introdução ou retirada de um elemento ou condição, considerada relevante do ponto de vista etiológico* (Dunker, 2011, p. 92). Não se reduz a um procedimento de intervenção apenas, mas também à propedêutica (como aquilo que prepara o paciente para uma ação terapêutica), e à deontologia (deveres transmitidos ao paciente). Aqui, também, temos a ética que atravessa a prática e experiência clínica.

A *etiologia*, que aparece como uma ambição máxima do diagnóstico: indicar a sua causa, fornece as bases para organizar uma patologia fundamentada em princípios causas comuns para um conjunto regular de signos.

Parece que estamos diante do que se poderia chamar de uma “*gramática da doença*” (Safatle, 2011) na qual o saber transforma a doença em um discurso pronto para ser lido. Esta posição tem sido combatida pela tradição epistemológica de Michel Foucault, argumentando que pareceria que o patológico ou o anormal não teriam gramática própria em sua essência:

Afinal, estamos acostumados a pensar que a configuração do nosso saber sobre a doença é resultado direto da eficácia em combater o sofrimento e em reinstaurar a saúde. Um pouco como se a eficácia terapêutica em relação a uma categoria fenomênica extremamente normativa como o “sofrimento” fosse condição suficiente para assegurar a validade de dispositivos clínicos (Safatle, 2011, p. 12).

Podemos traçar, implicitamente, a ideia, conforme Safatle (2011), de que essa perspectiva é ideológica no sentido de que todo sistema de saber e orientação da *práxis* que tenta naturalizar seus dispositivos de justificação como se estivéssemos diante de “fatos que falam por si” contém uma parte ideológica. Assim, *podemos perguntar: afinal, o sofrimento é um “fato que fala por si mesmo” ou é um fenômeno que é levado a falar no interior de contextos sócio-históricos determinados? (p. 12).*

A partir do percurso realizado, podemos pensar que existem disposições normativas variáveis, discursivas de acordo com espaços históricos que levam a relativizar as ideias. É possível, talvez, avançar na ideia de que, então, o sofrimento seja uma questão política *já que diz respeito à maneira com que os corpos sofrerão interferências, os comportamentos serão normatizados, os processos de socialização e de reprodução de modos de vida serão defendidos* (Safatle, 2011, p. 12). Voltamos aqui, talvez, à imposição de uma normatividade social.

3.3 Estratégias Diagnósticas nas psiquiatrias

As estratégias diagnósticas no curso da psiquiatria têm sido alvo de análise e críticas, principalmente a partir da noção de patologias do social. Noção que envolve uma crítica histórica e antropológica ao modelo de racionalidade diagnóstica presente no DSM (Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais), desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana desde 1952 e replicado pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID) (Dunker, 2014).

A reconstrução histórica das relações entre a psicanálise e o DSM demonstra uma base em comum, que mais tarde tomariam rumos diferentes. De acordo com Dunker e Neto (2011), podemos situar o DSM como uma figura histórica de compromisso, que

mostra um sintoma da supressão individual dos múltiplos discursos sobre o mal-estar, o sofrimento e o sintoma.

Foucault (1973-1974/2007) foi pioneiro em pensar o espaço asilar e o saber psiquiátrico atrelados a uma ordem disciplinar como forma de manter *o poder*. O autor desenvolve a noção de que certa disciplina é necessária para a constituição do saber médico. Este, um saber que funda, já que é com esse olhar que se descobre objetivamente a *verdade absoluta*. É uma posição que defende uma operação terapêutica da qual depende uma transformação do paciente para que ele possa deixar de estar doente. Uma operação que funciona a partir de uma ordem disciplinar.

O olhar médico aqui tem um poder. Vamos analisar melhor. Qual o meu interesse nessa discussão? Extrair do modelo de diagnóstico psiquiátrico pressuposições antropológicas. Assim, criticar a psiquiatria de base biológica a partir da psicanálise envolve também examinar os fundamentos da associação clínica entre essas duas disciplinas, uma associação mais próxima do que estaríamos dispostos a reconhecer.

Dunker (2014) explica a história do surgimento do DSM a partir dos seguintes momentos:

1. O surgimento do DSM-I (1918) e a influência da psicanálise no pensamento de Adolf Meyer

O impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos foi recolher informação estatística. A primeira tentativa foi o censo de 1840, que considerou uma única oposição: idiotice ou insanidade. Em 1880, um segundo censo permitiu distinguir mais categorias, que formaram a base para que a APA pudesse, juntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental, criar um novo guia para os hospitais mentais chamado *Manual estatístico para o uso de instituições de insanos*, que incluiu 22 diagnósticos.

O DSM-I teve grande influência do sistema diagnóstico de Adolf Meyer (1866-1950), com predomínio de categorias de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose.

Durante os anos 1900-1950, a psicanálise orientou os fundamentos da classificação norte-americana das doenças mentais a partir da introdução de três conceitos: personalidade, estrutura e psicodinâmica. Assim: *a noção de personalidade assume a função de essência para a qual a estrutura funciona como manifestação. Ou seja, o sintoma deixa de ser a realização de um caso particular previsto e condicionado pelas leis de estrutura* (Dunker, 2014 p. 83). Existe, a partir dessa leitura, uma clara separação entre o normal, a personalidade como estrutura equilibrada, e o patológico, o sintoma como expressão do desequilíbrio da estrutura:

(...) a leitura corrente da estrutura da personalidade, como essência que se exterioriza em sintomas, reduz o dualismo etiológico da psicanálise, manifesto no relato de sintomas, a apenas duas narrativas: a da intrusão de um objeto mórbido (defesa do eu contra a angústia) e a desregulação interna do espírito (transtornos no desenvolvimento do eu) (Dunker, 2014 p. 84).

2. O DSM-II (1952) e o compromisso diagnóstico entre psicanálise e psiquiatria

O DSM-II é publicado em 1952 e se aproxima do formato atual. Teve uma evolução a partir dos sistemas de coleta e estatísticas de hospitais psiquiátricos e de um manual desenvolvido pelo Exército dos Estados Unidos com a finalidade de seleção e acompanhamento de recrutas. Na versão II, o manual amplia a classificação para 182 distúrbios. As categorias são de ordem psicodinâmica, marcadas pelas concepções de Adolph Meyer, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose.

Em 1974, sob a liderança do psiquiatra Robert Spitzer, constitui-se uma força tarefa com o fim de desenvolver uma nova versão do DSM-II: *há uma clara intenção em ajustar a classificação norte-americana ao instrumento correlato proposto pela Organização Mundial de Saúde (CID), o critério etiológico é explicitamente abandonado, bem como a referência à teoria psicodinâmica; além disso, o instrumento pretende uniformizar também a pesquisa em psicopatologia, com base biomédica* (Dunker, 2014, p. 86).

É feita uma tentativa de reduzir os contextos e variantes sociais a “síndromes culturais específicas”, com um entendimento limitado do campo social na determinação, expressão e caracterização dos transtornos mentais. O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais não assume explicitamente as implicações filosóficas, éticas e epistemológicas e se desloca para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas.

Acontece o rompimento com os discursos psicanalítico e social, desaparecendo os modos de subjetivação relacionados à patologia mental. Me interessa, neste ponto, os riscos relacionados à homogeneização e silenciamento das controvérsias da bandeira da “neutralidade”.

3. O DSM-III (1973-1974): novos eixos e a expulsão da psicanálise

Surge uma associação entre histeria e feminilidade ou entre homossexualidade e perversão como exemplos de que o manual representaria uma realização institucional, referendada no Estado e articulada a seus *dispositivos* educacionais, jurídicos e de repressão política. Aparece a individualização e patologização de contradições sociais, a segregação de minorias e o controle das resistências.

Em 1973, a APA aceita que a homossexualidade não poderia ser considerada patológica em si mesma e cria a categoria “homossexualidade egodistônica”, que reúne os sujeitos que vivenciam sua homossexualidade de forma conflitiva.

Surge, então, a tendência à categorização em inglês descritivo em vez de suposições de etiologia. Desaparece o conceito de neurose, um dos princípios da teoria psicanalítica; para os reformadores do DSM-III, essa noção será vaga e não científica:

esse manual modificou profundamente a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois, a partir de agora, a psiquiatria teria à disposição um sistema de diagnóstico preciso, do ponto de vista descritivo-terminológico, e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental (Dunker, 2014 p. 91).

A eliminação do termo psicose do DSM-III é o símbolo do fim do “casamento psicopatológico” entre a psicanálise e a psiquiatria.

Quais são os impactos dessa virada do DSM?

O real prejuízo que temos com o sequestro da noção de neurose para o tratamento de nossos pacientes não é que agora eles não querem mais saber da arqueologia infantil nem das conexões sexuais e esquecidas na gênese histórica de seus sintomas, mas que eles se vejam sancionados por um dispositivo diagnóstico com força de lei e poder disciplinar, na desconexão entre seus próprios sintomas. (Dunker, 2014 p. 95).

4. O DSM-IV (1994-2000): a dissolução da psicopatologia

O manual IV, publicado em 1994 sob a supervisão de Allen Frances, descreve 297 transtornos. O DSM-IV organiza cada diagnóstico psiquiátrico em cinco eixos:

1. Eixo I: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, tais como o desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem;
2. Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade ou mentais;

3. Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas;
4. Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para o transtorno;
5. Eixo V: avaliação global de funcionamento (Dunker, 2014).

O enfoque crítico considera que o DSM acaba com o tratamento pela palavra. O termo doença desaparece, sendo substituído por *disorder*, que indica algo que está em *desacordo* com uma ordem estabelecida. Aqui reside o ponto central de interesse de trazer essa temática neste esse trabalho. Quando falamos de algo em desacordo, estamos pressupondo que existe uma ordem que deve ser seguida. Assim, podemos convocar novamente a ideia do dispositivo disciplinar.

O DSM procura ser um sistema classificatório dos padecimentos psíquicos a partir de uma organização de categorias confiáveis e operacionais que permitam a superação de mal-entendidos no terreno da psicopatologia. O seu critério se baseia na descrição formal do plano empírico dos fatos clínicos (Dunker & Neto, 2011).

Nesse sentido, ao excluir relações entre sintomas e funcionamentos psíquicos, o psiquiatra fica desincumbido de fazer apreciações sobre a personalidade do paciente. Isso tem trazido um efeito dramático, estranho e intimidador para os clínicos, que relatam frequentemente que não lhes é dada, nas contingências reais de sua prática, a possibilidade de escutar histórias de vida de seus pacientes, restringindo-se à anamnese, ao relato sobre o sintoma (Dunker, 2014).

3.4 Foucault, o delator

Foucault é o autor que me permite, neste trabalho, revelar os dispositivos de poder na lógica que foi se construindo nos tratamentos dos fora da norma. A partir do filósofo,

podemos ler o poder existente na sociedade como um poder disciplinar disperso e cotidiano, que está em toda parte e provém de todos os lugares (Foucault, 1976). A dispersão é a força de um “sistema disciplinar” que é feito para funcionar sozinho (1973-1974/2007). Existem, assim, práticas discursivas com efeitos que se fazem valer no corpo do sujeito.

Os textos de Foucault (1969/2008, 1975/1997, 1978, 1979, 1987, 1988) denunciam o funcionamento desses dispositivos de poder, como o saber a respeito da loucura iniciada com a dominação dos sintomas a partir de sua classificação. Nesse sentido, parece haver uma tecnologia disciplinar operando para impor um padrão de normalização como sendo o único aceitável.

Foucault é o autor que me permite desenvolver a ideia do poder atrelado ao campo de atuação da saúde mental como um campo que se relaciona com a fabricação de uma normalidade proposta por um modelo que desconsidera aspectos da subjetividade. Dessa forma, a obra do filósofo é o prisma que me permite, também, analisar a *lógica* que permeia as instituições de saúde mental nas instituições de internação psiquiátrica.

Foucault teve uma relação cheia de tensões com a psicanálise e com Freud. O filósofo teceu, durante sua trajetória, comentários divergentes sobre a psicanálise, acusando-a de ser mais um “dispositivo de sexualidade” a serviço do poder médico.

Em 1957, no texto *A Psicologia de 1850-1950*, Foucault faz uma análise histórica da cientificidade da psicologia e dos diferentes esquemas de pensamento que atravessaram esse campo do saber. Começa descrevendo a Psicologia do Século XIX como uma psicologia alinhada às ciências da natureza, regida pelas relações quantitativas e leis de funcionamento baseadas em funções matemáticas. Nesse período, o conhecimento era de cunho positivo: 1- a verdade do homem está exaurida em seu ser

natural; 2- O conhecimento científico passa pela determinação de relações quantitativas/hipótese e verificação experimental.

Até meados do Século XX, o desenvolvimento da psicologia encontra contradições no interior do seu objeto que levam a renunciar esse ideal de exatidão. Surgem novos projetos de entendimento do homem, alguns ligados aos antigos princípios de conduta e outros a partir de novas práticas: educação, medicina mental (psiquiatria), psicologia organizacional e de grupo. Entretanto, o filósofo vai trazer que esse surgimento de novos saberes não conseguiu responder às próprias contradições do homem. Nesse ponto, Foucault (1957) acredita que a psicologia é, em sua origem, uma análise do anormal, do patológico, do conflituoso, uma reflexão sobre as contradições inerentes ao homem. Ela se apoia nas contradições sem conseguir efetivamente dominá-las. Surge, assim, um novo acontecimento importante: a descoberta do sentido. Nesse ponto, o autor expõe que nenhuma forma de psicologia deu mais importância à significação do que a psicanálise.

Uma questão que se coloca em tensão com a psicanálise é que, segundo Foucault (1982/2005), Freud deixava de lado uma outra dinâmica de conflitos. As chamadas “*técnicas da interpretação*” servem para interpretar o mundo moderno, mas elas passariam por uma negação da linguagem. Em qual sentido? No sentido de que não era esperado que ela refletisse seu próprio olhar.

Freud desencadeia um processo de questionamento e mostra o quanto a consciência é derivada de um inconsciente. O autor joga entre as diferentes camadas do conhecimento e com isso desenvolve uma nova e consubstanciada visão sobre o que terá de interrogar. Freud não interpreta símbolos, mas interpretações.

Segundo Foucault, o sintoma é uma interpretação que não diz muito sobre o paciente. O filósofo indica, assim, que essa postura é perigosa porque seus postulados sobre a formação da linguagem jogam em detrimento da liberdade.

Os escritos de Foucault, *História da Loucura* (1961/2004); *O Nascimento da Clínica* (1977); *As palavras e as coisas* (1966/2007); *Arqueologia do saber* (1969/1995); *A ordem do discurso* (1970/2006), indicam que todo o saber exerce um poder – e não poderia ser diferente na psicanálise freudiana.

A crítica de Foucault à psicanálise se relaciona com a visão de que as ideias de Freud permanecem restritas e atreladas a um signo opressor. Seria como se o psicanalista, tal como o médico, se colocasse como o detentor do saber acerca do paciente, a quem cabe aceitar os jogos de verdade enunciados. Seria, também, como se aquele que ouve e interpreta aparecesse como alguém que ocupasse uma posição privilegiada, a partir da qual se obtém livre acesso a um significado subjacente.

A relação que Michel Foucault estabelece com a psicanálise é uma relação de pensador crítico que não entrega méritos a Freud, mas ao mesmo tempo, transparece admiração por ele. O pensamento de Foucault transmite encontros e desencontros, posição ambivalente, dois grandes lugares que podem ser vistos como antagônicos: I. Freud e a psicanálise como exemplo de um diálogo com os “sem razão”; II. Freud e a psicanálise como o discurso que silencia a loucura, inscrevendo-se como um conhecimento que exerce poder opressor.

Já na obra *História da Loucura* (Foucault, 1978), começam as colocações sobre Freud e a psicanálise como uma ciência que condena a loucura ao mundo do internamento, atraindo para si todos os poderes do escândalo.

Antes disso, Foucault (1975/1997b), no texto *Nietzsche, Freud, Marx – Theatrum Philosophicum*, na sua fase arqueológica, traça uma análise crítica das interpretações de

Freud. O autor identifica uma ruptura a partir de uma suspeita da interpretação dos fenômenos do aparelho psíquico: a- retrata a suspeita da linguagem já que ela não diz o que exatamente diz; b- há outros elementos de sentido para além da linguagem, isto é, a linguagem transborda a sua forma verbal.

No século XIX, Freud apresentou uma nova possibilidade de interpretação, a qual foi vista por Foucault (1975/1997b) como uma modificação de como o signo poderia ser interpretado. Ele dirá que a interpretação da loucura é um movimento que se aproxima do infinito e que se afunda, se calcina. A interpretação não aclara, mas sim se apodera daquilo que se oferece passivamente a ela. Nesse ponto, o autor indica que Freud não somente interpreta coisas na linguagem, ou seja, sua interpretação é a interpretação de uma interpretação. No mesmo texto, ele avança, dizendo que a partir do Século XIX, a partir de Freud, o signo chega a ser “*malévolo*”, um “*mal cuidar*” (sintomas nos pacientes de Freud).

O pensamento de Foucault relativo à psicanálise é uma matriz de mão dupla: aceitação e rejeição. Na primeira matriz, a psicanálise é considerada um saber que rompe o silêncio da loucura interrompida pela época clássica (Foucault, 1978 – é o discurso disposto a escutar o murmúlio da loucura, trazendo o inconsciente para o centro da psique humana. A história do sujeito a partir da palavra e a continuidade entre o normal e o patológico operada por Freud serão os elementos que Foucault legitimará.

Na segunda matriz, a psicanálise como representante do discurso psiquiátrico que encerra moralmente a loucura, tem Freud como herdeiro da psiquiatria do século XIX, como pai e juiz da autoridade e do castigo. De certa forma, pareceria que Freud, na visão de Foucault, translada o encerramento moral à função analítica.

Trata-se de um movimento pendular, de aproximação e distanciamento com o saber psicanalítico. Legitima e desqualifica.

No livro de Foucault, *O Nascimento da Clínica* (1987), já temos uma dupla presença de Freud, como uma forma moderna de saber e uma forma alienante da relação médico-paciente. Movimento que oscila entre liberação e subjugação. As palavras e as coisas colocam a psicanálise como figura protagonista das ciências humanas no final do século XIX e princípios do século XX.

Por outro lado, a psicanálise aparece como o anúncio de uma nova modalidade de discurso que, a partir das ciências humanas, inaugura uma tendência de desconstrução na direção de uma deseantropologização (Morey, 1976). Dessa forma, a psicanálise adquire o status de elevação à libertação.

Pois bem, precisamos ser justos com Freud. Derrida (1996) pontua claramente que Foucault quer e não quer colocar Freud em um lugar estável. Para a psicanálise, a loucura seria, também, a sem razão com a qual deveríamos falar. Estabelecer um diálogo com a sem razão. Freud voltou a considerar a loucura no nível da linguagem, reconstituindo o seu elemento essencial (silenciando pelo positivismo). Na psicanálise, não se trata, de modo algum, de uma psicologia: mas precisamente de uma experiência da sem razão que a psicologia moderna tem se dedicado a mascarar (Derrida, 1996).

A psicanálise, pelo contrário, rompe com a psicologia, e sermos justos com Freud significa conceder a ele o mérito de figurar como o autor que se abstém de se colocar no lugar de poder. Assim, o projeto e a obra de Foucault teriam sido impossíveis sem a psicanálise (Derrida, 1996), pois é a partir de uma episteme psicanalítica que o autor desenvolve a hermenêutica da suspeita. Freud, introduz, assim, um princípio eterno de inquietude e questionamentos, da mesma forma que Foucault.

Capítulo 4: A PSICANÁLISE COMO CONTRADISPOSITIVO DE PODER

A ideia de dispositivo que trabalhei até aqui compreende formas e estratégias complexas que atuam no exercício do poder e intervêm no processo de subjetivação. Do que estou falando quando falo *contradispositivo* de poder? Para responder essa pergunta, devo convocar os autores trabalhados no segundo capítulo: Michel Foucault, Gilles Deleuze (1996) e Giorgio Agamben (2005).

De acordo com Agamben (2005), o dispositivo deve ser considerado a partir de três pontos: a) O primeiro é que o dispositivo abrange um conjunto heterogêneo, capaz de integrar virtualmente qualquer coisa, linguístico e não linguístico no mesmo título como discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos; b) O segundo ponto é que o dispositivo sempre tem função estratégica e é conectado a uma relação de poder; e c) O último ponto é que se trata de algo geral, uma rede, porque abrange em si a episteme, que seria aquilo que uma sociedade permite distinguir e aceitar como científico ou não.

O contradispositivo não suprime o próprio dispositivo, mas precisa dele para poder se opor. Indica oposição, mas também proximidade. Assim, entendo a obra de Freud e o início da psicanálise, na minha leitura, como um contradispositivo de poder que se apresenta como uma função estratégica, e não disciplinar.

A rede que o dispositivo estabelece entre o dito e o não dito, que circula nas criações e nos saberes, como já vimos, tem um lugar de manipular certas forças em determinada direção. Se no caso do dispositivo aqui descrito é em direção a um certo campo do “dever ser”, o contradispositivo será em direção ao campo da liberdade do ser. Aqui a defesa será em oposição à sociedade disciplinar, principalmente no campo de atuação da saúde mental e nos processos de subjetivação.

Podemos considerar a clínica psicanalítica como um dispositivo, mas a partir de um outro sentido que não o do poder. Contrariamente, a psicanálise se apoia em uma epistemologia na qual prevalece a ética e a política, no direcionamento do tratamento, do saber como algo não todo e como algo que é do sujeito.

A ideia de dispositivo envolve formas e estratégias complexas que atuam no exercício do poder e intervêm no processo de subjetivação (Maesso, 2020) e é retomada nesta tese como um modo de contribuir para promover uma visão contrária à do dispositivo. O termo dispositivo não aparece na psicanálise, nem em Freud e nem em Lacan. Foi principalmente abordado por Michel Foucault (1969/2008, 1975/1997, 1978, 1979, 1987, 1988), Gilles Deleuze (1990) e Giorgio Agamben (2005).

O dispositivo será um ponto de ligação entre vários elementos heterogêneos, com relações de força e poder e a minha proposta é considerar a psicanálise como um contradispositivo de poder. Agamben (2005) dirá que um dispositivo é tudo aquilo que exerce a função de orientar, determinar, modelar e controlar as condutas, as opiniões, os discursos, os gestos.

Segundo Maesso (2020), a clínica psicanalítica é um dispositivo que não se sustenta nem é sustentada por um saber apriorístico ajustado ao poder. Pelo contrário, se baseia em uma epistemologia fundamentada no compromisso da ética e da política no direcionamento do tratamento como algo a ser produzido pelo sujeito, a posteriori. Estou de acordo e em consonância com a autora quanto a psicanálise funcionar como um contradispositivo, como um saber que não quer sobrepor ao sujeito os ideais da sociedade, da cultura, da época. Como se fossemos determinar o bem para o outro, impedindo o sujeito de inventar o que é bem para si na forma de viver, desejar e gozar. Nesse sentido, a psicanálise não se enquadra nos termos de dispositivo disciplinar.

Neste capítulo mostrarei como a psicanálise implica uma suposição de saber, por conseguinte de poder, mas que se abstém de ocupar esse lugar, justamente pela posição ética do analista. Posição esta que é condição da execução da técnica, sustentada na ética. O psicanalista não deve ocupar a posição de exercício de poder – ensinamento que fica claro nos fundamentos da clínica psicanalítica: *O método psicanalítico freudiano* (1904[1905]), *Sobre Psicoterapia* (1905), *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico* (1912), *Sobre a dinâmica da transferência* (1912), *Lembrar, repetir e perlaborar* (1914), *Observações sobre o amor transferencial* (1915), e *Análise finita e a infinita* (1937). Assim, o psicanalista não conduz o paciente como guia do dever.

A escuta psicanalítica é ética porque permite ao sujeito se inventar na sua própria verdade por meio da fala em associação livre, do relato do sonho, do ato falho, do sintoma, dos diversos modos de formação do inconsciente (Maesso, 2020). Trata-se, assim, de um saber orientado pela ética com relação ao real e não a partir de um ideal de conduta moral ou de cura.

4.1 Descobrindo o inconsciente

Os caminhos trilhados pelo próprio Freud na construção do conceito de inconsciente formaram a pedra angular da psicanálise. Freud formulou uma teoria na qual a consciência não mais abarca a totalidade do psiquismo e se afasta das teorias psicológicas tradicionais.

A descoberta do inconsciente deu lugar a uma nova forma de entender os processos psíquicos e possibilitou uma nova revolução “copernicana”, considerando que o homem já tinha sido deslocado do centro do universo e a teoria darwinista já tinha feito descender a espécie humana dos macacos. Freud concebeu o conceito de que o homem não era mais senhor em sua própria casa (1917/2010) o que levou ao questionamento da

ordem estabelecida, sinalizando o entendimento de que o homem não tem a possibilidade de se conhecer de forma completa. Começa, a partir daí, seu interesse em investigar as forças obscuras do ser humano, de modo que a racionalidade é considerada uma camada superficial que não controla as condutas humanas.

Freud subverte a concepção de sujeito do conhecimento, tal como inaugurada por Descartes, e adverte sobre uma revolução. Afirma que o inconsciente pensa e desaloja a consciência da sede privilegiada do ato de pensar. Altera, dessa forma, o privilégio concedido aos pensamentos racionais. Lança a ideia de que existe um sujeito dividido, que não possui um centro que regula os processos de pensamento. O homem coabita com forças conflituosas existentes no sistema inconsciente e é movido por forças que sua própria razão desconhece e sobre as quais ele não tem nenhum controle. O homem não é um ser racional, como se pensava.

A respeito da origem do conceito de inconsciente, podemos indicar que não foi um termo cunhado por Freud, que pode ser encontrado num tempo mais remoto (Domínguez & Yáñez, 2011; Escobar-Maria, 2010; Ellenberger, 1976), utilizado de diversas formas e com diferentes conotações por filósofos, psiquiatras, psicólogos, cientistas, escritores e poetas (Gallegos, 2012).

Pode-se reconhecer que a teorização freudiana do inconsciente tem origem na tradição filosófica e psiquiátrica que permeia seus escritos e na qual o autor encontra algumas referências (Gallegos, 2012).

O inconsciente freudiano faz referência a aspectos e conteúdos mentais que diferem da consciência, os quais o sujeito só acessa a partir de certas desfigurações. O inconsciente é considerado um lugar psíquico, com conteúdo, mecanismos e energias específicas. O inconsciente é um sistema que se constitui a partir de representações associadas umas às outras de acordo com as leis do deslocamento e da condensação, a

partir do qual os pensamentos inconscientes podem encontrar formas de expressão simbólica na palavra (Baratto, 2009).

O inconsciente aparece representando o mais profundo das paixões humanas, o lado da sem razão e do incompressível. Será, assim, que Freud, no início do século XX, começará a dar status central ao inconsciente no funcionamento da psique humana. Nem a filosofia, nem a psiquiatria e nem a psicologia da época conseguiram conceitualizar a noção de inconsciente tal como aparece na obra de Freud.

O texto *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900) inaugura uma nova fase da psicanálise que propõe um modelo de aparelho psíquico que tem uma instância inconsciente ao mesmo tempo em que proporciona um método de indagação desse psiquismo (Mannoni, 1997). Aparece a ideia de que a partir da interpretação dos sonhos temos uma via de acesso ao inconsciente, o qual é entendido como uma instância do aparelho psíquico que proporciona ao sonho a força para a sua formação (Freud, 1900).

O desejo inconsciente é o ponto de partida para a formação do sonho, sendo este uma formação psíquica que demonstra a existência do inconsciente. O sonho surge como o paradigma das formações do inconsciente. O desejo onírico reprimido por instâncias mentais superiores move o mundo subterrâneo, penetra no reino das sombras do inconsciente, busca conquistar aquilo que a ciência da época tinha deixado de lado.

O inconsciente aparece como uma categoria com modos de funcionamento e propriedades particulares que constituem a realidade psíquica, diferente da consciência. No capítulo VII, Freud (1900) desenvolve o funcionamento psíquico do inconsciente e desvela que a falta de lógica no sonho colocava em evidência os jogos das leis do aparelho psíquico. A partir disso, a psicanálise abandona o mundo exclusivo do sintoma patológico e começa a se inscrever no mundo da “normalidade”. Encontra que as leis do funcionamento mental inconsciente se regem pelo que ele denominará de processo

primário, e que será parte tanto do funcionamento do sonho como do aparelho psíquico de forma geral. O inconsciente aparece como um fenômeno universal, não apenas circunscrito ao estado patológico: conteúdo manifesto vs. conteúdo latente, desaparecimento da lógica temporal, inversão ou transformação de um elemento no seu contrário, a condensação, o deslocamento, a representação por meio de imagens sensoriais e a elaboração secundária (Freud, 1900).

Antes de 1900, a obra de Freud se aproximava da conceitualização do inconsciente, mas de uma forma diferente. Entre os anos 1893 a 1899, o método utilizado era a hipnose. A partir dos *Estudos sobre a histeria* (1895/1996), Freud começa a desenvolver a técnica da “*sugestão hipnótica*” condizente com a teorização da época. O objetivo desta era conduzir à “*catarse*” através da “*ab-reação*”. A sugestão hipnótica tinha como objetivo tornar consciente os eventos traumáticos que se encontravam atrelados aos sintomas. Os acontecimentos traumáticos não ab-reagidos deveriam receber expressão verbal, meio pelo qual se produziria a catarse. Nomear, simbolizar, pelo recurso à palavra, um *real* vivido não integrado ao sistema simbólico do sujeito. O objetivo era descobrir a causa do sintoma e o momento em que essa causa tinha acontecido.

O percurso realizado por Freud nos *Estudos sobre a histeria* (1895/1996) tinha o objetivo de conduzir o paciente à sugestão hipnótica. Nesses estados de hipnose, os pacientes passavam a ter resultados clínicos, como mudanças nos estados de adoecimento e desaparecimento dos sintomas. A catarse tratava-se da liberação de energia causada pelo trauma. A hipnose ajudava o sujeito a se recordar do trauma. O fundamental era o fato de que os sintomas de pacientes histéricos se baseavam em cenas do seu passado que lhes causaram grande impressão, mas foram esquecidas (traumas); a terapêutica, assim, consistia em fazê-los lembrar e reproduzir essas experiências num estado de hipnose (catarse).

No percurso da cura, Freud percebeu uma dificuldade pelos pacientes que chamaria de resistência à serviço da manutenção do sintoma. Tratava-se dos casos em que a proposta de intervenção clínica não suscitava nenhum efeito no paciente, que não reagiam conforme o esperado. Aqueles que resistiam eram os que não conseguiam lembranças do trauma que tinha desencadeado a doença. Deveria, a recordação do trauma psíquico, possibilitar ao paciente sair do sintoma. O método da sugestão hipnótica revelou as resistências dos pacientes.

O método consistia em tornar consciente o inconsciente, o qual era definido nesse momento, como uma instância na qual se alojavam as lembranças não ab-reagidas. A ab-reação, por meio da fala do paciente, tornava possível a liberação da “emoção estrangulada”, possibilitando a sua descarga, a catarse: “cura pela palavra”. (Ana O.).

O descompasso temporal entre o surgimento dos sintomas e o evento traumático desencadeante trouxe a resposta de que o sintoma não surgia logo após a ocorrência do fator traumático e que permanecia no aparelho psíquico como uma força atemporal. Assim, uma cena só se tornava traumática quando transformada em lembrança, a partir de sua evocação por meio da repetição de uma cena análoga. O traumático requer, dessa forma, dois tempos: o tempo do acontecimento e o a posteriori, que é o tempo da produção de sua significação, no qual pode ter lugar o sintoma (Barattengeo, 2009).

Avançando na produção da obra, Freud (1895/1996) percebe que o trauma não é algo concreto vivenciado pelo sujeito. O trauma emerge num segundo momento, a posteriori, quando o sujeito produz uma interpretação da cena. Lembranças da cena, produção de sentido, a realidade psíquica entram em jogo.

Assim, o encontro com as formações do inconsciente foi feito a partir de vários lugares. No período pré-1900, foi a partir dos trabalhos sobre sugestão e hipnose que o autor tinha tido contato com Charcot (Fulgencio, 2002). Nesse período, foi possível

reconhecer a existência de fenômenos que fugiam da consciência, os quais não foram, ainda, definidos como inconsciente: dupla consciência, segunda consciência, consciência anormal (Breuer & Freud, 1895/1987).

Até esses momentos, no âmbito clínico-psiquiátrico, a categoria do inconsciente não tinha alcançado o status de operação do funcionamento normal da vida mental. Na obra dos sonhos, Freud (1900) apresenta o primeiro modelo do psiquismo, junto com os conceitos de inconsciente, pré-consciente e consciente. Após isso, o autor se dedica a estudar os temas da sexualidade humana e o seu compromisso na causa das neuroses assim como a polir a técnica psicanalítica.

O texto *Psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1901/2001) foi escrito com a intenção de certificar as condutas determinadas pelo inconsciente, como os esquecimentos, os lapsos da fala, os equívocos na ação, as superstições e os erros. Da mesma forma, *O chiste e sua relação com o inconsciente* (Freud, 1905/1991) surge como um texto que demonstra que a formação dos sintomas neuróticos apresentam mecanismos de formação idênticos.

As modificações realizadas no tratamento implicaram modificações também no modo como Freud elaborava e pensava o funcionamento psíquico. A metapsicologia foi a tentativa de elaborar uma disciplina que pudesse dar conta da psique humana, considerando uma dinâmica, uma tópica e uma economia. Será no tempo, do texto *O inconsciente* (1915/1996) que o funcionamento será situado em três registros: tópico, como referência a um lugar no qual se colocam os diferentes sistemas; econômico, no sentido de força, energia ou investidura que contém as representações; e dinâmica, se referindo ao movimento e conflito entre as representações e suas investiduras. Nesse sentido, Assoun (2002) indica que a metapsicologia designa uma disciplina, um método e uma especulação por meio da qual os conceitos da psicanálise são construídos e a partir

da qual se conhecem os processos inconscientes. Contribuem com a elaboração da metapsicologia os textos *Pulsão e destinos da pulsão* (1915), *O inconsciente* (1915/1996) e *Duelo e Melancolia* (1917).

No texto *O inconsciente* (1915/1996), Freud postula a repressão como o mecanismo que interfere nos conteúdos que serão inconscientes e/ou conscientes, avançando na ideia de que é a própria repressão a chave e a origem da psique humana. Não temos acesso direto ao conteúdo inconsciente, se não através de uma versão deformada na consciência. O sistema inconsciente se caracteriza pelo processo primário e a consciência aparece como o processo secundário.

Surge, nas formulações de Freud no texto *O Eu e o Id* (1923/1984) um segundo e novo modelo de psiquismo. O inconsciente começa a ter um lugar diferente na estruturação da vida mental. A partir das categorias Eu, Id e Super-eu, o inconsciente adquire uma nova distribuição topológica: reside no Id, com ramificações no Eu e no Super-eu. A partir desse momento, o inconsciente é parte de uma estrutura de funcionamento global. Passamos de uma primeira tópica, para uma segunda tópica.

4.2 Freud e os primórdios da técnica: fundando a clínica psicanalítica

A ideia de impor regras e procedimentos numa espécie de manual de prescrições para o analista nunca foi o foco da psicanálise nem de Freud. Isso, certamente traria a perda do essencial da prática analítica, aberta à escuta da singularidade.

A clínica psicanalítica não segue procedimentos, nem contém manuais que indicam como deve ser a prática do analista na aplicação da técnica. Entretanto, isso não significa que não se tenham certos fundamentos que fazem parte da clínica psicanalítica.

A única regra fundamental é a da associação livre e da atenção equiflutuante por parte do analista.

No exercício da função do psicanalista, temos uma posição ética como condição da execução da técnica. Ética e técnica estão intimamente ligadas no método de tratamento na condução psicanalítica, envolvida pela transferência (Maesso, 2020). Essa posição ética se relaciona profundamente com a tese defendida aqui por mim e em oposição ao denunciado por Michel Foucault no dispositivo disciplinar. Continuemos.

O texto *O método psicanalítico freudiano* (Freud, 1904) desenvolve a superação e o abandono dos métodos anteriores: o método catártico e a hipnose. O autor dirá que ficou evidente que a intervenção terapêutica começou a se complicar quando não era de uma única impressão traumática, mas de uma série de impressões traumáticas, difíceis de serem superadas. Freud irá indicar, assim, um procedimento que possibilite nos levar das ocorrências ao recalcado, das deformações ao deformado. Nesse texto, Freud relata que atende os seus pacientes de uma forma que eles se posicionam confortavelmente em um divã e, fora do escopo visual dos pacientes, os convida a falar livremente. Que eles lhes contem tudo que lhes vem à cabeça, mesmo se acharem não ser importante, ou se acharem que aquilo não vem ao caso, não faz sentido.

A mudança de método não implica uma alteração no objetivo do tratamento psicanalítico: acesso ao conteúdo inconsciente no discurso manifesto do paciente.

Temos, assim, o método catártico, desenvolvido em 1895, por Freud e Breuer, a partir da primeira hipótese etiológica para histeria. Os sintomas histéricos, dessa forma, derivam de um evento traumático que não teve oportunidade de descarga do afeto, o qual dirigiu-se a uma parte do corpo e se converteu em sintoma. Os histéricos sofreriam, dessa forma, de reminiscências (Breuer e Freud, 1895). Dessa forma, a hipnose permitiria o

acesso às lembranças traumáticas e à conseqüente remissão dos sintomas. Descarga, ab-reação e o efeito catártico.

O abandono dessa técnica foi a observação de pacientes que não eram hipnotizáveis e que apresentavam resistência quanto a permitir a emergência das lembranças. A substituição dessa técnica pela regra fundamental da associação livre se deu também com o início da interpretação dos sonhos e das representações (Freud, 1900). Livre para falar o que ao paciente lhe viesse à cabeça, os conteúdos latentes por trás dos manifestos foram descobertos.

Em 1905, no texto *Fragmento da análise de um caso de histeria*, Freud lança luz sobre a sexualidade e a transferência. A primeira, como a chave do problema das neuroses de forma geral e a segunda como uma exigência a se pensar no manejo de uma análise. O caso Dora foi uma experiência clínica fundamental para Freud e para o movimento psicanalítico e se destaca como um registro paradigmático da psicanálise. É um caso na qual podemos perceber a transferência como uma chave que leva a sentimentos hostis e amorosos ao mesmo tempo. Nesse caso, a falta de interpretação da transferência fez com que Dora abandonasse o tratamento.

Ética e técnica estão imbrincadas no método de tratamento. A conceitualização de transferência, nos escritos técnicos, aparece nos *Estudos sobre a histeria* (1895/1980), nos casos clínicos que Freud publicou, nos textos *O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise* (1911/1980); *Dinâmica da transferência* (1912/1980); *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico* (1912/2017); *Sobre o início do tratamento* (1913/2017); *Recordar, repetir, elaborar* (1914/1980); *Observações sobre o amor transferencial* (1915/2017) e *A análise finita e a infinita* (1937/2017).

4.3 A psicanálise como prática terapêutica

Em 1905, Freud publicou o seu ensaio intitulado *Sobre a psicoterapia*, no qual apresentava seu método de tratamento recém-descoberto. No texto, ele lembra que a psicoterapia era uma forma antiga de terapia existente na medicina, visto que com a ideia de uma cura, o estado de expectativa – permeada de fé –, se induzia as pessoas doentes ao estado pretendido. O método analítico da psicoterapia permite transformações profundas nos pacientes e informa sobre a origem das manifestações sintomáticas.

Freud descarta a aplicação da hipnose e reforça que este método oculta a compreensão do jogo das forças mentais, pois não permite reconhecer a força com que o paciente se apega à sua doença, chegando, assim, a lutar contra a sua própria recuperação. Para compreender essa manifestação de resistência, é preciso compreender esse comportamento na vida cotidiana.

Uma psicoterapia só começa ou é procurada a partir do sofrimento e de um sintoma. O sujeito entra no discurso terapêutico e isso já mostra certo alívio em relação ao sintoma, mas a Psicanálise avança, e onde a Psicoterapia se detém, a Psicanálise prossegue. A proposta da Psicanálise é ir além, e o que se espera de um tratamento analítico, mais que propriamente uma cura dos sintomas, é uma mudança. Isso se torna um desafio: levar o sujeito para além dos efeitos terapêuticos.

A terapia analítica não quer introduzir algo novo, mas tirar, extrair e para isso se ocupa da gênese dos sintomas da doença e do contexto psíquico da ideia patogênica, cuja eliminação seria seu objetivo. Algumas características do tratamento analítico o mantêm distante do ideal de uma terapia, pois exigem muito tanto do doente quanto do médico. A revelação e a transposição do inconsciente se darão a partir de uma constante resistência por parte do paciente, já que o surgimento dessa instância está associado ao desprazer e, portanto, ele sempre será rechaçado pelo doente. Será nesse conflito que iremos interferir.

De uma forma diferente, uma das operações que surgiram na clínica clássica era a *terapêutica*. Ela surgiu como uma estratégia que visava interferir e transformar a rede causal que constitui a etiologia. O desenvolvimento desta técnica devia contemplar a verificação diacrônica da eficácia dos procedimentos assim como a deliberação de utilização de uma ou várias ações terapêuticas. Questão que deve derivar do diagnóstico e ambição terapêutica (Dunker, 2011).

Inclui três aspectos heterogêneos: intervenção metódica na estrutura clínica, atitude de cuidado, e utilização de técnicas adjuvantes.

Na clínica Antígua inspirada em Hipócrates, Empédocles e Galeno, pois, são introduzidos novos princípios de observação, verificação e direção da medicina. A subordinação das técnicas de tratamento se dá a partir das aspirações da modernidade científica e *a noção de terapia (Therapie) subordina-se assim aos demais procedimentos da estrutura do tratamento (semiologia, diagnóstico e etiologia). A noção de terapia se autonomiza enquanto técnica*” (Dunker, 2011, p. 16).

Neste quesito, podemos traçar a ideia de que a estrutura clínica difundia a noção do retorno ao estado de saúde: *este restabelecimento é depurado de sua conotação mágica e adquire contornos materialistas, quer se considere do ângulo fisiológico (recomposição funcional do organismo), clínico (recomposição funcional da vida) ou da medicina social (recomposição do desequilíbrio antropológico)* (Dunker, 2011, p. 417).

Freud desenvolve sua obra no período em que a clínica moderna se sustenta nas esferas da psiquiatria e da neurologia. Com ele, no entanto, surge ‘um método, uma prática singular e uma perspectiva nova: *em vez de caminhar pacientemente a partir da semiologia para daí construir uma ligação diagnóstica com as hipóteses etiológicas, ele parte do ponto fraco do sistema: a terapêutica* (Dunker, 2011, p. 438).

Trabalha a partir de um método de tratamento e investigação simultaneamente. Propõe uma clínica que mistura o olhar e a escuta, uma tática que deveria extrair e incitar recordações. Hipnose e intervenção sugestiva primeiro, catarse, o uso do divã, o método catártico, um corte para o olhar.

Essa nova empreitada inclui a escuta como algo essencial: metódica, atenta aos detalhes, às incongruências, à repetição, às falhas, às brechas, aos vazios. *Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para o centro da cena clínica aquilo que o olhar médico deixava na sombra* (Dunker, 2011, p. 439).

Como um método de escuta e intervenção a partir da fala, como um método de escrita. A leitura que é visual, mas não se vê, que escuta, mas não fala. Coloca o avesso dos pressupostos da clínica clássica a partir da qual se originou. Acontece uma virada que poderíamos nomear de revolucionária no sentido de mudar a direção: de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta. O olhar já não pertence ao campo redutor e fundador. Começa a perder força a ideia de que “nos observamos” da mesma forma que observamos “os astros”. A verdade começa a aparecer dentro do sujeito, agora já não mais se pode recortar o que se vê daquilo que se considera doença. Trata-se de uma reconfiguração linguística do discurso médico, podemos até dizer, de uma mudança paradigmática na questão estrutural do saber.

O poder soberano do olhar empírico da ciência médica perde força, os conteúdos visíveis e a evidência ficam sem efeito na hora de pensar o método e a terapêutica da psicanálise. Acontece uma reviravolta que sacode a ordem médica: a subjetividade e a singularidade captam a cena e a microfísica do poder pode ser questionada.

Acontece uma passagem que inverte o centro: *subversão significa inverter e deslocar o sentido de um processo. Não é apenas a passagem ao contrário, mas é esta passagem*

acrescida de um deslocamento novo. Sua figura não é o círculo, mas a elipse (Dunker, 2011, p. 440). Uma subversão da clínica, mas com a preservação de sua estrutura.

Nas incursões iniciais de Freud, encontramos a hipnose como algo que inclui o olhar e o ser olhado. Descobre, posteriormente, que nessa técnica encontra somente uma função propedêutica (Dunker, 2001) e substitui o método pela associação livre.

4.4 A técnica psicanalítica e o analista

Algumas diretrizes e recomendações foram feitas pelo criador da psicanálise no sentido de fundamentar a técnica psicanalítica construída durante sua obra. No texto *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico* (Freud, 1912a) postula que a técnica é muito simples e que consiste em apenas manter a “*atenção equiflutuante*” (Freud, 1912, p. 94), alertando, no entanto, para não selecionarmos de acordo com as nossas expectativas, visto que em geral ouvimos coisas cuja importância só se revelará *a posteriori*. Estamos diante da regra psicanalítica fundamental, que por parte do médico será a de ouvir o que lhe dizem e não se preocupar em lembrar. Por parte do paciente, a regra será contar tudo que lhe ocorre, sem crítica ou seleção.

Estamos diante de um movimento constante em Freud de separar o que seria do tratamento analítico e o que seria entendido como sugestão ou psicoterapia, passando a um momento diferente na técnica proposta por ele. A evolução conceitual foi acompanhada da mudança na técnica. A mudança de Freud foi a criação de um método clínico no qual a explicação sugestiva não foi mais a base do dispositivo, diferenciando assim a psicanálise das psicoterapias, sendo estas consideradas técnicas baseadas na sugestão. Com o desenvolvimento do método psicanalítico, a sugestão, como era praticada, se torna incongruente com a nova proposta.

Prosseguindo no desenvolvimento da técnica, Freud (1912a) postulará que assim como o analisando deve comunicar tudo que percebe em sua auto-observação, o médico deverá ser capaz de utilizar tudo o que lhe foi dito para interpretar e reconhecer o inconsciente oculto: ele utilizará o seu inconsciente como instrumento de análise. Aqui começa a exigência de o analista se submeter à sua própria *purificação psicanalítica* (Freud, 1912, p. 99). Neste ponto, parece importante destacar que no trânsito psicanalítico muitas coisas acontecem de modo diferente do esperado. Assim, então, no texto *A dinâmica da transferência* (1912b), Freud já retrata as dificuldades da transferência articulada à resistência.

Uma questão fundamental diz respeito a uma postura educativa por parte do médico, que, mesmo tendo as “*melhores intenções*”, é tão pouco adequada quanto a terapêutica. O próprio analista deverá controlar-se, tomando como diretriz menos os próprios desejos. Freud (1912a, 1912b) tece recomendações relacionadas à sua prática como psicanalista, encontrando como conceito fundamental a transferência (motor da análise).

Os postulados de Freud sobre a transferência foram desenvolvidos atrelados à técnica, aparecem nos casos clínicos que ele publicou e de forma mais explícita nos artigos que tratam da técnica: *O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise* (1911/1980); *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico* (1912a); *Dinâmica da transferência* (1912b); *Sobre o início do tratamento* (1913); *Recordar, repetir, elaborar* (1914); *Observações sobre o amor transferencial* (1915) e no texto *A análise finita e a infinita* (1937).

A distinção entre transferência e sugestão é um ponto chave. Para a transferência não ter seu funcionamento reduzido à lógica sugestiva, a solução apontada por Freud (Freud, 1912a, 1912b, 1913, 1914) era o manejo; se a transferência é analisada, ela não

se reduzia a sugestão, contudo, caso não seja possível o manejo, o sucesso – limitado – do tratamento seria devido à sugestão.

O manejo da transferência coloca um ponto final ao conflito, mas possibilitaria ao paciente falar sobre si mesmo e fazer a palavra circular, criando a possibilidade de sua eterna invenção e conferir ao humano uma ética e uma política. Nesse sentido, os textos técnicos são breves e sem regras rígidas, mas Freud adverte sobre a ética de que o psicanalista não deve ceder à ambição terapêutica e educativa, que configurariam um exercício de poder contrário à proposta de tratamento.

No texto *Recordar, repetir e perlaborar* (1914), Freud declara que, após as transformações profundas que a técnica psicanalítica sofreu desde os seus primórdios, interessa agora a relação entre repetição e transferência. Pois a transferência seria uma parcela de repetição do passado esquecido e que isso se coloca não apenas para o médico, mas também para os outros aspectos da situação presente. É o manejo da transferência que indica o caminho da libertação. No mesmo texto, ele orienta que a nomeação da resistência não pode ter como consequência o seu fim imediato, pois para isso, se deve dar tempo ao paciente para que possa perlaborar e superar, de acordo com a regra analítica fundamental.

De acordo com Maesso (2020), o sintoma analítico, produzido em transferência, seria acessível à intervenção do psicanalista. A repetição na psicanálise implica elaboração por meio do trabalho psíquico, que consiste na decifração viabilizada pela fala na situação instaurada pela transferência.

O analista, assim, deve responder a uma posição ética como condição de execução da técnica, que por sua vez, deve ser a realização da ética. Ética e técnica estão imbricadas no método de tratamento psicanalítico, na condução da estratégia que envolve e é envolvida pela transferência. O método que envolve a fala em associação livre atribui o

poder de saber ao sujeito, considerando que ele advirá na articulação dos significantes na cadeia. É na transferência de um significante ao outro significante que surge o saber inconsciente (Maesso, 2020). Neste ponto, parece importante destacar a singularidade ética e epistemológica da lógica freudiana frente a todas as outras formas de tratamento psíquico. Essa singularidade se dá, especificamente, na consideração da noção de transferência (Maesso, 2011; Maesso, 2020; Landi & Chatelard, 2015).

Em *Sobre a psicoterapia*, Freud (1905) estabelece algumas regras técnicas para advertir o analista e orientar o seu exercício. As regras técnicas constituíram um instrumento fundamental para consolidar os princípios da prática da psicanálise, mas a definição da função do analista ficou obscura. As qualidades que Freud atribuiu ao analista serviram como indicações que orientam uma pessoa inabilitada para exercer a psicanálise, mas não foram definidas de forma clara pelo autor. Parece que ele se mostra determinado a não estabelecer pretensões rígidas quanto à condução do tratamento a partir de padrões estereotipados de conduta.

Designa as regras técnicas para o exercício da função do analista como recomendações porque considera que essas regras são exames pessoais que o analista faz a partir da ideia que tem da finalidade de determinado tratamento, e das quais só se serviria quando julgasse necessário, sem nenhuma imposição prévia.

A ideia da “*atenção equiflutuante*” (Freud, 1912, p. 94) apresenta a via da formação do analista, ou, nos termos de Lacan (1955/1998), as vias de uma douta. Isso implica que o analista opere com um não-saber, e que se permita esquecer o que aprendeu até para que não se imponha operar de um lugar já determinado. Por isso Lacan aponta o que o psicanalista deve saber: ignorar. Isso indica que seu estatuto não se define pela experiência que acumula nem pelo saber teórico.

A questão de entender o que define a prática do analista se coloca em debate no texto “*A questão da análise leiga*” (Freud, 1926). O autor faz uma defesa dos psicanalistas não médicos, trazendo a ideia de que o analista não define seu estatuto por meio de um diploma, mas por uma formação especial voltada para a prática psicanalítica. Como alguém se torna analista? Freud (1912a) já havia elaborado uma resposta para essa pergunta como algo que chega pela análise dos próprios sonhos.

A prática da psicanálise está condicionada a uma experiência de análise. Isso tornaria alguém pronto para exercer a profissão. Ninguém consegue conduzir um tratamento de pacientes além do que avançou em sua própria análise.

Para formar-se como analista, deve-se submeter a uma análise didática, e essa formação pode ser explicada a partir do texto *Análise finita e a infinita* (Freud, 1937), no qual Freud esclarece que não se pode exigir que o analista esteja à altura do padrão de normalidade psíquica para o qual deseja educar seus pacientes. Como se pudéssemos, através da análise atingir um nível de normalidade psíquica absoluta. A posição de analisante não termina com o fim de uma análise. Dessa forma, Freud indica que todo analista deveria periodicamente submeter-se a análise mais uma vez, já que isso permite que ele conclua e que sua própria análise se transformaria de tarefa terminável em interminável.

Capítulo 5: DO SABER AO PODER

5.1 Reconstituição histórica das práticas de cuidado no Brasil

Segundo Da Fonte (2012) a construção da loucura como doença mental e a propagação de instituições asilares especialmente destinadas aos alienados, assinalando “a formulação de políticas públicas de tratamento e/ou repressão dos doentes mentais, identificados com base nos limites cada vez mais abrangentes da anormalidade”, distinguem-se como um processo desencadeado no Brasil entre os anos 1830 e 1920, marcado por continuidades e descontinuidades (Engel, 2001). A Reforma Psiquiátrica (RP) chega para combater essa propagação de instituições asilares.

Da Fonte (2012) realiza uma reconstituição histórica das práticas de cuidado à loucura, no sentido de indicar as principais trajetórias das políticas de saúde mental no Brasil:

1. A institucionalização da loucura no Brasil

A partir do Século XIX, com a chegada da Família Real ao Brasil, a loucura começa a ser objeto de intervenção por parte do Estado. Nesse momento, os loucos começam a ser considerados os resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública. Começa, então, um processo de trancamento dos loucos que vagavam nas ruas, sendo eles amarrados e mantidos em condições precárias de higiene e cuidado (Passos, 2009).

Em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia proclama que os loucos devem permanecer nos hospícios. Assim, a medicina se impõe como instância de controle social e o hospício aparece como o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, como exigência de uma postura higiênica e disciplinar, tido como modelo de instituição de

enclausuramento. Os loucos começam a ser percebidos como desviantes a partir de critérios estabelecidos pela medicina.

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira é a fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, explicitamente inspirado no modelo asilar francês (Pinel e Esquirol). O louco de família pobre que vagava pela rua deveria ser isolado completamente. Às famílias ricas que quisessem manter o doente junto delas o internamento não deveria ser imposto.

Apesar de termos o início do processo de medicalização da loucura, a ênfase recaía no caráter religioso das instituições criadas nesse período, resguardando-se apenas a presença de médicos. Havia, então, indicações de pressão para internação dos loucos e para sua retirada das ruas a partir das autoridades policiais.

2. A medicalização da loucura

Em 1889, com o advento da República, se inicia uma fase caracterizada pela modificação das políticas de controle social. O Hospício, o asilo de mendicidade e as casas de correção tinham a função de realizar a exclusão social do louco, garantindo que ele não ficasse perambulando pela rua, à vista dos passantes, o que era incompatível como o pretense grau de civilidade.

Em 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, passando a depender da administração pública e passando a se chamar Hospício Nacional de Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República.

Os Estados brasileiros incorporam colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços em complemento aos hospitais psiquiátricos tradicionais, não como uma

estratégia de tratamento, mas sim porque o ambiente político e ideológico se mostrava propício ao seu crescimento.

3. Da higiene mental à psiquiatria comunitária

Na década de 1920, começa o que se pode chamar de período de transição da higiene mental à psiquiatria comunitária. Em 1923, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), com a missão de: controlar, tratar e curar. Cristaliza-se o movimento de higiene mental, que é um programa de intervenção no espaço social com características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas, que via os fenômenos psíquicos como produtos da raça ou do meio, decorrentes de obscuros fatores biológicos ou orgânicos. A vertente higienista indicava melhorias sanitárias e modificação dos costumes e dos modos de vida da população como forma de prevenir as doenças mentais.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Nesse período predominavam os hospitais públicos, sendo 80,7% deles hospitais psiquiátricos.

Entre 1841 e 1954 foram criadas 56 instituições psiquiátricas, concentradas principalmente na região Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo), Nordeste e Norte (Passos, 2009). Entre 1940 e 1950 se expandem os hospitais públicos em vários estados brasileiros, cujo crescimento foi propiciado pela aprovação do Decreto-Lei 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.

4. O surgimento da “indústria da loucura”

As formas de tratamento asilar foram se modificando e foram sendo substituídas desde o pós-guerra em vários países. Os movimentos de contestação ao saber e às práticas psiquiátricas começaram a surgir: Psiquiatria de Setor, na França; Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; Psiquiatria Preventiva, nos EUA. Simultaneamente, no Brasil, a partir da década de 1960 começam a se expandir a rede de hospitais psiquiátricos.

De acordo com Da Fonte (2012), a partir do golpe militar de 1964 e com os governos militares, se consolida a articulação entre internação asilar e privatização da assistência. As internações começam a ser realizadas, também, em instituições privadas que eram financiadas pelo setor público. Existia, assim, um direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar entre 1965 e 1970. Dessa forma, a clientela dessas instituições privadas saltou de 14 mil para 30 mil, chegando-se a uma proporção de 80% de leitos contratados no setor privado e 20% diretamente no setor público (Tenório, 2002). Dessa forma, a indústria da loucura se relacionava com a falta de controle pelo estado das empresas hospitalares que se beneficiavam com as internações.

A indicação de internação se colocava diante da inexistência de dispositivos de assistência intensiva alternativos ao modelo asilar (Tenório, 2002). Entretanto, a partir da redemocratização do país, na década de 1970, se inicia um movimento de humanização do tratamento do doente mental. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, revitalizou, no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país.

A discussão sobre a violência, os maus tratos e a tortura praticados nos asilos brasileiros produziu a insatisfação que alimentou o Movimento Antimanicomial.

5. A deflagração da reforma psiquiátrica

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) dá início a uma crítica institucional que deflagra a reforma psiquiátrica. Amarante e Torre (2018) indicam que o acontecimento decisivo foi a “crise da DINSAM”, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. A precarização das condições de trabalho e as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras, provocaram a união dos trabalhadores da saúde mental para a luta pelas mudanças necessárias no sistema (De Fonte, 2012).

No final da década de 1980, surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e são fechados alguns manicômios. Inicia-se um embate epistemológico, político e técnico em prol de “uma sociedade sem manicômios”. De acordo com De Fonte (2012), surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como um movimento social heterogêneo, mas com um consenso entre seus integrantes: não se aceita mais que o infortúnio do acometimento de um transtorno mental leve qualquer indivíduo ao encarceramento num manicômio por décadas de sua vida, muitas vezes, sem cuidados integrais à sua saúde e com desrespeito aos seus direitos Humanos e civis.

6. *A institucionalização da reforma psiquiátrica*

A partir da década de 1990 é firmada pelo Brasil a Declaração de Caracas (documento norteador das políticas adotadas pelo governo brasileiro e que estabeleceu a diretriz da saúde mental) e é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. No rastro desses dois acontecimentos, entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dias. Surgem, também, as primeiras normas para fiscalizar e

classificar os hospitais psiquiátricos. Começam, assim, os recursos, cuidados e tratamentos com o objetivo de salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos civis e humanos do doente, propiciando sua permanência em seu meio comunitário (Dunker & Kyrillos, 2004).

Duas leis solidificaram a direção da política de saúde mental no Brasil (desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente):

- Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na famosa “Lei Paulo Delgado”, sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória (aprovada no Congresso após 12 anos de tramitação);
- Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa *De Volta Para Casa* (conhecido como “Bolsa-Auxílio”), que assegura recursos financeiros visando incentivar a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade.

Outras Portarias importantes foram:

- A Portaria nº 106, de 2000, que dispõe sobre as residências terapêuticas;
- A Portaria de nº 336, de 2002, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2004a e 2004b).

7. *A consolidação da reforma psiquiátrica*

A partir de 2003, o processo de desinstitucionalização avança significativamente com a criação de alguns mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos e a expansão

de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), levando ao fechamento de vários hospitais psiquiátricos no país.

A Atenção Psiquiátrica Hospitalar começa a ser avaliada a partir do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, que é um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes na rede de saúde, descredenciando os hospitais considerados de baixa qualidade (De Fonte, 2012). É o primeiro processo avaliativo sistemático dos hospitais psiquiátricos.

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), aprovado em 2004 pelo Ministério da Saúde, tem como principal estratégia a redução progressiva e planejada de leitos de macro hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (240 a 600 leitos psiquiátricos), evitando a falta de assistência. Com isso, foram definidos os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidos pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Também, se deveria garantir que os recursos que deixassem de ser utilizados nos hospitais, com a progressiva redução dos leitos, fossem redirecionadas para incremento das ações territoriais e comunitárias de saúde mental (Brasil, 2005).

Acontece uma mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos a partir da redução de leitos. Perfil que foi reforçado com a publicação da Portaria GM 2.644/09, de 28 de outubro de 2009, que estimula o sistema a remunerar melhor os hospitais de menor porte, buscando-se a redução dos problemas presentes nos macro hospitais e se configurando como uma estratégia em contextos mais difíceis de fechamento de leitos.

Os dados de 2011 mostram que 49,53% dos leitos psiquiátricos estão situados em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos), enquanto em 2002 apenas 24,11% estavam

nestes hospitais. Os leitos em hospitais de grande porte (acima de 400 leitos) foram reduzidos de 29,43% para 10,48% no período 2002-2011 (BRASIL, 2012, p. 18).

Um passo fundamental no processo da institucionalização da reforma psiquiátrica é a implantação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos, que buscam concretizar a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

As Residências Terapêuticas são casas localizadas no meio urbano, que devem ser utilizadas para resolver o problema de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente as egressas de hospitais psiquiátricos, devendo auxiliar o morador em seu processo de construção progressiva de autonomia e de reintegração na comunidade. Para aquelas pessoas que passaram anos de suas vidas hospitalizadas, o significado de habitar uma residência terapêutica não significaria apenas o uso da casa, mas “um processo de (re)apropriação da própria vida”, a passagem do lugar de “pacientes” para o de “residentes”.

Os denominados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são casas implantadas fora dos limites de qualquer unidade hospitalar (geral ou especializado), abrigando no máximo oito pessoas, acomodadas na proporção de até três por dormitório (Ministério da Saúde, 2000). Até junho de 2009, foram contabilizados 533 casas com esta finalidade (Ministério da Saúde, 2009). Essa modalidade de casa tem como meta central o viver na cidade, em busca de conquistar o exercício cidadão. (Moreira & Castro-Silva, 2011).

5.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um processo político e social complexo, considerando que foi resultado de uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos nos governos federal, estadual e

municipal. Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais encontraram um cenário de descaso e violência (Amarante & Nunes, 2018). O processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial implicaram mudanças em diversos âmbitos, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção.

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases (De Mesquita, Novellino & Cavalcanti, 2010):

- De 1978 a 1991, compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico.
- De 1992 aos dias atuais, destacando-se a implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares.

A luta antimanicomial, protagonizada a princípio pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e posteriormente agregada a luta em prol da redemocratização do país, teve como objetivo as denúncias de violência nos hospitais psiquiátricos e do desrespeito aos direitos humanos. As bases do movimento da luta antimanicomial se encontram nos princípios da Psiquiatria Democrática Italiana: a luta contra toda e qualquer instituição total, em especial o hospital psiquiátrico, e o estabelecimento de um processo efetivo de desinstitucionalização (Moreira & Neto, 2017).

Segundo Figueiró et al. (2011), na década de 1980, tivemos uma ampla mobilização de trabalhadores da saúde e da sociedade civil em prol da criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso à saúde enquanto direito de todo cidadão brasileiro. Com esse processo de redemocratização do país, propiciando uma maior organização dos movimentos sociais e da luta dos trabalhadores por seus direitos,

se teve a melhoria dos serviços e das políticas de saúde e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Quais foram os acontecimentos que contribuíram para desenvolver, no Brasil, esse importante processo social que reformulou o modelo de atenção em saúde mental na tentativa de criar um novo lugar social para as pessoas acometidas de transtornos psíquicos? A resposta é a seguinte (De Oliveira, 2012):

- O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), deflagrado no Rio de Janeiro em 1978;
- O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, Santa Catarina, em 1979;
- A inauguração do CAPS Luíz Cerqueira em São Paulo, em 1986;
- A fundação do Movimento de Luta Antimanicomial em Bauru em 1987;
- A experiência de Santos, iniciada no governo municipal em 1989 teve como Secretário Municipal de Saúde o médico sanitarista David Capistrano.

Dessa forma, esse processo social chamado de Reforma Psiquiátrica (RP), se caracterizou como um conjunto de ações coletivas, intersetoriais, com grande influência de profissionais de saúde mental e com a marcante participação de usuários e familiares das pessoas acometidas de transtornos psíquicos (De Oliveira, 2012).

A RP foi e é, assim, um conjunto de práticas, produções teóricas, ações político-jurídicas e intervenções sociais e culturais que favorecem uma compreensão abrangente do aparato de saber-poder que define as posições de hegemonia e contra-hegemonia no campo da saúde mental. Trata-se de uma postura eminentemente crítica sobre o modelo

biomédico organicista tradicional e hegemônico de tratamento das doenças mentais e de atenção e cuidado em saúde mental (de Oliveira, 2012).

Foi um processo multifacetado, muito mais complexo do que a mera reorganização dos serviços de assistência em saúde mental, extrapolando o campo da psiquiatria enquanto um saber-fazer especializado (Amarante, 1998b). Nesse processo de RP, as políticas de saúde mental foram consideradas como um acordo político-jurídico que se estabelece numa determinada sociedade sobre a concepção e respostas aos problemas da loucura/doença mental.

A Reforma Psiquiátrica contextualiza a expansão dos olhares disciplinares sobre o campo de atuação da saúde mental e constitui um novo campo prático e conceitual cujas bases se encontram nas obras de Michel Foucault (1978) e Franco Basaglia (2005). O modelo da Psiquiatria Democrática Italiana trouxe grandes contribuições e foi decisivo para a consolidação do campo da saúde mental brasileira (Moreira & Kyrillos, 2017).

Esse processo de mudança produziu transformações no lugar social dado à loucura, ao fora da norma, e culminou com a aprovação, em 2001, da Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado), que prevê a redução gradativa dos leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios de saúde mental, Centros de Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Dessa forma, a partir da década de 1990, começa uma gradativa ampliação da rede substitutiva, em particular os CAPS. Outros dispositivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e leitos em hospitais gerais também têm sido criados em todo Brasil, além de uma série de leis e portarias que visam a garantir o cuidado territorial e a produção de cidadania, colocando a reforma psiquiátrica num estágio bem distante de vinte anos atrás, quando assistíamos às primeiras iniciativas desse processo de mudança (De Albuquerque et. al, 2011). A lei da Reforma Psiquiátrica

10216/2001, que regulamenta a criação dos serviços substitutivos— os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), se baseia nas aplicações institucionais dos princípios proposto pela Psiquiatria Democrática Italiana.

Esse processo inicia o reconhecimento da existência de uma especificidade na condição dos usuários encaminhados para os serviços substitutivos. Tenório (2007) indica que isso é situar a ética da inclusão, ou seja, comprometer-se com um trabalho que almeje uma reabilitação realmente inclusiva, que se funda na aposta da emergência das singularidades.

O discurso da RP percebe a loucura no espaço da exclusão social e indica um conjunto de práticas voltadas para a reinserção no campo social. Os serviços substitutivos criados a partir da Reforma são, dessa forma, o resultado de um processo da política de saúde mental que visa incluir e acolher pacientes graves na sociedade, em detrimento da retirada deles do convívio social.

A substituição do modelo hospitalocêntrico e a reforma psiquiátrica têm sido realizadas a partir da criação de uma rede de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral, etc.

Os primeiros CAPS surgiram no país desde meados da década de 1980, mas só a partir de 2002 passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, momento a partir do qual se observa uma grande expansão destes serviços. Foram cadastrados 122 novos CAPS em 2011, entre eles cinco CAPSad 24h, com a cobertura nacional em saúde mental chegando a 72%, com 1.742 CAPS em funcionamento (Brasil, 2012).

5.3 A *Psicanálise na instituição de saúde mental*

Falar de Saúde Mental é falar de uma concepção ampla, de diversos conhecimentos que se misturam de forma complexa, plural e multisetorial. Não se tem uma definição única, pois compreende diversas áreas de conhecimento e diversos tipos de profissionais atendendo às demandas dos usuários. De acordo com Amarante (2007), trata-se de um campo multidisciplinar, com diversificação das formas de intervenções terapêuticas.

O caminho que a Reforma Psiquiátrica percorreu, visando implementar uma reforma na rede de saúde mental, tem sido marcado pela crítica ao encerramento e tratamento da loucura assim como pela busca da cidadania dos ditos loucos. Assim, a sua inserção psicossocial marca as ações em saúde mental no Brasil.

A partir dos pressupostos éticos e das discussões da RP, conseguiu-se implantar, de forma progressiva, a substituição do modelo hospitalocêntrico com a criação de uma rede de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral, entre outros.

Os serviços substitutivos e o movimento da RP tornam cada vez menos visíveis as fronteiras entre os espaços que cuidam do sujeito em sofrimento psíquico grave e a sociedade. Evidenciam uma tentativa de ruptura com a lógica hospitalar e permitem uma maior liberdade e circulação.

Com a instituição do novo modelo de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS¹ – Ministério da

¹ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura; as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais

Saúde) se ampliam e diversificam os aparelhos de saúde que fazem parte das redes de saúde mental, ampliando e deslocando, assim, a responsabilização pelo cuidado e aumentando a sua complexidade. Agora o campo de atuação da saúde mental se diversifica com a inclusão de profissionais como assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física – já não estamos mais circunscritos a somente o campo psiquiátrico. O campo de atuação da saúde mental envolve moradia, lazer, cultura, artes, esportes também.

Nesse panorama, se foi observando cada vez mais a inserção da psicanálise nos diversos tipos de serviços (Schmidt & Figueiredo, 2009; Figueiredo, 1997; Alberti, 2008; Goidanich, 2001). Profissionais com variados graus de afinidade com a psicanálise estão, cada vez mais, trabalhando em instituições e serviços da rede pública. A partir desses modelos substitutos, abriu-se gradativamente a possibilidade de pensar em abordagens e intervenções cada vez mais afins dos objetivos do movimento da RP. Nesse sentido, podemos nos perguntar como se dá a inserção da psicanálise, em seus aspectos teóricos e clínicos, na rede de saúde mental.

Nas instituições de saúde mental, o setting analítico não é aquele concebido ou aprendido pelo analista e diferentes questões institucionais, econômicas e sociais passam a fazer parte do seu trabalho. Dessa forma, como as indicações e recomendações técnicas se mantêm na prática clínica em instituições? Como se fazer psicanálise nesses locais? Sabemos que há diferenças importantes, como o número de sessões, a falta do divã, os honorários, entre outros.

Em 1997, Ana Cristina Figueiredo, reconhecida autora da inserção da psicanálise na atuação no campo da saúde mental, escreveu sobre a temática com o objetivo de

Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

contribuir com a formação de profissionais que se propõem a desenvolver um trabalho clínico referido à psicanálise e voltado para o atendimento em instituições públicas de saúde. A autora traz as limitações e potencialidades da psicanálise nos espaços institucionais, transmitindo seus fundamentos teóricos.

A ideia é poder identificar e conceder a especificidade da psicanálise e da função do psicanalista para que se possa praticar essa especificidade junto com as demais modalidades: a psiquiatria médica, as psicoterapias e as práticas em saúde mental. Figueiredo (1997) sustenta a ideia de democratizar o acesso à psicanálise e tornar público, visível, e deixar transparecer o trabalho clínico por oposição ao termo privado como privativo de alguém. A clínica psicanalítica requer certa intimidade, discrição e sigilo, mas isso não quer dizer que sua prática deva se perder no intransmissível. Fazer circular, entre os pares e profissionais afins, o cotidiano da clínica com seus impasses e sucessos; produzir trabalhos, estudos de casos e pesquisas para redimensionar o alcance da teoria em relação à experiência clínica implicam desafios de todo tipo.

Figueiredo (2007), também, sinaliza que ao estabelecer coordenadas a psicanálise não garante um método ou técnica que sirva como diretriz geral para os profissionais – ao contrário, não existem diretrizes gerais para a clínica em psicanálise. Nesse sentido, o autor destaca que a função do analista é criar condições de possibilidade para o exercício dessa clínica, apresentando, assim, as condições mínimas para que esta seja identificada como psicanálise, diferenciando-se das psicoterapias em geral.

Uma questão interessante é a de se ressaltar que a psicanálise conflui com o movimento da RP e o campo de atuação da saúde mental dele desprendido, no sentido de que ambas se posicionam contra as práticas que funcionam como agentes de controle e/ou normatização social. Estamos aqui em uma questão chave da proposta da minha tese: a psicanálise operaria como contradispositivo de poder. Se os ideais de cura do profissional

de saúde são pautados pelos seus próprios valores, sua função, no entanto, não deve sê-lo (Figueiredo, 1997).

O campo de atuação da saúde mental tem como foco o homem determinado pela razão enquanto que a psicanálise descentra o sujeito de sua razão considerando o inconsciente. Ponderando essa perspectiva, Figueiredo (1997) postula que os dispositivos de tratamento muitas vezes colocam o foco no tratamento medicamentoso e nas psicoterapias cognitivas com efeitos rápidos na remissão de sintomas. A autora, dirá, então, que a bandeira da eficácia e da rapidez não condiz com tempo do inconsciente. A psicanálise, nessa visão, torna-se inútil.

O interessante da inserção da psicanálise seria, assim, a promoção de um espaço de escuta que permita dar voz ao sujeito. Dessa forma, em consonância com o movimento da RP, temos uma ruptura epistemológica com a tradição manicomial e a clínica psiquiátrica criticada por Michel Foucault (1978). Estamos aqui diante de uma ruptura revelada na determinação de uma intervenção situada no campo da ética.

De acordo com Figueiredo (1997) temos algumas condições mínimas para que possamos identificar como psicanálise determinado modo de trabalho clínico:

1. A bruxa metapsicologia

Temos a realidade psíquica, que diz respeito ao sujeito e a ele interessa, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha; enfim, se põe no mundo e, até mesmo, se desconhece. Sua fonte primária é o inconsciente. Entretanto, tudo se passa na superfície, na emergência da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. O pacto analítico é um pacto com a fala. Começa uma busca do sujeito sobre o que deve dizer para aquele que o escuta.

2. Transferência

Acontece um deslocamento da fala como desabafo para um plano mais reflexivo ou indagativo. Precisamos ir além da acolhida para manter a aposta em firmar o pacto. Alguma coisa que o analista diz ou faz: um comentário, uma indagação e mesmo um convite explícito a pensar sobre o que é dito deve atingir o sujeito. Como se fosse uma oportunidade de a transferência deixar de ser uma expectativa imediata de cura para se transformar na transferência analítica. Cabe ao sujeito entrar no jogo, apostar em saber um mais daquilo que o aflige para tomar nas mãos uma parcela de seu destino que, é preciso que se diga, depende de um campo variável de possibilidades não previstas. A responsabilidade recai não sobre a pessoa do analista, mas sobre sua própria função.

Figueiredo (1997) enfatiza a caracterização da clínica psicanalítica como a que diz respeito à realidade psíquica, provocando um modo particular de fala através da transferência, em uma relação singular com o tempo, a fim de remanejar essa realidade por sucessivos deslocamentos.

Interpretação, do analista, uma palavra com efeito num tempo posterior. Um tempo, que não é previsível nem controlável.

Figueiredo (1997) dirá:

As condições mínimas para caracterizar a especificidade da clínica psicanalítica se resumem assim: trata-se de uma clínica que diz respeito à realidade psíquica e, para isso, provoca um modo peculiar de fala que se dá a partir da transferência, numa relação também peculiar com o tempo, visando remanejar essa realidade por sucessivos deslocamentos (p.136).

Assim, fazer falar é provocar e evocar os traços ou marcas da vida amorosa, das relações de objeto; é evocar o objeto perdido, busca incessante. A solução é ética. O amor possível para o analista pode ser o amor à verdade. Esta se encontra no cerne da psicanálise, é seu próprio fundamento.

3. *O desejo do analista*

Temos como primeira lição a própria análise do analista. Está em jogo um sintoma específico que é o desejo de ser analista. Trata-se da experiência do inconsciente, não como algo místico, mas sim como a experiência do trabalho analítico em sua especificidade enquanto produção de algo novo na vida do sujeito. Será fundamental que possa ‘fazer semblante’ (*faire semblant*), ‘aparecer como’ o analisando o designa, numa aparência suficientemente convincente para permitir que a transferência se instale. Porém, não se enganando quanto à sua função.

Figueiredo (1997) também dirá que uma forma que convém para se manter no campo de atuação da saúde mental seria o psicanalista que convive. E o faz através do jogo da política institucional. Conviver, ‘viver com’, é atravessar esse jogo em que o psicanalista faz de sua diferença uma especificidade. *O psicanalista não é especial, é específico. Só assim ele convém* (Figueiredo, 1997, p. 168). Para poder sobreviver, é importante que o psicanalista saiba manejar várias linguagens, diferentes vocabulários com os quais diferentes sujeitos e profissionais se apresentam.

Sobre o diagnóstico, é preciso, num primeiro momento, acatar o diagnóstico psiquiátrico de descrição e verificação dos sintomas para depois remetê-los a um certo divisor de águas (ou de patologias) entre psicose e neurose, que interessa à psicanálise. (Figueiredo, 1997). Dessa perspectiva, o analista deve estar atento a esta questão, pois não é raro encontrarmos nos serviços de saúde mental ações cidadãs que, num primeiro momento, pareçam ser em prol de benefícios para o paciente, mas que invadem o sujeito em sua particularidade, de forma a disciplinar comportamentos.

Figueiredo (2007) nos diz que além de conviver, é necessário que o psicanalista defina sua função na direção do trabalho em equipe. Em sua diferença, o analista se subtrai, mas não se retira do campo de ação no trabalho em equipe. Se não houver uma

equipe, trabalha-se na solidão. Esta não é estranha ao psicanalista, mas não é desejável no serviço público.

Ao mesmo tempo, o psicanalista lida com os sintomas de modo peculiar. Sabe que eles são portadores de uma certa verdade não sabida. E sabe que não lhe cabe ser o 'sabido'. Isto vale tanto para o trabalho em equipe quanto para o trabalho clínico. Desafio enorme para quem atravessa esses caminhos. A clínica é o terreno fértil, mas também movediço que desafia nossas ações cotidianas (Figueiredo,1997).

A questão principal que se coloca na verdade não sabida, desse saber, ou melhor, desse furo, ocupa lugar central nessa dinâmica. A psicanálise se funda no não saber, o saber da psicanálise deve ser construído, o que Freud chamou “construções em análise” (Abreu, 2008). Assim, a psicanálise surge como suporte teórico e ético, entendendo a ética da psicanálise relacionada ao desejo, à suposição de um sujeito e de um saber nele produzindo subjetividades.

A tarefa do analista consiste, mais do que nunca, em oferecer ao sujeito uma possibilidade de tematizar, ressignificar e elaborar sua miséria, até onde for possível para tomar outra posição frente a toda essa desgraça cotidiana da qual, até certo ponto, não fazemos parte (Figueiredo,1997).

Se retomarmos Freud (1912/2006) no artigo *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, ele indica que as técnicas apresentadas da época foram pensadas a partir de sua experiência profissional e, portanto, de acordo com as particularidades de seu contexto. Dessa forma, é primordial contextualizar de forma constante a prática clínica, visto que não há sujeito fora da cultura. Assim, a contextualização e alteração da forma de intervenção não invalidam a introdução do pensamento psicanalítico.

A atuação do psicanalista em determinada instituição está, de certo modo, condicionada a uma série de fatores como: estrutura do serviço (hospitalar, psiquiátrico,

universitário, estritamente ambulatorial); estrutura do trabalho clínico (equipes multiprofissionais, serviços compartimentados por especialidades, ausência de trabalho em equipe); estrutura da política de assistência (rede de serviços na área, projetos sociais de habitação e trabalho no caso de pacientes graves etc.) que podem ser mais ou menos favoráveis ao trabalho psicanalítico. E preciso avaliar todos esses fatores e situar-se em relação às prioridades que eles apresentam (Figueiredo, 1997; Schmidt & Figueiredo, 2009).

O ambulatório será, a partir do exposto, o campo privilegiado para a instalação do dispositivo psicanalítico: elaboração no trabalho analítico pela via da repetição, que se dá na transferência como instalação do 'sujeito suposto saber' por onde incide a ação do analista sustentada pelo desejo de diferença (Figueiredo, 1997).

Alberti e Figueiredo (2006) ressaltam o ensinamento de Freud quanto a não podermos trabalhar sem teoria que fundamente nossa prática e oriente nossos atos, caracterizando a importância da psicanálise como suporte teórico e ético. Assim, o sujeito que trabalha em instituições deve ser um “sujeito advertido” de que todo ato ou dizer possuem efeitos que só poderão ser calculados depois e não a priori.

A psicanálise é, portanto, uma técnica completamente dependente da formação do psicanalista e se define como uma prática necessariamente leiga, sendo que seu exercício numa instituição de assistência à população exige uma orientação comprometida com sua teoria, com sua clínica e com sua ética particular.

Capítulo 6: O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

6.1 Serviços Residenciais Terapêuticos

A partir do movimento da RP, emerge o paradigma da reabilitação psicossocial – conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades dos sujeitos portadores de sofrimento mental de exercerem sua cidadania, mediada pela inserção na sociedade (De Oliveira, Pereira & Junior, 2006).

Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico começaram a ser implantados no Brasil no final da década de 1980 e se consolidaram durante os anos de 1990 através das moradias assistidas ou lares abrigados, que, posteriormente, vieram a ser denominados, pela Portaria nº 106/2000, de Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental (SRT), oferecendo alternativas para os moradores dos hospitais psiquiátricos (Weyler; 2006; Silva & Azevedo, 2011).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surge em meio a estas estratégias como um dispositivo que se propõe a acolher os egressos ou não de hospitais psiquiátricos que, por falta de suporte social e/ou familiar, não têm possibilidades de moradia. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) foi instituído pela Portaria GM nº 106/2000² como moradias assistidas, inseridas de preferência na comunidade, com objetivos de reinserção social, resgate da cidadania e autonomia dos moradores de longa data dos hospitais psiquiátricos que não possuam suporte social e vínculos familiares, ou que, por outra razão, necessitem do serviço.

² Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. DOU de 24/02/2000 (nº 39-e, seção 1, pág. 23)
PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf (saude.gov.br)

De acordo com a Portaria, o SRT é um serviço com características de uma moradia, sendo uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. A pessoa há longo tempo internada em hospitais psiquiátricos poderá receber alta hospitalar e continuar o cuidado no âmbito do SRT, que deverá estar integrado à rede articulada de serviços do SUS. Os SRTs deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica ou outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um e não apenas os projetos e ações baseados no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador³. Em 2004, existiam 256 SRTs em quatorze estados e 45 municípios do País, onde moram 1.400 pessoas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), podem se beneficiar do serviço:

³ Residências Terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120.pdf (saude.gov.br)

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).
- Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

A regulamentação dos SRTs tem a seguinte base legal:

- Lei Federal n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (especialmente o artigo 5º).
- Lei n.º 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa).
- Diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País.
- Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações. Portaria

n.º 1.220/2000, que regulamenta a referida Portaria para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.

De acordo com a Portaria 106/200, os SRTs serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II:

- SRT Tipo I: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.
- SRT Tipo II: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

Os SRTs configuram uma modalidade de serviço que possibilita a desconstrução da loucura como signo de aprisionamento e periculosidade, já que apostam na convivência dos “loucos” como cidadãos e buscam concretizar a substituição dos manicômios e a liberdade de ex-internos de circular pela cidade. Essa modalidade de serviço me interessa no sentido de configurar um dispositivo que se funda numa ideia de contrapoder e contradispositivo de poder. Contudo, sabemos que é no exercício do cuidado que essa intenção e direção se efetiva ou não. Na escrita deste trabalho, me interessa abordar a concepção epistemológica e teórica do dispositivo como sendo contra algo imposto pela sociedade disciplinar, sem entrar nos detalhes das falhas de implementação e efetivação do serviço.

Os SRTs se consolidaram em 2000, a partir das experiências realizadas no âmbito dos hospitais públicos desenvolvidas nos municípios de Campinas, Santos, Ribeirão Preto e São Paulo, pioneiros no desenvolvimento e implantação de serviços residenciais ao longo da década de 1990 (Mângia & de Rosa, 2002).

De acordo com Alves, Casais e Santos (2009) as diretrizes dos SRTs são inclusivas, na medida em que acolhem pessoas que não têm autonomia e não possuem vínculos familiares e de moradia. Furtado et. al (2013), em estudo sobre a experiência dos SRTs de forma interdisciplinar (da perspectiva da Saúde Coletiva, Antropologia, Arquitetura e Psicanálise) pontuam que todas as perspectivas confluem para a questão da autonomia como possibilidade de os moradores terem espaços e momentos de autoinvenção, privacidade e construção da própria forma de viver. Os SRTs constituem um convite a se pensar a clínica como política e vice-versa, fazendo emergir a potencialidade crítica da clínica em saúde mental.

Parece importante analisar diversos aspectos, já que a RP vai se constituindo de diferentes formas no território brasileiro tendo em vista sua grande diversidade cultural, econômica, religiosa e social. Deste modo, os SRTs também deverão constituir-se de formas diferentes de acordo com a singularidade do local e das pessoas que acolhem.

Apesar das dificuldades relativas à gestão pública para a sua implantação, , orçamento e interesses políticos (Moll et al., 2021; Massa & Moreira, 2021; Acebal et al., 2021) este dispositivo tem tido um papel importante para a reinserção social das pessoas que passaram por internação psiquiátrica prolongada (De Castro et al., 2021; Simoni, Lazarini & Madureira, 2017).

Salles e Miranda (2016, p. 370) salientam que no âmbito da pesquisa nacional e internacional sobre a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos há poucos dados sobre as dimensões sociais e psicológicas da reinserção destes sujeitos. Essa questão é um aspecto fundamental a se considerar para poder ampliar as pesquisas, já que não somente os SRTs como toda a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) têm sofrido sérias ameaças de desmonte desde 2017, no Brasil.

Atualmente, temos no país 791 SRTs (Brasil, 2020). As Portarias nº 1220/GM, de 07 de novembro de 2000, e nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, nas quais os SRTs foram inicialmente organizados, estabelecem o cuidado extra-hospitalar e a reintegração social como estratégias fundamentais na assistência integral das pessoas que viveram muito tempo institucionalizadas, objetivando sempre a redução das internações em hospital psiquiátrico.

Importante destacar a figura do Técnico de Referência na implementação do serviço como referência permanente de pelo menos uma casa e da equipe que a sustenta (cuidadores) bem como dos usuários que ali moram. É o Técnico que conduz as questões com os vizinhos, que faz o intermédio da utilização da verba, da necessidade de consultas clínicas, psiquiátricas, e auxilia a inserção do morador na cidade, apresentando possibilidades, gerenciando demandas, supervisionando a equipe e manejando (cl clinicamente) os acontecimentos na residência (Figueiredo & Frare, 2008).

Em 2017, houve mudanças na RAPS e nos SRTs estabelecidas na Portaria nº 3588⁴, de 21 de dezembro de 2017. A primeira mudança está relacionada ao limite de moradores do SRT tipo I, que passou a ser de 10 pessoas. Parece importante mencionar, ainda que fuja ao foco desta tese, que a sobrecarga de trabalho e falta de formação dos cuidadores impacta na implementação da prática.

Outra mudança trazida pela Nova Política de Saúde Mental é conceitual, com a definição que este dispositivo é mais um elemento da RAPS, desvinculando seu objetivo como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Assim, os SRTs deixam de ter caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico e não são mais

⁴ PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

atrelados ao descredenciamento dos leitos hospitalares, já que com estas mudanças o hospital psiquiátrico torna-se parte da RAPS.

Outra mudança relacionada à constituição do SRT descrita na Nota Técnica nº 11/2019⁵, item 6.2 estabelece que: *Estas unidades não necessitam ser células isoladas, periféricas; de acordo com o planejamento e projeto do gestor, podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas, em comunidades urbanas, e até rurais, desde que garantidos os direitos básicos e inalienáveis dos moradores* (Brasil, 2019, p. 25). Desta forma, há um retrocesso na garantia de que os SRTs sejam inseridos no território e contemplem a vasta diversidade: que não se favoreça o estigma dos moradores. Há também, a partir dessa Nota Técnica, a possibilidade de que seja realizada uma avaliação funcional dos possíveis ingressantes nos SRTs.

Uma função importante é a de destacar e promover o conhecimento das diversas reformulações das normas e políticas que regem o funcionamento dos SRTs para podermos situar nossa posição crítica. Reafirmo o entendimento de que o dispositivo do SRT promove o processo de desinstitucionalização, ou seja, de desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental.

O processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomialis é uma perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana (Amorim & Dimenstein, 2009). Entendo esse processo como uma contraposição que se coloca em questão como um dispositivo subversivo. Vejamos no próximo tópico.

⁵ NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS
<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

6.2 Dispositivo subversivo e a psicanálise nos SRTs

Em sua obra, Foucault (1969/2008 1975/1997a, 1978, 1979) desenvolveu a ideia da sociedade disciplinar e do dispositivo disciplinar como algo que se dava a partir das práticas discursivas que convocavam a produzir a realidade e a adaptação ao ideal social. No polo disciplinar, podemos dizer que o poder se centrava no sujeito passivo, como se este fosse uma máquina que deve ser adestrada, ampliando suas aptidões, sua utilidade e docilidade. De uma forma menos repressiva e punitiva, mas mais constitutiva e determinante, esse poder produz modos de subjetivação e de elaboração do cotidiano das pessoas, sujeitando-as a verdades normativas que prefixam sua vida e as suas relações. Dessa maneira, a ligação entre saber e poder emerge dos sistemas de vigilância praticada por todos os campos de saber.

Deleuze (1992) concebe a sociedade de controle como algo que substitui a sociedade disciplinar. A sociedade de controle funciona a partir de redes flexíveis, estendendo seus domínios de ação sobre a subjetividade. Com os avanços da informática, do marketing e da comunicação virtual, presenciamos uma fluidez dos mecanismos de controle em que o controle é contínuo e ilimitado. De acordo com Romagnoli et al. (2009), o processo de desinstitucionalização precisa se inscrever nesta concepção de funcionamento característico das sociedades de controle contemporâneas, visto que não podemos pensar que a liberação esteja, tão somente, circunscrita aos espaços institucionais. Dessa forma, o processo de desinstitucionalização terá que ser um incessante questionamento dos valores que atribuímos a nossas formações políticas, culturais e econômicas.

No campo de atuação da saúde mental é uma tarefa desafiadora, considerando que as novas diretrizes e políticas para os profissionais de saúde se complicam a partir de diversidade de demandas e intervenções. *Uma mudança paradigmática no plano da lei*

ou, mesmo, dos dispositivos de cuidado é necessária, mas não suficiente para erradicar os desejos de dominar, controlar e oprimir o louco (Rogmanoli, Amorim & Dimenstein 2009, p. 201) Neste ponto me detenho a demonstrar como os mecanismos disciplinares – saberes especializados atrelados à loucura e classificações psicopatológicas – mantêm os manicômios em nossa alma. Estarmos atentos a isso pode nos ajudar a refletir sobre como evitar práticas alinhadas à essa manutenção.

A proposta de desinstitucionalização é atravessada pelas práticas de cuidado promovidas pelos serviços substitutivos, assim como as práticas e redes de cuidado e equipamentos sociais que podem ser desenvolvidos na cidade, nos espaços micropolíticos de vida. O acompanhamento terapêutico tem se mostrado interessante no processo de desinstitucionalização, com potência no encontro da loucura com a cidade (Amorim & Dimenstein, 2009).

Os SRTs podem ser considerados um dispositivo que se pretende antimanicomial, que tenta promover a construção da vida de pessoas que foram cronicamente institucionalizadas. Os modos de morar e as práticas de cuidado que são construídas – neles e a partir deles – no encontro com a cidade, podem operar na contramão da lógica manicomial. É uma forma de colocar em prática um novo modo de cuidar, um novo modo de cuidar que demanda conhecimentos plurais e que superem as fronteiras disciplinares. Não cabe separar a clínica da política, saúde dos contextos, noções de saber dos dispositivos disciplinares, mas sim de afirmarmos que esses campos se tecem nessas tensões (Rogmanoli, 2009).

O dispositivo/contradispositivo de poder sustentado pela lógica dos SRTs constitui uma *ferramenta de invenção da saúde que se faz como cartografia dos modos de existir, ou seja, como o percorrer/acompanhar os espaços de ruptura e propagação*

do novo (Amorim & Dimenstein, 2009, p. 202). Pensamos em termos de micropolíticas das práticas de cuidado.

Em consonância com Maesso (2020), a proposta aqui é de abordar a noção dos SRTs como um dispositivo que, no campo de atuação da saúde mental, tenta funcionar como um contradispositivo de poder. Mas, o que é um dispositivo? Preciso retomar a ideia de dispositivo como algo que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos (Agamben, 2005). Três elementos são chaves para compreender um dispositivo:

- I. É um conjunto heterogêneo, linguístico e não linguístico, que inclui discursos, instituições, edifícios, leis, proposições filosóficas. É a rede entre esses elementos.
- II. Tem sempre uma função estratégica e se inscreve em uma relação de poder.
- III. Resulta do cruzamento de relações de poder e relações de saber.

De acordo com isso, os dispositivos capturam, produzem e dirigem subjetividades. Trazer os SRTs como contradispositivos, implica dizer que eles funcionam como dispositivos, mas em sua forma são contrários à lógica da RP. Nesse sentido, o trabalho no SRT exige a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes equipamentos sociais, envolvendo a cidade com suas diferentes e potentes estratégias de cuidado. Isso implica a ampliação, a desnaturalização e o movimento constante do próprio trabalho em saúde (Amorim & Dimenstein, 2009).

Uma questão que exemplifica e exprime o valor de contradispositivo do SRT é que a partir dele, a loucura pode não só habitar uma casa, mas a cidade (Frare, 2012). Isso implica dizer que não se espera um retorno a uma normalidade como uma adequação social, mas sim a possibilidade de transitar pela cidade, tornando fluidos os limites entre

normal/anormal. O dispositivo SRT não se coloca como tratamento disciplinar: é antes um espaço e um lugar que não dará um destino ao sujeito e sim uma possibilidade.

O desafio que os SRTs enfrentam no país exprimem a importância de se questionar os tradicionais equipamentos teóricos e dar visibilidade aos novos espaços inspirados na desinstitucionalização. É a partir da desnaturalização do morar e da própria clínica, somado à abertura a experimentações, que estes dispositivos de luta antimanicomial exigem a tarefa de produzir saúde.

Estamos falando de um dispositivo de força. É um lar, sustentado pelo nome de residência, que dá a dimensão simbólica do lugar, todos os artifícios do que se espera de uma casa e é uma prática que estabelece uma nova relação entre a loucura e a cidade (Frare, 2012).

De acordo com Amorim e Dimenstein (2009), os desafios que os SRTs enfrentam se relacionam com os diferentes espaços e atores envolvidos no cuidado de seus moradores, já que exigem a construção efetiva de redes de cuidado e sociabilidade no trânsito com os moradores pela cidade. Isso depende de transformações e iniciativas em dois níveis:

- Nível macropolítico: necessidade de políticas públicas que exijam e possibilitem aos serviços a articulação com a vida “*lá fora*”, na construção de redes de conexão e diálogo nos diferentes espaços onde cada usuário circula e constrói sua vida de modo a garantir a (des)construção permanente das práticas de cuidado.
- Nível micropolítico: articulação mais ampla entre os próprios técnicos, moradores e comunidade na produção/invenção do cuidado desses moradores.

Os movimentos que fazem parte do “morar em uma residência terapêutica” envolvem dividir essa responsabilidade com os cuidadores e com os próprios moradores, o que é o grande desafio dos técnicos de referência (Figueiredo & Frare, 2008). O saber

deve ser colocado do lado do sujeito e isso implica se alinhar com os propósitos de um dispositivo que visa a busca de autonomia e inclusão social.

No que se refere aos SRTs, a clínica tem sido baseada segundo referenciais psicanalíticos (Amorim & Dimenstein, 2009). De acordo com Figueiredo e Frare (2008), os operadores da psicanálise e a função do psicanalista devem se dar sobre o cotidiano, os seus impasses e as possibilidades e impossibilidades.

Frare (2012) indica que conviver com outras pessoas que muitas vezes não conhece e incluir a cidade como algo rotineiro em sua existência coloca os moradores diante de situações, crises e acontecimentos de toda ordem que desmontam qualquer abordagem mais prescritiva de condutas. O que deve saber um psicanalista para poder atuar no SRT? Convocar a psicanálise para um espaço “na cidade”, se torna necessário pensar em termos de como é possível que os operadores da psicanálise possam se constituir como política de tratamento.

Importante trazer que Freud (1919/1976) já tinha alertado sobre a necessidade de a psicanálise assumir novas direções, já que haverá novas instituições ou clínicas e devemos adaptar nossas técnicas às novas condições. De forma simultânea, devemos, também, enfatizar os cuidados em sua aplicação.

A direção é fazer emergir o sujeito do inconsciente e caminhamos nessa direção na escuta do paciente. Frare (2012) se pergunta como a psicanálise pode traçar esse percurso no processo de desinstitucionalização. O intuito é adequar o serviço às necessidades dos pacientes de acordo com as particularidades de cada morador. Não se trata de saber o que deve ou não ser feito, mas estarmos advertidos de como os operadores giram em torno daquilo que é singular do sujeito.

A prática clínica pode ser então pensada, em suas potencialidades criativas, como algo que se faz para além dos settings predefinidos, das técnicas pré-fabricadas e dos

parâmetros de normalidades. O encontro dos loucos com a cidade nos convida a pensar a partir do desejo de mundo que dissipa a dicotomia dentro-fora e permite a inserção de ambos num espaço compartilhado, possibilitando a produção de singularidades (Amorim & Dimenstein, 2009). Nesse intuito, criar aparatos para receber os pacientes e ainda lançar outro entendimento do fenômeno da loucura demandam a reflexão sobre a prática clínica para que os fundamentos da psicanálise sejam colocados a serviço da ética da psicanálise (Figueiredo & Frare, 2008).

Já temos, desde Freud, uma subversão no estatuto do saber, visto que no inconsciente o saber não é sabido. O paciente fala mais do que sabe e é nos atos falhos, nos chistes, nos sonhos que mostra esse saber não sabido. O ponto de partida da psicanálise será: 1- O reconhecimento do saber como furado, incompleto; 2- Diz-se mais do que se sabe; 3- O saber é um saber singular. A experiência psicanalítica introduz novidades fundamentais na concepção cartesiana do saber a partir da hipótese do inconsciente (Figueiredo & Vieira, 1997). As consequências desse pensamento é a crença oposta a de um saber dado *a priori*.

A questão é que o saber está do lado do paciente já que a verdade está do lado do sintoma. Assim, a constituição do campo do saber da psicanálise se articula à verdade de cada caso. Trata-se de um saber-fazer que também opera com a equipe no manejo desse “saber que não se sabe”. Temos, assim, as consequências: posição do analista, a formação do analista e a transferência (lugar no qual esse saber ganha consequências) (Frare, 2012).

Figueiredo e Frare (2008) indicam que estamos diante de uma psicanálise do “só depois”, no sentido de que não temos um dispositivo que determine de forma ortopédica: *é possível que um dispositivo concebido a partir de uma lógica (psicossocial) comporte um outro discurso (psicanalítico) para dar sustentação a uma clínica que tem uma outra*

visada?(p. 89). A adaptação comportamental não se sustenta nesta visão – o que conflui com a proposta defendida nesta tese.

O sujeito está assujeitado pela linguagem que intervém a partir do campo do Outro. A escuta psicanalítica parte de uma posição ética (ética do desejo oposição à ética do bem), a qual não se assimila nem se alinha a qualquer intento do que é “bom” para o paciente (Figueiredo & Frare, 2008). A função do psicanalista deve responder a uma posição ética como condição de execução da técnica, que, por sua vez, deve ser a realização da ética. Ética e técnica estão imbricadas no método de tratamento psicanalítico, na condução da estratégia que envolve e é envolvida pela transferência (Maesso, 2020).

O psicanalista institui-se, então, a partir de sua práxis orientada pela ética em relação ao real e não em relação ao ideal de conduta moral ou de cura a ser alcançada, sendo preciso abster-se do poder entranhado no querer fazer o bem (Maesso, 2020). Assim, consideramos uma posição de aprendiz em relação aos modos subjetivos. A inserção da prática psicanalítica em dispositivos de saúde mental se apresenta como profícua nos intentos de colocar o saber do lado do sujeito. A possibilidade de não disciplinar é colocar a clínica a serviço do sujeito e não da tutela (Figueiredo & Frare, 2008).

Da mesma forma, o profissional ‘psi’ (psiquiatra, psicólogo, psicanalista) não pode mais trabalhar sozinho e deve exercer a sua prática em conjunto com outros profissionais (Figueiredo, 2019). As reuniões intra e inter equipes são fundamentais para redirecionar o cuidado na perspectiva de uma orientação comum para diferentes ações. *O trabalho de supervisão junto aos cuidadores é primordial para levar a clínica do e no acontecimento, para suportar o “não-saber” e inventar* (Figueiredo & Frare, 2008).

Temos, assim, o trabalho “entre vários”. Podemos, então, pensar em um movimento no qual não deve haver mais um ‘dentro’ e um ‘fora’. Todos estão preocupados e implicados no processo em um continuum. Mas é importante esclarecer que o caso não é o sujeito e sim uma construção parcial, e nunca um irá se sobrepor ao outro. Em suma, o caso é sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito (Figueiredo, 2019). Será na cotidianidade da clínica que os acontecimentos aparecerão para se aprender mais e será na supervisão que um saber sobre isso será elaborado.

Transmitir algo sobre a psicanálise é aprender algo de sua lógica e fundamentos, a partir dos quais se entende a ética em consonância com a proposta de contradispositivo de poder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA FORMA DE TERMINAR

A cena convocada na introdução desta tese, sobre a paciente que tinha sido silenciada no decorrer do tratamento, despertou em mim a ideia de que o tratamento era algo que tinha chegado para calar, como se o silêncio fosse a resposta. Eu sentia que se tratava de discipliná-la e calar a sua voz que ela tinha. Como se o silêncio fosse a resposta.

Esse momento me inspirou a começar a trabalhar a ideia do tratamento no dispositivo disciplinar. Procurei, então, dar um curso lógico a essa forma de intervenção que parecia mais um tratamento que visava doutrinar para adaptação às normas. Meu intuito foi propor uma perspectiva crítica indicando um caminho capaz de explorar as contradições no interior do próprio sistema de normas através da explicitação do que precisa continuar de forma implícita para poder funcionar. Nesse sentido, procurei explicitar o que permanece implícito e tem consistência *fantasmática* que mostra como nossos conhecimentos têm uma estrutura dual e contraditória, sinalizando o caminho para a crítica social (Safatle, Junior & Dunker, 2018). A eficácia da perspectiva crítica perpassou a ideia da consideração de que vínculos sociais são fundados a partir de circuitos de afetos que estruturam modos de interpretação e sentido diante de estruturas normativas.

Analisar a história da loucura e o processo das internações em instituições psiquiátricas indicou que elas emergiram como uma possível proposta de cuidado na atenção especializada à saúde, mas que apesar disso o hospital psiquiátrico se coloca como uma ferramenta reguladora e de controle social, tendo como princípios norteadores o exílio, a disciplina e a segregação. A loucura, que até o século XVIII fora entendida como um erro de apreensão e juízo da realidade, passou a ser analisada como estanque ao mundo real e foi a partir daí que *o louco* se tornaria destituído de sua condição existencial, estará *fora* da realidade (Benini, 2008).

Tentei percorrer um caminho que revelasse que confiscar o corpo e a alma da loucura foi um dos propósitos maiores de um “aparelho de poder” que atuou de maneira estratégica, disciplinar, múltipla e dispersa, dando à psiquiatria um estatuto de soberania sobre a vida dos loucos. No percurso da escrita, aponte os *dispositivos disciplinares de poder* subjacentes às formas de tratamento.

Defendi, explícita e implicitamente, que não podemos distinguir o normal do anormal e do patológico. Já Freud (1901/2008) tinha falado sobre uma continuidade entre os fenômenos que se observam na vida psíquica normal e a psicopatologia. Assim, só podemos ter uma visão mais apurada do singular trabalho psíquico quando pudermos reconhecer que as formações psíquicas da histeria e da neurose obsessiva repetem em seus mecanismos todas as características essenciais desse modo de trabalhar. Não existe um limite claro e rígido e todos somos mais ou menos *loucos*. Deslizes, sonhos, atos falhos, sintomas que sobrevêm na vida de qualquer sujeito e não apenas na de um sujeito neurótico.

Expressei que o patológico só começa quando é reconhecido como tal pela experiência marcada e pelo olhar do outro que a classifica e define. Assim, a patologia aparece como o que se revela entre o sujeito e seu ambiente, mediado por construções e valores sociais. A escrita tende a revelar e exprimir o estado normal como uma produção para a qual convergem conceitos estéticos (harmonia, equilíbrio), morais (contenção, regulação) e políticos (ordem, hierarquia, comunicação), ou seja, mostrei como a saúde é uma determinação valorativa para a qual convergem operações amplas de valoração convergente com campos sociais (Safatle, 2011).

Desse modo, compreender as formas atuais de tratamento e, conseqüentemente, retirar do arcabouço teórico da psicanálise conceitos que valham para uma intervenção inovadora foi a ideia do presente trabalho, fazendo uma leitura a partir dos conceitos da

psicanálise sobre os dispositivos subjacentes aos fundamentos e às práticas institucionais e sobre o que promoveu rupturas nos *modos operandis* das instituições de saúde mental.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) se mostrou como um dispositivo subversivo que representa o processo de reforma psiquiátrica brasileira, que junto da psicanálise surge como uma forma de produzir a autonomia do sujeito e operar como um contradispositivo de poder. Foi um recurso que me permitiu mostrar o avesso do dispositivo disciplinar. A postura subversiva desses dispositivos foi sustentada a partir da ideia de que representam um olhar que poderia se situar na criação de um novo saber, e uma lógica que opera na lógica da pergunta constante, um saber não todo. Uma lógica que a psicanálise inaugurou que não sobrepõe ao sujeito os ideais de cada sociedade, cultura ou época a partir de dispositivos que definem sobre o bem (Maesso, 2020). A postura subversiva da psicanálise se encontra justamente na posição de defender a autonomia do sujeito para reinventar e inventar o que é o bem para si mesmo.

O dispositivo do SRT promove o processo de desinstitucionalização entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental. Nesse sentido, o processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomial é uma perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana (Amorim & Dimenstein, 2009). Entendo esse processo como uma contraposição que se coloca em questão como um dispositivo subversivo.

O SRT se colocou como um dispositivo problematizador da atenção em saúde mental, exigindo a constante reflexão sobre as práticas e saberes em jogo no processo de desinstitucionalização em construção, sob pena de cairmos nas armadilhas da lógica manicomial, da “prisão a céu aberto” (Amorim & Dimenstein, 2009). Nesse sentido, no

campo específico de atuação da saúde mental, é preciso assumir posturas mais ativas e singulares de enfrentamento das formas de poder. Defendo, assim, que esse enfrentamento deve se dar tanto no eixo disciplinar que o biopoder segue mantendo através da sobrevivência de instituições arcaicas como o manicômio, na hegemonia do saber dos especialistas, e na fixação em práticas já estabelecidas quanto no eixo biopolítico, por meio de improvisações e de inventividade que façam frente à administração das formas de vida e seu cotidiano – características da sociedade mundial de controle (Rogmanoli, 2009).

Finalizo reforçando que o legado de todo o percurso da reforma psiquiátrica brasileira nas últimas décadas deve ser levado adiante pela via das políticas públicas na sustentação do SUS em sua potência, ampliando e articulando as redes que se entrelaçam para além do campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 74-82.
- Acebal, J. S., Barbosa, G. C., Domingos, T. D. S., Bocchi, S. C. M., & Paiva, A. T. U. (2021). O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. *Saúde em Debate*, 44, 1120-1133.
- Agamben, G. O (2005). que é um dispositivo? *Revista Outra Travessia, Santa Catarina*, 5(2), p. 9-16.
- Alberti, S. (2008). A política da psicanálise e a da saúde mental. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8(1), 7-11.
- Alquié, F. (1974). "A ideia de causalidade de Descartes a Kant". In: Châtelet, F. (Org.) *História da Filosofia: ideias, doutrinas*. vol. 4. Trad: Guido de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, pp. 187-204.
- Alves, M. S.; Casais, N. A.; Santo, J. E. (2009). Residências terapêuticas: experiência dos residentes de saúde mental do programa da universidade do estado da Bahia, 9 (1), p. 107-115.
- Amarante, P., & Nunes, M. D. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 2067-2074.
- Amarante, P. & Torre E.H.G. (2018). "“De volta à cidade, sr. cidadão!” -reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial." *Revista de Administração Pública* 52(1), 1090-1107.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

- Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. D. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), p.2067-2074.
- Amorim, A. K. D. M. A., & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 195-204.
- Assoun, P-L. (2002). *La metapsicología*. México: Siglo XXI.
- Baratto, G. (2009). A descoberta do inconsciente e o percurso histórico de sua elaboração. *Psicologia: ciência e profissão*, 29, 74-87.
- Basaglia, F. (2005) *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Benini, E.R. (2008). O poder psiquiátrico – Curso do Collège de France (1973-1974) Michel Foucault. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, 2(5), 326-331.
- Bernard, C. (2010). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion.
- Branco, R. M. (2018). *Michel Foucault e a medicina: sobre o nascimento da clínica moderna*. Tese (Doutorado em Filosofia) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Brasil (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/blob/144.pdf>>

- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE /
Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência
Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.
OPAS. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde
mental em Dados - 10*. Ano VII, nº 10. Informativo Eletrônico. Brasília. Disponível
em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>
- Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à
Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-
Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da
Saúde. Disponível em
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5e
d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf)
- Breuer, J. & Freud, S. (1895/1987). Estudios sobre la histeria. In *Sigmund Freud. Obras
Completas* (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (1978). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense
Universitária. Rio de Janeiro.
- Costa, M. F., Périco, W., & de Souza, W. A. (2019). Do Dispositivo Disciplinar ao
Dispositivo Intercessor. *Revista de Psicologia da Unesp*, 18 (especial), 161-178.
- Da Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as
sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1(1),
1-18.

- De Albuquerque Figueiró, R., de Araújo Mello, L. C., Minchoni, T., & da Silva, M. E. S. (2011). Luta antimanicomial e reforma psiquiátrica: o protagonismo do usuário em debate. *CATUSSABA-ISSN 2237-3608*, 1(1), 51-62.
- De mesquita, J. F., Novellino, M. S. F., & Cavalcanti, M. T. (2010). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. *Abepo*, 1-9.
- De Oliveira Lussi, I. A., Pereira, M. A. O., & Junior, A. P. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 448-456.
- De Oliveira, E. A. S., & Heuser, E. M. D. (2017). O dispositivo disciplinar nos estudos de Michel Foucault. *Aufklärung: revista de filosofia*, 4(2), 91-106.
- De Oliveira, W. F. (2012). Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas/Psychiatric Reform and psychosocial care in Brazil: sociohistorical contextualization, challenges and perspectives. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 4(9), 52-71.
- De-Castro, U. R., Vieira, L. R., dos-Santos, I. D. C., do Prado Oliveira, N., Moreira, A. L. D., Dytz, R. A. B. M., ... & Serafim, L. N. M. R. (2021). A importância da residência terapêutica no cuidado do paciente psiquiátrico sem vínculos familiares: relato de caso e revisão da literatura. *Brasília Med*, 58, p.1-5.
- Deleuze G. (1992). Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, p.219-26.

- Deleuze, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de wanderson flor do nascimento.
- Derrida, J. (1996). “Ser justo con Freud.” La historia de la locura en la edad del psicoanálisis. In *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Paidós, Buenos Aires.
- Descartes, R. (2010). Discurso del método. Madrid, España: Colección Austral-ESPASA CALPE.
- Domínguez, A. & Yáñez, J. (2011). El inconsciente: una mirada sobre su historia y sus retos actuales. *Psychologia Latina*, 2(2), 172-183.
- Dunker, C. I. L. (2001) Clínica, Linguagem e Subjetividade. *Distúrbios da Comunicação*, 12(1), p.39-61.
- Dunker, C. I. L. (2008). Descartes e o Método Psicanalítico. *Estudos Lacanianos*, 1(1), p.169-186.
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107.
- 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. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(1), 116-125.
- Dunker, C. I. L., & Neto, F. K. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise ea psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo-Revista do NESME*, 8(2), 1-15.

- Dunker, C. I. L.; Neto, F. K. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. In: Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental, São Paulo, 14(4), 611-626.
- Dunker, C.I.L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107.
- Ellenberger, H. (1976). *El descubrimiento del inconsciente*. Madrid: Gredos.
- Escobar-Maria, C. (2010). El inconsciente freudiano y sus destinos. *Tempo Psicoanalítico*, 42(2), 403-424.
- Figueiredo, A. C. (2019). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Revista Psicologia Política*, 19(44), 78-87.
- Figueiredo, A. C., & Frare, A. P. (2008). A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, 82-96.
- Figueiredo, A. C., & Vieira, M. A. (1997). A supervisão: do saber sobre a psicanálise ao saber psicanalítico. *Cadernos Ipub*, (9), 87-95.
- Figueiredo, A.C. (1997). *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- Figueiró, R., Mello, L. C., Minchoni, T., & da Silva, M. E. S. (2011). Luta antimanicomial e reforma psiquiátrica: o protagonismo do usuário em debate. *CATUSSABA-ISSN 2237-3608*, 1(1), 51-62.
- Foucault, M. (1973-1974/2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (1977). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão* (16a ed). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1975/1997b). *Nietzsche, Freud, Marx – Theatrum Philosophicum*.
Tradução Jorge Lima Barreto. São Paulo: Princípio.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1982/2005). Um diálogo sobre os prazeres do sexo - Nietzsche, Freud e Marx - Theatrum Philosophicum. São Paulo: Landy Editora.
- Foucault, M. (1987). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque (13a ed). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1969/2008). *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense (7.ed.).
- Frare, A. P. (2012). *No litoral da casa e do serviço: a Psicanálise no Serviço Residencial Terapêutico*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil, Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1895/1996). Estudos sobre a histeria. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1898/1969). A sexualidade na etiologia das neuroses (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 3). Rio Janeiro: Imago.

Freud, S. (1899/1969). Lembranças encobridoras. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. III, pp. 329-354)*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1898/1969). *A sexualidade na etiologia das neuroses*. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. III, pp. 236-253). Rio Janeiro: Imago.

Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vols. IV e V, p. 15-700)*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1901/ 2001). Psicopatología de la vida cotidiana. In *Sigmund Freud. Obras Completas (Vol. VI)*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1904). O método psicanalítico freudiano. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 51-61)*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Freud, S. (1905/1988). Análise fragmentária de uma histeria. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud VII*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905). Sobre a psicoterapia. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 63-80)*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Freud, S. (1905/1991). El chiste y su relación con lo inconciente. In *Sigmund Freud. Obras completas (Vol. 8)*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1905/1996) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago. Volume VII, p. 19-116.
- Freud, S. (1912a). Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 93-106). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (1912b). Sobre a dinâmica da transferência. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 107-120). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 121-149). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (1914). Lembrar, repetir e perlaborar. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 151-164). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. In *Sigmund Freud. Obras completas* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1996). Lo inconsciente. In *Sigmund Freud. Obras Completas* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). “Duelo y melancolía”. In *Sigmund Freud. Obras completas* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2010). Uma dificuldade da psicanálise. In *Obras completas: “O homem dos lobos” e outros textos* (Vol. 14). São Paulo, SP: Companhia das Letras.

- Freud, S. (1920/1976). Além do princípio do prazer. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, (Vol. XVIII, pp.13-85). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/1984). El yo y el ello. In *Sigmund Freud. Obras Completas* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). A análise finita e a infinita. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 315-364). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (1926). A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas de Sigmund Freud) (pp. 205-313). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Furtado, J. P., Tugny, A. D., Baltazar, A. P., Kapp, S., Generoso, C. M., Campos, F. C. B. & Nakamura, E. (2013). Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 3683-3693.
- Fulgencio, L. (2002). A compreensão freudiana da histeria como uma reformulação especulativa das psicopatologias. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 30-44.
- Gallegos, M. (2012). La noción de inconsciente en Freud: antecedentes históricos y elaboraciones teóricas. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15(91), 891-907.
- Goidanich, M. (2001). Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia: ciência e profissão*, 21(4), 26-33.

- Holanda, A. (2001). Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 29-38.
- Kant, I. (1788/2005). *Crítica de la razón pura*, trad. de Pedro Ribas; Madrid: Taurus.
- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 1455-1461.
- Lacan, J. (1946/1998). Formulações sobre a causalidade psíquica. In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1955). Variantes de la cura tipo. In *Escritos I*. México DF, México: Siglo XXI
- Landi, E. C., & Chatelard, D. S. (2015). O lugar do analista e a ética do desejo. *Tempo psicanalítico*, 47(2), 156-170.
- Maesso, M. C. (2011). *Fundamentos do diagnóstico e a posição do analista*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Brasil: São Paulo.
- Maesso, M. C. (2020). A Estratégia da Transferência na Psicanálise como Contradispositivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36 (12), 1-10.
- Mângia, E. F., & de Rosa, C. A. (2002). Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 13(2), 71-77.
- Mannoni, O. (1997). *Freud. El descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Martins, F. (1999). O que é pathos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 2(4), 62-80.
- Massa, P. A., & Moreira, M. I. B. (2021). Na Casa e na Rua: Cenas dos Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41.
- Millani, H.F.B. & Valente, M.L.L. de C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 4(2), 1-19.
- Ministério da Saúde (2004). Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: [120.pdf \(saude.gov.br\)](#)
- Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental em dados 6 (Ano 4). Brasília, DF: Autor.
- Moll, M. F., Ventura, C. A. A., Soares, J. G., Flôres, D. A., Paranhos, D. B., & Goulart, M. B. (2021). Direito à proteção social e à saúde entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *REFACS*, 9(3), 619-630.
- Moreira, J.O., Neto, F.K. & Rosário, Á.B. (2015). *Saúde Mental e Psicanálise: recortes epistemológicos*. Em *Psicanálise, Saberes e Práticas em Saúde Mental*. Editora CRV, Curitiba.
- Moreira, J.O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.

- Moreira, L. R., & Kyrillos Neto, F. (2017). Dos benefícios sociais na Reforma Psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *Revista de Psicologia, Fortaleza*, 8(2), 110-118.
- Moreira, M. I. B., & Castro-Silva, C. R. D. (2011). Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), 545-553.
- Morey, M. (1975). *Lectura de Foucault*, Ed. Taurus, Madrid.
- Oliveira, W. V. D. (2009). Da assistência à prevenção: discursos, saberes e práticas psiquiátricas no Brasil.
- Passos, I. C. F. (Ed.). (2009). *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Argumentum editora.
- Pacheco M.V.P.C. (2003). Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.*, 6(2), 152-157.
- Pinel, P. (1801/2004). Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (extratos sobre a mania e sobre o tratamento moral). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), p.117-127.
- Romagnoli, R. C., Paulon, S. M., Amorim, A. K. D. M. A., & Dimenstein, M. (2009). Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 199-207.
- Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, 9(1), 11-27.
- Safatle, V., da Silva Júnior, N., & Dunker, C. (2018). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Autêntica.

- Salles, A. C. R. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28, 369-379.
- Schmidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 130-140.
- Serafim, R. C.da N. S.; Bú E. A.; Maciel, C.S.; Santiago T.R.S. & Alexandre, M.E.S. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 221-233.
- Silva, D. S., & Azevedo, D. M. D. (2011). As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. *Escola Anna Nery*, 15(1), 603-609.
- Silva, M.M. (2008). A Saúde Mental e a Fabricação da Normalidade: Uma Crítica aos Excessos do Ideal Normalizador a Partir das Obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em Psicologia*, 12(1), 141-150.
- Simoni, D. D., Lazarini, W. S., & Madureira, R. M. (2017). Saúde mental e o processo de gestão de serviços residenciais terapêuticos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 19(1), 101-107.
- Simoni, D. D., Lazarini, W. S., & Madureira, R. M. (2017). Saúde mental e o processo de gestão de serviços residenciais terapêuticos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 19(1), 101-107.
- Tenório, F. (2002). "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos." *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 9(1), 25-59.

Weyler, A.R. (2006). O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. *Imaginário*, 12(13), 381-395.