



PUC-SP

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP**  
**Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social**

**Milton Nuevo de Campos Neto**

**O “Avanço Técnico” em Saúde Mental no Brasil: a ameaça do *campo de concentração generalizado*.**

**Doutorado em Psicologia Social**

**São Paulo**  
**2020**



PUC-SP

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP**  
**Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social**

Milton Nuevo de Campos Neto

O “Avanço Técnico” em Saúde Mental no Brasil: a ameaça do *campo de concentração generalizado*.

Doutorado em Psicologia Social

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título Doutor em Psicologia Social sob orientação do Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho

São Paulo  
2020

Banca Examinadora

---

---

---

---

---

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.**

**This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Finance Code 001**

**NÚMERO DE PROCESSO 88887.169429/2018-00**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por me permitirem construir o desejo de estudar, sem o qual eu certamente não teria seguido tão longe.

À Nathalia, pelo amor com que construiu comigo a vida que me permitiu construir este trabalho.

Ao meu orientador Raul Pacheco pela liberdade que me foi concedida para a realização da pesquisa, como no mestrado, e pela confiança no meu trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora pela disposição em dialogar com o que escrevi, em especial Maria do Carmo Guedes e Fuad Kyrillos pelas ricas contribuições no exame de qualificação além da forma atenciosa com que trataram meu trabalho.

Aos companheiros de clínica, de praça e dos projetos mais proveitosos que já tive, Augusto e Gabriel. Também pela escuta e diálogo sobre os perrengues da pesquisa.

À Marlene Camargo, secretária do Programa, pela paciência comigo ao longo dos processos burocráticos e pela atenção e presteza com que sempre me tratou.

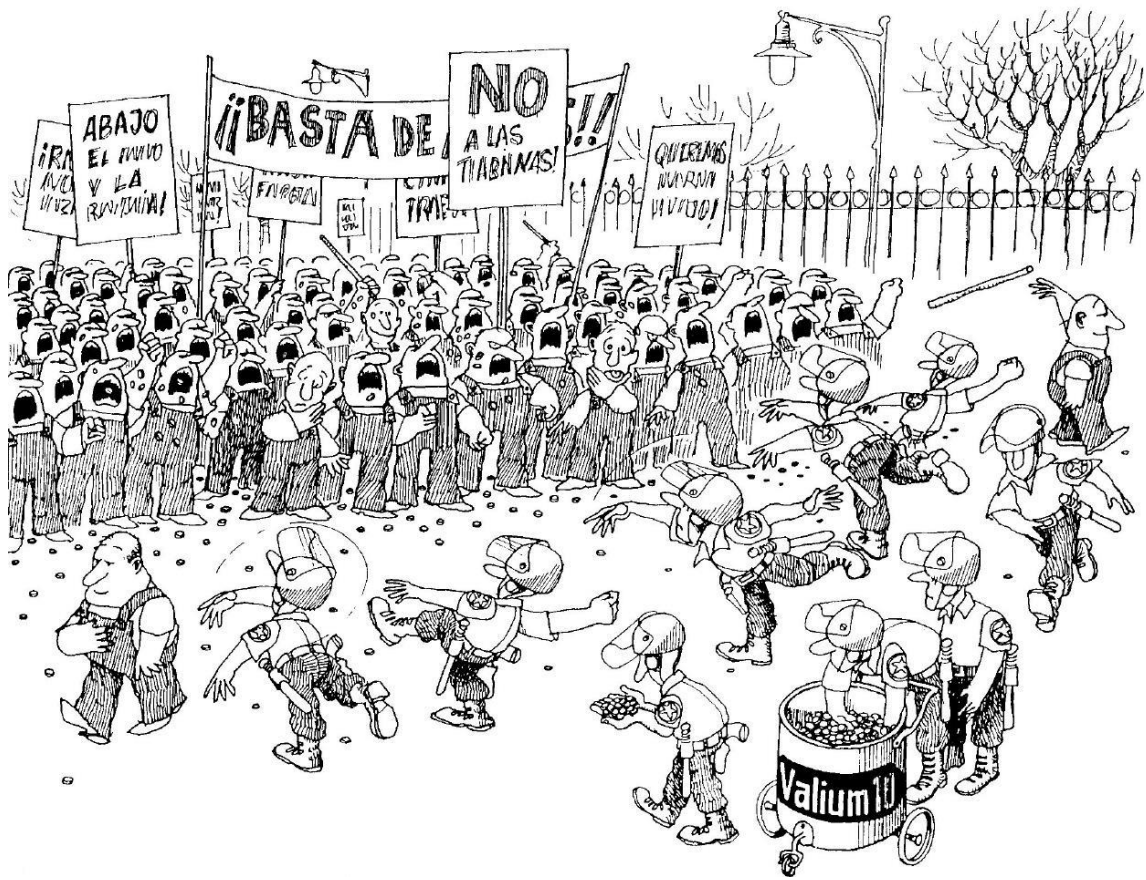
Aos amigos mais antigos de PUC, em especial Karla, Leonardo e Paulo por todos os momentos, tanto na diversão, quanto no enfrentamento dos problemas, enfim, pela longa história.

Aos novos amigos que a PUC trouxe, em especial Ana Carolina pela leitura atenta no decorrer do trabalho, bem como por me lembrar que ele acaba; e Thaina, por fazer desse tempo *a lil bit funky*.

A todos que estiveram comigo na praça Roosevelt em nossos estudos, pelo diálogo cujos efeitos certamente notarão nessas páginas e pela presença sem a qual essa experiência de escrita teria sido insuportavelmente solitária.

À Renata, cujo carinho e a escuta me deram amparo mais vezes do que ela imagina.

Aos muitos sujeitos que escutei até aqui nessa já um pouco longa jornada na saúde mental, seja no ambulatório, no CAPS, no consultório, ou nas formações, enfim, aos que me ensinaram e me ensinam ainda a ouvir.



QUINSO

## RESUMO

CAMPOS NETO, Milton Nuevo de. **O “Avanço Técnico” em Saúde Mental no Brasil: a ameaça do campo de concentração generalizado**. 2020. 205 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Esta tese teve como objetivo central articular duas noções: o que chamamos de alicerce lógico manicomial ao que Lacan chamou de *campo de concentração generalizado* quando comentou as reformas psiquiátrica e universitária na França da década de 1960. Essa articulação, por sua vez, tem a função de mostrar como duas estratégias retóricas no Brasil atual, uma ligada à Luta Antimanicomial e outra aos projetos manicomialistas de reformulação das políticas públicas, se inserem ambas na mesma estrutura do *discurso universitário* cujo efeito seria o *campo de concentração generalizado*. Assim, a discussão teve início por uma revisão da história da institucionalização da loucura na modernidade de modo a poder mostrar que o alicerce lógico manicomial é composto pela aliança, na modernidade, entre um saber psiquiátrico e uma fundamentação jurídica na direção da manutenção do privilégio de uma classe sobre outra no capitalismo. Em seguida foi necessário revisar a história das reformas psiquiátricas francesa e italiana, no contexto posterior à Segunda Guerra, buscando compreender de que modo influenciam a reforma psiquiátrica brasileira. Nessa revisão, constata-se que as influências se dão em como relacionam, opõem ou articulam *clínica e política* – aspecto inescapável no campo em todas as reformas psiquiátricas antimanicomiais. Isso permite ver tanto as influências da psicanálise quanto os modos pelos quais ela é rechaçada nesse campo. Daí que a contribuição lacaniana acerca da teoria dos discursos mostra uma possibilidade da psicanálise figurar como aliada numa perspectiva antimanicomial por trazer reflexões sobre processos de exclusão e segregação articulando *clínica e política*. Finalmente, discute-se com base nisso o atual projeto de reorientação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, os limites que já apresentava na superação da lógica manicomial antes de sua reorientação e alguns aspectos para pensar possibilidades de enfrentamento dessa lógica que se revitaliza por meio de avanços técnicos perigosos no presente.

**Palavras-chave:** 1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Psicanálise. 4. Luta Antimanicomial. 5. Discurso Universitário.

## ABSTRACT

CAMPOS NETO, Milton Nuevo de. **The “Technical Advancement” of Mental Health in Brazil: the menace of the *generalized concentration camp***. São Paulo. 2020. 205 p. Thesis (PhD in social psychology) – Postgraduate Program in Social Psychology, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

This thesis aimed to articulate two notions: what we call the asylum logic foundation to what Lacan called the *generalized concentration camp* when he commented on the psychiatric and university reforms in France in the 1960s. This articulation, in turn, has the function to show how two rhetorical strategies in Brazil today, one linked to the Anti-Asylum Struggle and other to the asylumist public policy reform projects, both fit into the same structure of the *university discourse* whose effect would be the *generalized concentration camp*. Thus, the discussion began with a review of the history of the institutionalization of madness in modernity in order to show that the asylum logic foundation is composed by the alliance, in modernity, between a psychiatric knowledge and a legal foundation in the direction of maintaining the privilege of one class over another in capitalism. It was then necessary to review the history of french and italian psychiatric reforms in the post-World War II context, seeking to understand how they influence the brazilian psychiatric reform. In this review, it is found that the influences are on how they relate, oppose or articulate *clinic* and *politic* - inescapable aspect in the field in all anti-asylum psychiatric reforms. This allows us to see both the influences of psychoanalysis and the ways in which it is rejected in this field. Hence the lacanian contribution about discourse theory shows a possibility of psychoanalysis figuring as an ally in an anti-asylum perspective by bringing reflections on processes of exclusion and segregation articulating *clinic* and *politic*. Finally, we discuss based on this the current project of reorientation of the National Policy of Mental Health in Brazil, the limits that already presented in overcoming the asylum logic before its reorientation and some aspects to think about possibilities of confronting this logic that is revitalized by dangerous technical advances in the present.

**Keywords:** 1. Mental Health. 2. Psychiatric Reform. 3. Psychoanalysis. 4. Anti-Asylum Struggle. 5. University Discourse.

## RESUMEN

CAMPOS NETO, Milton Nuevo de. **El “Avance Técnico” en Salud Mental en Brasil: la amenaza del *campo de concentración generalizado***. São Paulo. 2020. 205 p. Tesis (Doctorado en Psicología Social) - Programa de Estudios Post-graduados en Psicología Social, Pontificia Universidade Católica de São Paulo.

Esta tesis tuvo como objetivo articular dos nociones: lo que llamamos la base lógica manicomial de lo que Lacan llamó el *campo de concentración generalizado* cuando comentó sobre las reformas psiquiátrica y universitaria en Francia en la década de 1960. Esta articulación, a su vez, tiene la función de mostrar cómo dos estrategias retóricas en Brasil actual, una vinculada a la Lucha Antimanicomial y la otra a los proyectos manicomiales de reforma de políticas públicas, ambas encajan en la misma estructura del *discurso universitario* cuyo efecto sería el *campo de concentración generalizado*. Así, la discusión comenzó con una revisión de la historia de la institucionalización de la locura en la modernidad para demostrar que la base lógica manicomial está compuesta por la alianza, en la modernidad, entre un saber psiquiátrico y una fundamentación jurídica en la dirección de mantener el privilegio de una clase sobre otra en el capitalismo. Luego fue necesario revisar la historia de las reformas psiquiátricas francesa e italiana en el contexto posterior a la Segunda Guerra Mundial, buscando comprender cómo influyen en la reforma psiquiátrica brasileña. En esta revisión, se encuentra que las influencias están en cómo se relacionan, se oponen o articulan *clínica y política* – aspecto ineludible en el campo de todas las reformas psiquiátricas antimanicomiales. Esto nos permite ver tanto las influencias del psicoanálisis como las formas por las cuales es rechazada en este campo. Por lo tanto, la contribución lacaniana sobre la teoría del discurso muestra una posibilidad de que el psicoanálisis se convierta en un aliado en una perspectiva antimanicomial al traer reflexiones sobre procesos de exclusión y segregación que articulan la clínica y la política. Finalmente, discutimos en base a esto el actual proyecto de reorientación de la Política Nacional de Salud Mental en Brasil, los límites que ya presentaba para superar la lógica manicomial antes de su reorientación y algunos aspectos para pensar posibilidades de confrontar esta lógica que se revitaliza por peligrosos avances técnicos en el presente.

**Palabras Clave:** 1. Salud Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Psicoanálisis. 4. Lucha Antimanicomial. 5. Discurso Universitario.

## LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

AFDM – Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CAPS ADij – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas infanto-junvenil

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ERSA – Escritório Regional de Saúde

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SENAD – Secretaria Nacional de Política de Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	p.12
<b>CAPÍTULO 1. REFORMA PSIQUIÁTRICA: QUESTÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS</b> .....	p.19
<b>1.1 A institucionalização da loucura</b> .....	p.21
1.1.1 – Reformas no saber sobre a loucura.....	p.24
1.1.2 – Questões próprias às reformas antimanicomiais.....	p.29
<b>1.2 Sobreposições e diferenças entre a Psicoterapia Institucional e a psiquiatria de <i>setor</i></b> .....	p.32
1.2.1 – Sobre o processo de consolidação da psiquiatria de <i>setor</i> .....	p.38
1.2.2 – Psicoterapia Institucional de Tosquelles a Oury.....	p.49
<b>1.3 Algumas notas sobre a Psiquiatria Democrática italiana</b> .....	p.64
1.3.1 – A crítica da comunidade terapêutica e a recusa da prática clínica.....	p.67
1.3.2 – A experiência de Trieste reencontrando a clínica.....	p.76
<b>CAPÍTULO 2. UMA PSICANÁLISE QUE NÃO OPONHA CLÍNICA E POLÍTICA</b> .....	p.87
<b>2.1 O discurso por seus aspectos estáticos e dinâmicos</b> .....	p.92
2.1.1 – Uma estrutura que contém seu furo.....	p.95
2.1.2 – O duplo estatuto do objeto <i>a</i> .....	p.100
<b>2.2 O laço social do mestre pervertido ou a reforma em seu furo</b> .....	p.106
2.2.1 – A reforma no contexto de 68.....	p.109
2.2.2 – <i>Discurso universitário, discurso capitalista</i> .....	p.114
<b>CAPÍTULO 3. A RAPS SOB O RISCO DO CAMPO DE CONCENTRAÇÃO GENERALIZADO</b> .....	p.129
<b>3.1 PARTE I – Da narrativa ao projeto de fato</b> .....	p.133
3.1.1 – A montagem do aparato repressivo da Política Nacional de Saúde Mental.....	p.144

3.1.2 – Um ponto a mais: o CAPS AD IV.....	p.151
<b>3.2 PARTE II – Do projeto inicial às cooptações discursivas.....</b>	<b>p.158</b>
3.2.1 – A estratégia semiológica da <i>sociatria</i> .....	p.178
3.2.2 – A RAPS tornada <i>campo de concentração generalizado</i> .....	p.184
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>p.192</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>p.197</b>

## INTRODUÇÃO

*“Ora, o fato de escrever constitui um ato que tem, na sociedade, repercussões determinadas . Existe esse fato e existe a consciência dele tomada pelo escritor. Eis aí duas coisas diferentes — e não é simplesmente a resposta que o escritor dá à pergunta "para quem você escreve?" que decide para quem de fato ele escreve.”*

(Georges Politzer)

É preciso começar por algum lugar e não vejo outro modo de fazê-lo a não ser pela questão do endereçamento. Isso porque ao longo dos quatro anos que duraram a pesquisa que aqui se deposita, a situação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – e, mais ainda, da política nacional como um todo – mudou muito e as mudanças foram diversas e vieram rápido. Isso teve seus efeitos sobre o problema de pesquisa, que se modificou, e fez com que eu me questionasse a respeito de para quem estava escrevendo.

Explico: minha intenção inicial era investigar sob quais condições de possibilidade havia se dado a constituição e (imane) dissonância entre os diferentes dispositivos clínicos “psi” – psicanálise, psiquiatria, psicologia – isso para, em um segundo passo, procurar delimitar o percurso das práticas clínicas no contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. Ou seja, procuraria investigar a incidência dos três dispositivos clínicos no contexto da saúde pública do país em termos de suas influências ético-políticas para tentar apontar, com isso, algumas razões da babel que acontece nas tentativas de trabalho em equipe.

Mas ainda no primeiro ano da pesquisa (falo de 2016) o impeachment de Dilma Rousseff, especialmente nas condições em que se deu, já apontava horizontes temerosos para diversos âmbitos da política nacional, incluindo as políticas públicas relacionadas à saúde mental. E, todavia, não se podia prever a gravidade do que se seguiu e vem seguindo. Diante desse contexto fui alertado diversas vezes para que tivesse cuidado ao tecer críticas ao processo de reforma psiquiátrica uma vez que estávamos cada vez mais diante de sua fragilização. No

entanto, conforme a pesquisa avançava tecer críticas se mostrava cada vez mais inevitável de uma forma ou de outra, além de parecer cada vez menos importante seguir pesquisando a influência de dispositivos clínicos somente para distingui-los e formalizar impasses de comunicação quando trabalham numa mesma equipe.

Apenas na ocasião do exame de qualificação me foi apresentado um texto curto, que eu ainda não conhecia, de um dos autores por quem tenho mais apreço. Foi a partir de Politzer que me autorizei a seguir com o que vinha produzindo, mesmo que isso implicasse criticar – às vezes duramente – até o terreno no qual se deu o início da minha formação e do meu percurso tanto profissional quanto de militância política. Se pude tecer críticas a alguns aspectos da Luta Antimanicomial, a algumas práticas amplamente influentes no contexto de nossa reforma psiquiátrica, foi por não ser alheio a este campo e ver na crítica uma contribuição. Importa dizer que não falo de um contexto no qual não sou um ator e, portanto, responsável. Não me coloco de fora das críticas que teço como se eu mesmo não tivesse participado do que critico.

O caso é que Politzer ([1934] 1978) é cirúrgico em sua contribuição. Diante da pergunta “para quem você escreve?”, nos lembra que coloca-la representa já um ataque não ao escritor, mas à ideologia burguesa que não quer ver tal questão posta. Politzer, como um marxista, não titubeia em olhar para a questão à luz da luta de classes para fazer ver que, no limite, importa apenas responde-la em termos de a quem uma escrita favorece. Elucida ainda que não se trata de exigir que não se discorde do marxismo, mas de observar a atitude em face da discordância.

“Pois há a discordância daqueles cuja honestidade e boa-fé se provam notadamente pelo fato de que, pensando diferentemente daqueles entre nós que se esforçam por serem marxistas consequentes, não obstante proíbem à burguesia, por seus atos, explorar essas diferenças em seu interesse, não transformam suas discordâncias em máquina de guerra contra o marxismo e não permitem que outros o façam e, em todo caso, estão conosco na ação.” (POLITZER, [1934] 1978, p.50)

O mesmo não valeria, analogamente, para os diversos atores no campo da reforma psiquiátrica, sejam psicanalistas, psiquiatras, psicólogos, militantes, marxistas, esquizoanalistas, basaglianos, ou o que mais forem – desde que antimanicomiais? Ainda: seria o caso de não alertar os que sofrem conosco as consequências de projetos adversos à nossa existência supondo nisso uma aliança quando não é mais que uma espécie de acordo tácito de boa vizinhança? Não me parece plausível recuar diante de discussões espinhosas deixando, com isso, que possíveis aliados acabem, sem perceber, lutando uns contra os outros e – como não poderia deixar de ser – a favor do real adversário.

“[...] se se considera toda a extensão e toda a profundidade da luta de classes, então fica claro que a questão não é, para o escritor, saber se ele toma parte nela ou não. A questão é saber como, e na conta de quem, ele toma parte nela; se ele representa o joguete inconsciente e mais ou menos aperfeiçoado de forças sociais que ignora, ou se representa um fator consciente. "Para quem você escreve? " significa antes de qualquer coisa: *você sabe* para quem escreve? Significa em seguida: "as conseqüências sociais de seus textos correspondem às intenções que o animam ao escrever?"." (POLITZER, [1934] 1978, p.53)

Feita essa espécie de prólogo, é preciso observar que estamos diante de um ataque em curso à democracia no país que se dá, entre outros tantos aspectos, pela negação de conquistas históricas no campo social e político. Dentre os muitos pontos atacados, assistimos a uma reorientação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil que deve ser lida como uma reformulação de lógicas manicomiais pregressas que se sustentam no presente justamente por essa negação da história de seu enfrentamento. Tentam reduzir as conquistas do processo brasileiro de reforma psiquiátrica antimanicomial identificando-a ao resultado (supostamente indesejado) da gestão do governo anterior e procuram propor em seu lugar um formato de rede assistencial que valida a presença do manicômio “humanizado” – seja pela via dos hospitais psiquiátricos, ou das chamadas comunidades terapêuticas – tomado como inovação ou modernização desse tipo de equipamento.

Reabilita-se com isso a legitimidade do enclausuramento que, no entanto, é destinada a populações tomadas praticamente como resíduo social, ou seja, que geram incômodo por sua inadequação no contexto urbano ou que sejam simplesmente improdutivas do ponto de vista mercadológico. Isso, todavia, escamoteado sob uma premissa de suposto “avanço técnico”, tem por função ocultar uma subserviência às lógicas de mercado mais nefastas.

Com isso, a reorientação das políticas de saúde mental produz uma rede que torna rentável o trato com essas populações por meio de financiamento público de serviços privados em regime de complementaridade com o Sistema Único de Saúde (SUS). Vai se desenhando uma modernização da gestão pública a serviço do setor privado que disponho resumidamente em três pontos: 1. sustentação da existência (ao menos por enquanto) de um setor público, intencionalmente sucateado, destinado à seguridade social; 2. Ocultação do fato de que o sucateamento é intencional, por meio da apresentação de argumentos que simulem a necessidade de corte de gastos (como a Reforma da Previdência, ou o “contingenciamento” do investimento público em educação, etc). 3. Uma vez garantida a existência de um setor público que precisa (e pode por lei, no caso do SUS) contar com o auxílio do setor privado, está montado

o aparato para uma rentabilização da miséria em benefício da classe dominante com o repasse de verbas públicas a empresas privadas pela prestação de serviço.

O que acabo de dispor me parece válido não apenas para o que tange à saúde pública, ou à saúde mental. Mas, para os fins deste trabalho, investigo este processo apenas em sua relação não somente com a saúde mental, mas ainda mais especificamente na relação com o campo da última reforma psiquiátrica brasileira que chamarei de antimanicomial. Essa precisão terminológica tem um sentido e constitui o passo inicial da discussão que proponho.

Começo, então, apresentando um resumo do processo de institucionalização da loucura. Para isso me apoio especialmente no que Desviat (2015) aponta com precisão: o fato de que o manicômio é uma criação moderna. Para além do enclausuramento generalizado que se estabeleceu no período final do absolutismo, a loucura passa a ser contida no manicômio – essa instituição organizada para recebê-la especificamente – na modernidade a partir da exigência de uma justificativa para a clausura que estivesse apoiada numa racionalidade científica e garantida pelos parâmetros da legalidade que se inauguram ali e permanecem de certo modo até a contemporaneidade. A esse processo podemos referir a primeira reforma da psiquiatria, aquela operada por Pinel. Com isso quero dizer que o sintagma *reforma psiquiátrica* não é necessariamente relativo a uma perspectiva antimanicomial.

Diante do que estamos vendo no presente, é fundamental delimitar diferenças nos modos pelos quais a psiquiatria – ou os saberes que se propõem a dar conta da saúde mental – pode ser reformada de modo a poder ver o que significa chamar uma perspectiva de *antimanicomial* e, portanto, sua diferença em relação a iniciativas policialescas e segregacionistas de manutenção da ordem pública. É por essa via que procuro mostrar algumas variações pelas quais passou o saber alienista e como isso se relaciona com o desenvolvimento da psiquiatria e neurologia enquanto disciplinas científicas, chegando até às condições de possibilidade do surgimento da psicanálise nesse contexto.

Todavia, é necessário notar que se não basta afirmar um caráter humanitário a uma dada proposta de reforma psiquiátrica – como foi efetivamente o caso de Pinel ou Esquirol, por exemplo – para que esta seja antimanicomial, tampouco se pode garantir que apenas por propor o fim dos manicômios se está livre de recair numa outra forma segregacionista de manutenção da ordem pública.

Nesse sentido, sigo por uma revisão de aspectos históricos capazes de mostrar sobreposições e diferenças entre a Psicoterapia Institucional e a psiquiatria de *setor* francesa (muitas vezes tomada simplesmente como desdobramento da primeira). Nessa revisão parto apoiado, entre outras, na pesquisa de Passos (2009) que é capaz de oferecer uma contextualização de como evoluem algumas práticas psiquiátricas na França em relação aos processos sócio-políticos desde o final da Segunda Guerra até a atualidade. Desenvolvo uma retomada do processo de idealização da psiquiatria de *setor* a partir de experiências fundantes da Psicoterapia Institucional para melhor definir onde, em quê e porquê se distinguem. Dou especial importância ao processo francês por duas razões, a princípio: primeiro por se tratar de uma experiência de reforma psiquiátrica no berço do alienismo e que nunca prescindiu da instituição asilar (mesmo que a tenha, por vezes, reformado ao ponto de descaracterizá-la de tal forma que coloca em questão se continua podendo ser chamada de manicomial); em segundo porque é precisamente neste aspecto que essa experiência me parece particularmente didática com relação ao que estamos vendo acontecer no Brasil de 2019.

Ainda nesse passo inicial da discussão trago algumas diferenças entre esse processo francês e o italiano que constitui outra de nossas maiores inspirações. Isso para mostrar, por um lado, como somos menos parecidos do que cremos com os italianos (de quem nos orgulhamos tanto por seu radicalismo quanto à eliminação do manicômio em Trieste). Mas também, por outro lado, para mostrar como a experiência triestina incorre em outros problemas à medida em que mantém (às avessas) aquilo que rechaça no modelo francês: a separação entre clínica e política – aspecto no qual repousa nossa mais perigosa semelhança. Nesse ponto parto de uma breve revisão do percurso de Basaglia desde a experiência com a *comunidade terapêutica* de Gorizia para mostrar como a Psiquiatria Democrática é propriamente resultado do processo de crítica dessa experiência. Ato contínuo, procuro estabelecer as condições do risco de se recair nas práticas psiquiátricas mais arcaicas quando negamos a discussão clínica (privilegiando a dimensão política como destacada).

Ao longo desse primeiro passo da discussão, então, há dois aspectos que levam ao passo subsequente. O primeiro deles é que o núcleo das diferenças entre as reformas na França e Itália está em como relacionam, opõem ou articulam clínica e política – querela que constitui um aspecto inescapável no campo de todas as reformas psiquiátricas antimanicomiais. Isso nos leva a um segundo aspecto que são tanto as influências da psicanálise quanto os modos pelos quais ela é rechaçada nesse campo.

Dáí que num segundo passo me proponho a retomar algumas contribuições de Lacan no que se refere a uma teoria do discurso enquanto laço social, o que se mostra como um eixo teórico privilegiado para uma psicanálise em extensão, especialmente na articulação com trabalhos institucionais como é o caso da atuação nos serviços de saúde. Essa retomada, todavia, não tem o sentido direto de instrumentalizar a atuação de psicanalistas. Embora possa cumprir essa função em algum nível, há um interesse especial sobre esse ponto do ensino de Lacan: a construção da teoria dos discursos, ou seja o que foi formalizado principalmente nos seminários 16 e 17, é transpassada e influenciada pelo contexto histórico do final da década de 1960 em que acontecia uma reforma universitária na França, estendendo suas consequências tanto ao ensino da psiquiatria em âmbito acadêmico quanto à reorganização da assistência pública em psiquiatria alinhada à proposta da setorização.

Nesse segundo passo da discussão, procuro explorar alguns caminhos pelos quais se pode tomar uma proposta teórica em psicanálise como resposta às críticas sofridas que a colocam sob a chave de uma teoria burguesa que se afasta da crítica social ao mesmo tempo em que serviria como uma das peças do que constitui o alicerce do aparato manicomial. Todavia, não se trata simplesmente de uma defesa da psicanálise, mas de uma tentativa de fazê-la figurar no enfrentamento das lógicas manicomiais. Com isso procuro explorar algumas potências da teoria psicanalítica, com Lacan, que permitem tomar como indissociáveis a clínica e a política. Por subverter essa dicotomização – junto com a dicotomia entre indivíduo e sociedade –, a psicanálise pode ser uma forte aliada da Luta Antimanicomial. Mais ainda, procuro trazer algumas considerações que essa visada teórica permite a respeito das indicações de Lacan de que estaríamos sob o risco do que chamou de “campo de concentração generalizado”. Esse termo diz respeito às consequências da aliança entre certo modelo de ciência e o capitalismo.

Seguindo pela noção lacaniana de discurso, procuro estabelecer as condições teóricas para pensar os processos de exclusão, segregação e concentração nos laços (e desenlaces) sociais com a psicanálise, bem como algumas possibilidades de enfrentamento desses processos. E é a partir disso que sigo para o passo final da discussão. Nele, procuro articular as bases trazidas nos dois primeiros capítulos de um modo que permita ver que o que está em curso atualmente no país é uma reorientação política de fato e que ela aponta diretamente para a remanicomialização, ou seja, uma espécie de rede “desubstitutiva” ao manicômio (com o perdão do neologismo). Penso ser necessário dizer o óbvio aqui diante de certa retórica atual que procura sequestrar os enunciados do campo antimanicomial de modo a impedir a opinião pública de ver que o suposto “avanço técnico” não está em continuidade com o que tínhamos,

mas em oposição – mesmo que não seja uma oposição direta. De todo modo, a discussão sobre os processos de exclusão, segregação e concentração permite ver que o “campo de concentração generalizado” não é dependente de processos manicomiais clássicos e que, portanto, mesmo antes do atual ataque já estávamos sob esse risco. Ou seja, se não atentarmos para algumas de suas condições, mesmo que sejamos capazes de desarticular o ataque atual e de reverter a direção das políticas públicas novamente para o sentido antimanicomial, ainda estaremos em risco (mesmo que não tão agudo).

## **CAPÍTULO 1. REFORMA PSIQUIÁTRICA: QUESTÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS**

Quando falamos em reforma psiquiátrica é comum incorrerem em duas generalizações: ou tomamos ‘reforma psiquiátrica’ no singular e com isso nos referimos a apenas uma experiência específica de reforma, ou, mais problemático, tomamos ‘reforma psiquiátrica’ como algo que diz respeito necessariamente a posturas e condutas antimanicomiais. Ambas as generalizações são bastante frequentes nos trabalhos brasileiros que procuram discutir os processos de reforma das políticas e técnicas em saúde mental e em saúde coletiva no contexto da redemocratização do país na década de 1980. O que é compreensível se levamos em conta que se trata de um conjunto de produções que visam o diálogo interno ao campo e, portanto, não se faz necessário reexplicar pressupostos. Mas, dado que estamos diante de um contexto em que vemos retrocessos sucessivos em relação aos direitos sociais adquiridos – ataques às políticas consolidadas pela luta dos movimentos sociais em parceria com autoridades públicas comprometidas com o debate democrático à época, novos rumos sendo tomados a partir de interesses lobistas –, creio que seja importante trazer algumas delimitações que não percam de vista o que efetivamente vem sendo atacado e a que devemos responder com firmeza e precisão. Minha intenção nesse ponto é oferecer balizas para operar uma discussão que considere quem não esteja diretamente dentro de um campo tanto teórico quanto técnico ou institucional referenciado por perspectivas antimanicomiais. Ou seja, retomar aspectos basais de nossa posição enquanto pesquisadores, técnicos, trabalhadores da Saúde Mental comprometidos com a Luta Antimanicomial, mas também com o debate democrático.

Então, para que se possa seguir na resistência aos ataques que sofremos sem cair nas armadilhas que se colocam diante de nós, penso ser imprescindível retomar alguns aspectos históricos que possam nos desembaraçar dos emaranhados em que somos colocados. As estratégias de poder sempre se modificam ao longo da história e agora tomam uma direção que pretende sequestrar a opinião pública no sentido de fazê-la defender a volta dos manicômios como se fosse uma melhoria desejável no contexto da saúde pública. E essa estratégia implica certa recauchutagem de modelos já obsoletos e que, no entanto, é sempre possível já que o alicerce lógico das montagens manicomiais nunca foi completamente superado.

Contra a primeira generalização que indiquei – e que é menos grave – creio que seja o bastante lembrar e recontar a história de diferenças cruciais nas principais experiências de

reforma psiquiátrica das quais a nossa atual é decorrente. Já no que se refere à segunda, o desafio é maior. Isso porque o que chamei de alicerce lógico das montagens manicomiais não é de modo algum incompatível com reformas da psiquiatria. Pelo contrário, ele é o responsável pela primeira delas que é a consolidação da psiquiatria como especialidade médica.

Quanto a essa questão relativa à mudança de estatuto da prática psiquiátrica, Vera Portocarrero (2002), por exemplo, realiza uma leitura do papel de Juliano Moreira no que concerne a uma mudança da prática psiquiátrica no Brasil na virada do século XIX para o XX. Mudança esta que se dá no nível do saber e que a faz passar de uma teoria e técnica de tratamento das alienações para um dispositivo de saúde mental à medida que se propõem ideais higienistas como embasamento para uma teoria da degenerescência hereditária/racial. Com isso a psiquiatria, sob a justificativa de um suposto preventivismo, acaba abarcando a sociedade como um todo e não mais apenas aqueles tomados como loucos, agora olhando para os “potenciais loucos” – nisso orientando-se por diversos preconceitos e interesses classistas/racistas, como se fizesse “ciência pura” – se consolidando como um dispositivo de controle inserido no campo da medicina social. Esta é talvez a principal consequência (política) da tentativa de estabelecimento de um conceito positivo de saúde, tal como já mostrava Canguilhem ([1943] 1978)<sup>1</sup> e que se repete no Brasil com praticamente dois séculos de atraso em relação à origem colonizatória desse sistema de pensamento. Trago isso aqui apenas a título de exemplo, pois não terei condições de me debruçar sobre os detalhes dessa primeira reforma psiquiátrica brasileira.

Se a menciono aqui como exemplo de uma repetição tardia de um processo com características colonizatórias, o faço apenas a título de ilustração de algo que vemos acontecer repetidas vezes. E já que não trarei em detalhes a história dessa primeira reforma psiquiátrica brasileira, quis apenas mencioná-la para que não esqueçamos nunca como são influentes em nossa história o racismo e o interesse prevalente das classes dominantes vindas primeiro da Europa, agora também da América do Norte<sup>2</sup>. Então, por uma questão de precisão terminológica, passarei a acrescentar o termo ‘antimanicomial’ ao conjunto ‘reforma psiquiátrica’ em alguns casos, para que fique claro quando estamos falando de uma reforma que tenha por objetivo a desmontagem desse (que chamo de) alicerce lógico manicomial.

---

<sup>1</sup> Trabalhei largamente sobre este tema em minha dissertação de mestrado: “A Medicina entre o Concreto e o Abstrato: consequências da exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica” (CAMPOS NETO, 2015)

<sup>2</sup> Sobre este aspecto, além da obra de Vera Portocarrero (2002), indico também os trabalhos de Resende (1987), Couto (2007).

Não vejo, então, outra forma de começar a discussão proposta nesta pesquisa se não pela apresentação de como se consolidou a manicomialização da loucura pela via de uma institucionalização do poder psiquiátrico.

### **1.1 A institucionalização da loucura**

Desviat (2015) traz um excelente e cuidadoso resumo da conjuntura responsável não apenas pelo enclausuramento da loucura, mas do processo de medicalização dessa prática. Nessa conjuntura, aponta, encontram-se imbricadas a nova ordem social estabelecida na passagem para a modernidade e a própria inserção da psiquiatria na racionalidade médica sob os ideais científicos. O autor se posiciona de maneira muito clara – posicionamento perfeitamente alinhado ao que sustento – ao dizer, de saída, que:

“O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número das pessoas hospitalizadas: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris (...) poucos anos após sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com quinhentos mil habitantes.” (DESVIAT, 2015, p.21).

Seguindo os passos de Foucault, Desviat entende que o grande enclausuramento tem seu início sob os auspícios da ordem monárquica e, portanto, preexiste ao contexto moderno. No caso, a intenção é justamente mostrar que o declínio da ordem monárquica trouxe consigo a exigência de que outra justificativa fosse dada ao enclausuramento, já que não poderia mais se sustentar sob a autoridade do monarca. Uma condição importante neste contexto é que o problema para o qual o enclausuramento se propunha como solução – a perturbação da ordem pública – não apenas permanece, como se intensifica com a nova ordem social.

O que Desviat (2015) aponta com precisão é justamente o fato de que o manicômio é uma criação moderna. Para além do enclausuramento generalizado, a loucura passa a ser contida no manicômio – essa instituição organizada para recebê-la especificamente – a partir da exigência de uma justificativa para a clausura que estivesse apoiada numa racionalidade científica e garantida pelos parâmetros da legalidade que se inaugura ali e permanece de certo modo até a contemporaneidade.

“A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento descrito por Foucault, símbolo eloquente do absolutismo, tinha que ser abolido. Suprimidas as *lettres de cachet* – ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime –, o alienado já não podia ser enclausurado. Não podia porque as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas.” (DESVIAT, 2015, p.23)

É nesse contexto que a reclusão do alienado precisa, pela primeira vez na História, ser definida como algo terapêutico e indispensável. Eis, portanto, o contexto em que se alinham as reflexões sobre a legalidade na modernidade, a fundamentação da psiquiatria como especialidade médica, as primeiras teorizações psicopatológicas numa direção organicista e a conformação do manicômio como espaço terapêutico. A partir daí a sociedade pôde passar a ser entendida como um *meio* capaz de interferir num *organismo*, a loucura pôde passar a ser entendida como *patologia* que acomete esse organismo e, finalmente, a reclusão passaria a figurar como *medida terapêutica* justificada pela psiquiatria e garantida legalmente. Eis aqui a síntese do alicerce lógico manicomial.

Desviat comenta que haveria nessa aliança entre psiquiatria e direito um serviço prestado à nova sociedade democrática: “o alienado era uma pessoa supostamente irresponsável, não era um sujeito de direito, de acordo com as normas que a burguesia vinha estabelecendo.” (DESVIAT, 2015, p.24). Ou seja, estão postas as condições para a exclusão social do alienado na modernidade agora justificada como mais uma medida de garantia da manutenção do Estado democrático de direito.

Com isso, gostaria de apontar, Desviat não traz um avanço teórico já que o que acabo de expor é o que se depreende a partir da leitura de duas obras fundamentais: *História da Loucura na Idade Clássica* (FOUCAULT, [1961] 2008) e *Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo* (CASTEL, 1978). Ainda assim, chama atenção a competência com que Desviat apresenta esses desenvolvimentos de forma sintética, motivo pelo qual escolho fazer essa leitura em conjunto com ele.

Mas onde se encontra, nesse período, o desenrolar da Psiquiatria? Como esta se estabelece na ordem médica? Creio ser necessário algum aprofundamento ainda sobre esse processo.

Foucault ([1973-74] 2006b) aponta para uma organização de um *poder* psiquiátrico antes de um *saber* propriamente dito. Acontece que, ao contrário do que está ocorrendo (na mesma época) no desenvolvimento da clínica em relação à medicina científica, o séc. XVIII vê surgir uma ideia de tratamento do dito “louco” que não passa por uma observação objetiva da doença, pela tentativa de constituição de um saber científico e esclarecido. Ao mesmo tempo em que se definem as “patologias do espírito”, as ditas “alienações”, aparentemente nos mesmos moldes que se definiam as apoplexias, febres e afecções do corpo – dentro do “Jardim das Espécies” de doenças, ao modo do pensamento botânico – vê-se no tratamento propriamente dito dentro dos espaços asilares, uma dinâmica diferente e que mostra a psiquiatria apenas fantasiada de ciência médica. Comparando-se as modificações no saber psiquiátrico à sua aplicação prática, vemos com clareza o quanto a psiquiatria se debate para manter-se sob a racionalidade médica.

Aqui, alguns esclarecimentos se fazem necessários. Este contexto que pode ser entendido como a primeira reforma da psiquiatria – e que tem Philippe Pinel como figura central – tem ao menos duas linhas de força em paralelo. De um lado temos a aliança do direito com a psiquiatria como base dessa manutenção do poder exercido sobre os indivíduos no espaço urbano agora que não pode mais se apoiar na ordem monárquica; mas de outro lado, ambas as disciplinas em questão precisavam se adequar à racionalidade científica e, no caso da psiquiatria, não haveria sustentação possível do exercício de poder sem um apoio numa nova forma de compreender a doença mental devidamente ancorada no racionalismo científico em ascensão.

É nesse contexto que Pinel pôde postular a doença mental como *alienação* e estabelecer as condições de observação e descrição dessa. Assim sendo, seu conhecido gesto de desacorrentamento dos loucos precisa ser visto com toda sua ambiguidade: se esse gesto é tido por muitos como a primeira reforma psiquiátrica (Cf. AMARANTE, 1995; COUTO & ALBERTI, 2008a/2008b) por dar dignidade de doença (com isso exigindo um cuidado) ao que antes era compreendido genericamente como atitude indesejável ou simples desvio de conduta, também precisa ser tomado como a condição de permanência do enclausuramento.

Não se pode esquecer que Pinel postula o isolamento do dito *alienado* como condição metodológica para a devida observação e descrição médica de sua condição (AMARANTE, 1995). Mesmo podendo ser entendida como uma reforma psiquiátrica, não posso deixar de destacar que esta não apenas não coloca em questão a lógica manicomial, mas a (re)fundamenta. Ademais, Foucault ([1973-74] 2006b) é hábil em mostrar como é vaga e falaciosa a compreensão de que o alienismo seja capaz de livrar os loucos das correntes. Talvez seja o caso de pensa-lo como um refinamento das correntes.

### 1.1.1. – Reformas no saber sobre a loucura.

Nos tratamentos propostos para os internos dos asilos, passando por uma organização extremamente semelhante à organização carcerária, é possível observar uma conduta de disciplinarização como medida terapêutica. Foucault recorre aos relatos em prontuário escritos pelo próprio Pinel para exemplificar um desses tratamentos: fala de um caso em que a suposta patologia – um homem que sofria por estar “dominado por preconceitos religiosos” – fazia com que o paciente jejuasse (entre outras coisas) até um estado de desnutrição profunda. O tratamento proposto consistiu, de modo geral, em oferecer-lhe um prato de sopa. A sopa foi oferecida por alguns encarregados do asilo munidos de grandes correntes enquanto ordenavam que o paciente a ingerisse no período da noite, ou sofreria os mais austeros tratamentos pela manhã. A “intervenção terapêutica” resultou numa melhora substancial do paciente que recobra suas faculdades mentais saudáveis, é o que conclui Pinel (FOUCAULT, [1973-74] 2006b).

Foucault ([1973-74] 2006b) utiliza esse caso para evidenciar a lógica do poder que se manifesta nessa psiquiatria e que diverge da clínica e do saber da medicina. A análise dessa situação é disposta em cinco pontos: 1) Não há nenhuma indicação de diagnóstico, noção nosológica da patologia, nem classificação que sustente a ação terapêutica (que não é realizada por um médico ou sob sua supervisão); 2) A “relação terapêutica” consiste no embate de duas vontades, a do médico e a do paciente, de forma que a “melhora” se dá por meio da coerção da vontade do paciente. Seria o estabelecimento de uma relação de poder sobre esse; 3) Esse estabelecimento de poder gera, por sua vez, um segundo embate que se caracteriza pelo confronto, pela crise gerada no paciente, em que a mesma deve culminar com a aceitação da vontade médica; 4) Há, então, uma confissão por parte do paciente de sua condição anterior, uma confirmação no próprio discurso do doente sobre sua “loucura”; 5) Por fim, o que esse processo constrói é o aparecimento de uma verdade produzida coercitivamente no paciente,

fazendo com que este faça surgir (consumada a cura em sua confissão) uma verdade médica acerca da loucura que o acometia.

A lógica contida nesse caso é relevante por mostrar como, nesse momento inicial da inserção da psiquiatria na ordem médica, há uma consolidação de um poder psiquiátrico/médico coercitivo. Foucault diz:

“É portanto essa heterogeneidade que vai marcar a história da psiquiatria no momento mesmo em que ela se funda no interior de um sistema de instituições que a vincula, entretanto, à medicina. Pois tudo isso, essa encenação, a organização do espaço asilar, o desencadeamento e o desenrolar dessas cenas, só é possível, só é aceito e só é institucionalizado no interior de estabelecimentos que recebem nessa época o estatuto médico, e da parte de pessoas que têm a qualificação médica.” (FOUCAULT, [1973-74] 2006b, p.16)

Mais próximo do final do séc. XVIII e até o início do XIX o poder psiquiátrico passa por modificações muito importantes. Ainda nos tempos de Pinel há uma reestruturação bastante interessante nos métodos de intervenção clínica sobre a loucura. Ao invés de uma coerção realizada no confronto de poderes e de vontades, como descrito anteriormente, a técnica agora sofre alterações e se estrutura de forma a enquadrar o delírio na realidade. Há uma preocupação em fazer com que o delírio do louco seja ‘suprido’ de tal forma que não mais possa ser enquadrado na loucura.

Esse tipo de intervenção acontecia da seguinte forma, aponta Foucault ([1973-74] 2006b) com um exemplo descrito por Mason Cox: um determinado homem apresentava em seu delírio a crença de que sofria de inúmeras doenças – nenhuma das quais foi verificada em exames clínicos, constatando que se tratava de um delírio – sendo uma “sarna disseminada” a que mais lhe causava sofrimento. Uma equipe médica, então, simula uma consulta minuciosa e confirma (de maneira encenada) a existência da tal sarna, cujo tratamento consiste em fazer com que a doença ecloda em forma de pequenas feridas superficiais pelo corpo e, em seguida, faz-se a limpeza das mesmas, promovendo a desinfecção do paciente. Dá-se início, então, ao tratamento. É borrifado no corpo do paciente um produto, (que ele pensa ser um medicamento contra a doença) cujo efeito é produzir feridas muito semelhantes às da doença em questão. Trata-se, então, das feridas e o paciente se vê curado, tanto de sua “sarna”, quanto de seu delírio.

O que se pode averiguar nesse método, diz Foucault, é uma mudança na forma de estabelecimento do poder psiquiátrico sobre a loucura, uma nova forma de relação da psiquiatria com a verdade:

“De modo que não é manipulando o juízo falso, tentando retificá-lo, expulsá-lo de si pela demonstração, é, ao contrário, travestindo-o, manipulando a realidade, que se vai, de certo modo, fazer a realidade chegar à altura do delírio; e no momento em que o juízo falso do delírio tiver um conteúdo real na realidade, ele se tornará com isso um juízo verdadeiro e a loucura deixará de ser loucura, já que o erro terá deixado de ser um erro.” (FOUCAULT, [1973-74] 2006b, p.162)

O notável nesse ponto é justamente que a psiquiatria, mesmo alterando aquela primeira forma disciplinar, ainda mantém a ideia de que a loucura é uma inadequação à realidade. Note-se aqui que a verdade não se impõe como questão para a psiquiatria, fica de certo modo intocada à medida que se sobrepõem verdade e realidade. A questão da verdade, no entanto, somente se coloca para a psiquiatria na medida em que esta pretende adentrar um discurso de caráter científico e médico (no qual já está sendo inserida). Porém, o ponto central deste estabelecimento acerca da verdade se dá conforme o conhecimento psiquiátrico começa a, analogamente ao percurso médico, gerar categorias nosológicas para a loucura. No século XIX a psiquiatria é permeada tanto pelo discurso nosológico, quanto pelo anatomopatológico, tendo isso uma enorme importância na psicopatologia.

Esses discursos foram utilizados pelo poder psiquiátrico como uma tentativa de assegurar uma verdade científica sobre a loucura e que não pudesse ser questionada, o que nunca teve completo sucesso – querela ainda atual, diga-se de passagem. No entanto, aparece no século XIX o cenário que vai, ao mesmo tempo, iniciar o primeiro movimento de “despsiquiatrização” da loucura e, também, o alicerce fundamental para que a psicanálise pudesse ser fundada nas mãos de Freud. Esse cenário é o da *simulação*.

Por simulação, deve-se entender aqui justamente a grande encruzilhada do poder psiquiátrico. O que se vê nas passagens do século XVIII para o XIX, ao examinarmos as lacunas entre o conhecimento psiquiátrico e o que se entendia por verdade científica não são especificamente problemas de ordem conceitual, tampouco uma dificuldade de apreensão desta ou daquela patologia, mas sim um grande furo posto para essa ciência médica em ascensão: a doença simulada. Foucault ([1973-74] 2006b) aponta para uma leitura segundo a qual não é Freud o primeiro a colocar em xeque o paradigma médico/psiquiátrico, mas as histéricas

(fundamentalmente) e os demais pacientes do asilo – colocação absolutamente coerente com o que Lacan ([1969-70] 1992) vem trazer sobre o *discurso da histérica*<sup>3</sup>.

A doença simulada que constitui o problema histórico a que se refere Foucault, não se trata do não louco que se faz passar por louco (o que não constituiria um limite real para a psiquiatria). Trata-se da loucura simulando a ela mesma, do sintoma real produzido como uma certa maneira de mentir.

“Em linhas gerais, a psiquiatria dizia: com você que é louco, não vou levantar o problema da verdade, porque eu próprio detenho a verdade pelo meu saber, a partir das minhas categorias; e se detenho um poder em relação a você, louco, é porque detenho essa verdade. Nesse momento, a loucura respondia: se você pretende deter de uma vez por todas a verdade em função de um saber que já está todo constituído, pois bem, vou instalar em mim mesma a mentira. E, por conseguinte, quando você manipular meus sintomas, quando você lidar com o que chama de doença, vai cair numa cilada, porque haverá bem no meio dos meus sintomas esse pequeno núcleo de noite, de mentira, pelo qual eu te colocarei a questão da verdade.” (FOUCAULT, [1973-74] 2006b, p.168)

Fica claro que está se falando justamente do problema que foi colocado à Freud. Talvez seja melhor dizer que foi colocado para todos os alienistas e no entanto foi esse neurologista quem teve a perspicácia para escutar as histéricas. Foi exatamente desse “núcleo de noite, de mentira” que se ocupou o jovem Freud desde o seu percurso junto a Joseph Breuer. É desse ponto que se inicia o percurso psicanalítico que culminará com estabelecimento da lógica do inconsciente proposta na *Traumdeutung* em 1900 (FREUD, [1900] 1987).

Enquanto há no campo médico a fundamentação de uma clínica anatomopatológica onde a saúde se estende a uma ideia de bom funcionamento do organismo, a psiquiatria relaciona saúde a uma ideia de normalização, de adequação a uma norma que é social antes que fisiológica. Essas concepções implicam uma diferença bastante importante no que se refere ao diagnóstico realizado pela medicina e pela psiquiatria. Foucault ([1973-74] 2006b) aponta que enquanto a primeira atinge cada vez mais um status científico com a fundamentação da anatomopatologia e desenvolve um modelo de diagnóstico diferencial – onde os domínios patológicos são entendidos por meio de suas intrínsecas diferenças funcionais – a segunda repousa, com sua ideia de adequação à realidade (não problematizando essa realidade, já que

---

<sup>3</sup> Utilizarei a escrita em itálico para indicar quando estiver me referindo às montagens da estrutura do discurso tal como estabelecidas por Lacan – *discurso do mestre*, *discurso universitário* (também *discurso capitalista*), *discurso da histérica*, *discurso do analista*. Explico essas montagens de modo pormenorizado no segundo capítulo da tese.

busca escapar do problema da verdade), sobre uma noção de diagnóstico que se pode entender como absoluto, cabendo apenas a distinção entre loucura e normalidade.

Aqui cabe um pequeno desvio para que possamos observar melhor o problema do ponto de vista epistemológico. A própria neurologia surge como uma terceira via diante dessa dicotomia no campo diagnóstico. Nesse sentido, aponta Foucault ([1973-74] 2006b), mais relevante do que o simples desenvolvimento do conhecimento neurológico é a geração de um *corpo neurológico*. Ele esclarece que esse corpo ainda é o corpo como concebido na anatomopatologia, corpo esse que se presta à localização da doença. Mas há uma diferença entre a prática médica geral e a neurológica no que se refere ao modo como buscam localizar a origem patogénica da doença: na medicina geral tem-se um dispositivo de análise sintomatológica que consiste em uma averiguação definida por Foucault como uma relação de “estímulo-efeito”. Ou seja, por exemplo, percute-se o peito de um paciente e escuta-se o som, a partir disso emite-se uma análise buscando localizar o problema. Na tentativa de utilização desse mesmo procedimento – por conta de se tratar do mesmo corpo em questão, o anatomopatológico – a neurologia acaba por instituir uma bateria de testes que relacionariam, na verdade, “estímulo-resposta”. Por exemplo: ao invés de apenas observar o efeito que um estímulo tem no corpo, pede-se ao paciente que diga determinada palavra ou que faça um determinado movimento e a resposta dirá se a estrutura neurológica correspondente à função requerida do paciente está funcionando corretamente.

A princípio existe uma similaridade nesse método diagnóstico em relação àquele próprio da psiquiatria, porém a diferença é considerável: no diagnóstico (absoluto) psiquiátrico há um interrogatório que visa unicamente a comprovação da sanidade do indivíduo (e no caso deste não conseguir comprová-la, é tomado como louco). A proposta neurológica apreende uma dimensão muito mais complexa da doença mental, se fundamenta de maneira mais ampla, com base em estruturas fisiológicas, e funda um diagnóstico diferencial no panorama da saúde mental que está plenamente referenciado à racionalidade médica.

Em parte, essa evolução do campo médico promove uma mudança no panorama disciplinar que se estabelece em relação à loucura. Isso é o que, em parte, permitirá o aparecimento do discurso psicanalítico – formalizado por Lacan ([1969-70] 1992) como *discurso do analista*. Este, porém, só emerge do problema imposto à medicina (mais especificamente à psiquiatria), como dito anteriormente, pela histeria. Em contrapartida, porém, o problema que as histéricas impunham à neurologia não se tratava mais de uma

problematização da verdade, mas de um problema moral, a apresentação de uma limitação da figura do médico em admitir que a histeria é um problema relacionado à sexualidade. A relação da histeria com a sexualidade se presentifica nos sintomas apresentados pelas pacientes que constantemente em suas crises apresentam comportamentos erotomaniacos, ou até mesmo reproduções da cena do coito, imediatamente tomadas como pseudo-epilepsias, por exemplo. As histéricas atacam, agora, a figura do médico em seus pudores morais. Tornam imoral o diagnóstico de sua patologia. Com um só golpe, as histéricas atacam o poder psiquiátrico de modo a denunciar sua estruturação dentro de uma sociedade sustentada por uma moralidade burguesa e, por fim, estabelecida sob os moldes patriarcais.

Com esse desvio quis mostrar de modo um pouco mais amplo o problema epistemológico que se coloca internamente ao saber (sempre em relação a algum poder) nesse campo, chamemos de mental, sobre o qual se debruçam diversas disciplinas.

### 1.1.2 - Questões próprias às reformas antimanicomiais

Seguindo adiante na argumentação de Desviat (2015), o próprio autor avança no problema trazendo-o para o contexto atual e advertindo-nos sobre alternativas insuficientes diante da proposta de desmontagem dos manicômios. Ele chama atenção para a possibilidade de delimitação clara e precisa de duas funções do manicômio que remontam à sua criação e que devem ser mantidas em pauta diante de qualquer proposta de desinstitucionalização: 1) uma função médica ou terapêutica cuja eficácia já foi questionada desde sua criação; 2) uma função social do manicômio que incide como via de mão dupla refugiando o louco e o pobre da vida social enquanto protege a ordem social burguesa dos inconvenientes trazidos por essas personagens.

Isso permite contemplar uma lógica manicomial para muito além dos muros do manicômio e que retorna na contemporaneidade de modo acentuado. Nesse sentido, peço licença para destacar um trecho um pouco longo onde o autor expõe o problema:

“Quase três séculos depois do grande enclausuramento, uma nova crise estrutural do sistema econômico do Ocidente – a robotização em lugar das grandes manufaturas, entre outras razões, e uma crescente tendência direitista na gestão política da crise – levantou, sobretudo nas grandes cidades, os problemas da mendicância violenta, da marginalidade e de formas irracionais ou socialmente inúteis de convívio, todos agravados pela questão das drogas pesadas, pelo envelhecimento da população e pelo

aumento, graças à melhoria da qualidade de vida e à relativa eficácia do sistema de saúde, da cronicidade incapacitante: da percentagem da população que carecia de algum tipo de cuidado, sustentado ao longo do tempo. E, como não poderia deixar de ser, elevaram-se vozes pedindo o retorno do grande enclausuramento, dos manicômios, a criação de sanatórios para aidéticos e a promulgação de leis repressivas contra o consumo de drogas, quando havíamos – a comunidade científica e cultural e a cidadania em geral – chegado a um consenso sobre a inutilidade terapêutica e, pior ainda, sobre o prejuízo e a maior cronicização produzidos pelos asilos. Sem dúvida, a indigência, a cronicidade e a doença mental, sobretudo quando adotam formas de conduta não aceitas pela maioria, despertam tentações totalitárias arraigadas em importantes setores da sociedade, que se expressam por convocações à marginalização e ao castigo, por mais que se saiba de sua inutilidade técnica e de seu custo social, em vez de solicitarem das administrações públicas que adotem medidas mais preventivas e curativas do que cautelares.” (DESVIAT, 2015, p.25-26)

Ao trazer isso à tona, o autor conclui que é preciso ter clareza de que o problema envolve uma dimensão política, social e técnica para que as respostas públicas dadas a ele não se confundam. Como foi trazido no início do capítulo, o grande enclausuramento do século XVII teve como alvo personagens sociais que atrapalhavam a ordem pública e a mudança social que gerou essa perturbação e desordem na Europa teve, à época, a ver com a industrialização. O que Desviat traz agora em relação ao nosso período contemporâneo é uma nova edição do problema. Novamente vão surgindo tentativas de judicialização da vida que apontam sempre para uma criminalização da pobreza. E o exercício de poder sobre alguns corpos na modernidade não se faz sem alianças estratégicas no campo do saber. Mas é necessário um cuidado ao atacar a medicalização do sofrimento e a criminalização da pobreza, pois ainda que haja uma perigosa aliança entre saberes e poderes, sem aparatos teóricos e noções racionalmente fundamentadas não se volta apenas às práticas manicomial, mas às próprias *lettres de cachet* do absolutismo.

Ou seja, ainda que se deva ter atenção às armadilhas da medicalização e de sua aliança com o direito, não se pode negar a existência de problemas de saúde – enquanto aquilo que impede a manutenção da vida – e é importantíssimo distingui-los de problemas morais, antes ainda que jurídicos. É preciso observar certas condições de sofrimento como tendo sua causalidade profundamente arraigada em aspectos sociopolíticos. A luta contra as práticas manicomial não pode simplesmente corresponder a um abandono da ciência (tomando a aliança entre saber e poder como um bloco, pensando combater o poder abrindo mão também

dos saberes nos quais se apoia), mas seria o caso de pensar como aplicar a crítica numa discussão interna ao campo.

Desviat (2015) procura demonstrar, por meio do estudo dos principais movimentos de reforma psiquiátrica antimanicomiais no Ocidente, que há um conjunto de categorias primordiais capazes de determinar uma espécie de “cultura universal da reforma”. Ou seja, este autor sustenta a tese de que se pode falar d’A Reforma Psiquiátrica, no singular (de caráter antimanicomial, acrescento). Para isso, estabelece o momento histórico de seu início – após a Segunda Guerra Mundial – e as condições gerais de seu contexto – o New Deal norte-americano e a revolta contra as instituições que culminou no Maio de 68 francês. Avança ainda apontando para alguns fatos históricos específicos que teriam funcionado como elementos propulsores destes movimentos: a descoberta dos medicamentos psicotrópicos, a adoção da psicanálise e da perspectiva de saúde pública nas instituições psiquiátricas.

Por fim, defende a ideia de que as diferenças entre os movimentos de reforma psiquiátrica em cada país se devem especificamente às suas características sociopolíticas e mais concretamente ao modelo de organização de seus sistemas sanitários, além do papel atribuído ao manicômio enquanto instituição. Isso determina as alternativas dadas por cada país ao modelo manicomial clássico. De qualquer modo, estão sempre presentes algumas condições para o surgimento das experiências de reforma psiquiátrica antimanicomiais que conhecemos:

“Em primeiro lugar, há um clima social que permite e, em alguns casos, exige a conscientização e a denúncia da situação manicomial, com a abertura de um processo de consenso técnico, teórico e social que possibilita a elaboração de objetivos alternativos. Em segundo lugar, existe um momento de legitimação administrativa, certo compromisso, geralmente ambíguo, pelo menos nessa ocasião, e um grupo de técnicos qualificados e decididos a levar adiante o processo de reforma – sem que falte, nas experiências mais sustentadas e inovadoras, um líder mais ou menos carismático que encabece esse esforço.” (DESVIAT, 2015, p.29)

Ainda, apesar de haver diferenças de direção, Desviat aponta que

“Há três grandes conceitos que se julgam fundamentais e que são desenvolvidos, reforçados e abandonados pelas experiências em seu processo de definição ao longo dos anos. Em primeiro lugar, a divisão em zonas – o setor francês, o território psiquiátrico na Itália, as áreas inglesas ou espanholas, etc.; em segundo, a continuidade do atendimento – desde a mítica postulação francesa das Jornadas de 1945 até os diferentes tipos de atendimento contínuo atualmente prestados na área sanitária espanhola.; e, por último, a integração dos três níveis de atendimento –

Gerard Caplan foi quem melhor captou a importância da imbricação dos diferentes níveis de prevenção, articuladores de seu clássico livro sobre a psiquiatria comunitária.” (DESVIAT, 2015, p.28-29)

Isso colocado, vejamos agora algumas particularidades históricas das experiências francesa e italiana. Isso porque as tomarei como especialmente influentes para nossa reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil.

## **1.2 Sobreposições e diferenças entre a Psicoterapia Institucional e a psiquiatria de *setor*.**

Passos (2009) faz uma larga e contundente análise de duas experiências de reforma psiquiátrica que constituem as referências fundamentais para o processo brasileiro iniciado no final da década de 1970. Trata-se, claro, das experiências francesa e italiana. Destaco no percurso da autora, dois pontos que considero os mais potentes. Primeiro a ancoragem foucaultiana para a leitura do processo de desenvolvimento dessas experiências, que Passos expõe eloquentemente:

“Os avanços tecnológicos não podem ser desconsiderados na história dessa instituição [ela fala da instituição psiquiátrica], mas, por si sós, são incapazes de esclarecer as formas e as funções históricas assumidas pela instituição nas sociedades que a inventaram ou que a atualizaram. A hipótese com a qual trabalho é a de que as formas, feições históricas e funções sociais dessa instituição são resultantes da concorrência de múltiplos outros fatores: sociais, políticos, econômicos, culturais e éticos.” (PASSOS, 2009, p.33)

Em segundo, a partir dessa ancoragem, a análise segue um percurso cuidadoso no sentido não apenas de diferenciar as experiências francesa e italiana, mas de evidenciar particularidades no percurso da experiência francesa que acabam sendo ignoradas pelos brasileiros. Especificamente as relações e dissidências entre a Psicoterapia Institucional e a psiquiatria de *setor*. É mais comum nos trabalhos brasileiros ligados a perspectivas antimanicomiais, certa leitura que opõe a experiência italiana – tomando-a como ideal a partir de certa premissa de radicalidade na destruição do manicômio e suas lógicas – e a experiência francesa – tomando Psicoterapia Institucional e psiquiatria de *setor* em bloco, como sustentáculo de traços conservadores da instituição psiquiátrica clássica. Quando se considera a diferença entre Psicoterapia Institucional e psiquiatria de *setor*, ainda assim isso tem o sentido de um detalhamento da recusa. “Combate-se a primeira por conter o ideal do ‘bom manicômio’;

a segunda por se filiar ao ideal preventivista da saúde mental comunitária.” (PASSOS, 2009, 41)

Com isso não quero dizer que tais críticas não sejam cabíveis, mas apenas procuro levar adiante certos apontamentos da autora sobre as contradições e perigos dessa leitura. Passos (2009) destaca que o intercâmbio profissional dos brasileiros que procuram a França e a Itália normalmente desconsidera os serviços ligados ao *setor*, leia-se a psiquiatria pública francesa. Tanto na produção teórica quanto nos intercâmbios profissionais, os brasileiros costumam se concentrar na experiência do sistema público triestino e nas clínicas privadas francesas que se balizam ainda pelas premissas da Psicoterapia Institucional, como é o caso de *La Borde*, por exemplo. Com isso, aparentemente, demonstra-se um interesse pelo processo político-institucional que se concentra nos desenvolvimentos italianos e busca-se na França apenas as experiências que dizem respeito à experimentação clínica. De fato, as experiências clínicas, pela via da Psicoterapia Institucional, sempre mantendo relação com a psicanálise, mantém tradicionalmente uma investigação teórica de alto nível de sofisticação. Mas ignorar a experiência pública da psiquiatria de *setor* é ignorar semelhanças importantes com o nosso processo no Brasil.

“Talvez não seja de pouca utilidade conhecer melhor a evolução de um sistema que tem, contraditoriamente, estendido à população uma assistência em saúde mental, em geral bem equipada e de boa qualidade material, mas, cada vez mais, aberto espaço para uma psiquiatria asséptica, ‘moderna’, baseada nos avanços das neurociências e da psicofarmacologia, e cada vez menos se dedicado a uma problematização cotidiana, seja da relação clínica, seja dos desdobramentos políticos de formas de intervenção médica na sociedade.” (PASSOS, 2009, p.42)

Ao falar do processo francês, portanto, a autora evidencia alguma complexidade que fica omitida nas discussões realizadas no campo da reforma psiquiátrica, particularmente pelo movimento antimanicomial, e que podem lançar luz sobre alguns dos problemas que enfrentamos no Brasil. Trata-se de não ignorar, por exemplo, que o panorama francês demonstra a insuficiência do argumento econômico segundo o qual a principal dificuldade de acabar com o enclausuramento é o estado de desigualdade social que criminaliza e patologiza a pobreza.

“Ora, tal argumento perde força diante do exemplo francês. Apesar de a política de setorização ter criado muitos serviços abertos, de assistência local, isto é, inseridos na comunidade, e de ter realizado efetivamente a extensão social de acesso a esses serviços, como veremos, persistem as imensas estruturas hospitalares psiquiátricas do

século passado. A prática da internação nesses lugares é ainda, de longe, a dominante, e nenhum hospital psiquiátrico foi até hoje fechado na França.” (PASSOS, 2009, p.44)

Além disso, podemos ver que ao longo da história de separação entre Psicoterapia Institucional e psiquiatria de *setor*, tendo a última se consolidado como política pública enquanto a primeira fica restrita a experiências locais de caráter privado, a psicanálise sofre deslocamentos e resistências. Se num primeiro momento, na França, ela teve papel fundamental na constituição das experiências que impõem críticas à instituição psiquiátrica e que deram origem ao movimento reformista, hoje se situa num lugar marginal nesse processo “tendo perdido, progressiva e completamente, a hegemonia de que desfrutou no campo ‘psi’.”. (PASSOS, 2009, p.45)

Nada disso pode ser ignorado se quisermos ver que talvez nosso processo brasileiro seja mais semelhante ao francês do que gostaríamos de admitir (em comparação ao processo italiano no qual procuramos nos espelhar). Além disso, esse trabalho tem como uma das intenções avançar nesse caminho aberto por Passos há uma década. E procuro fazer isso levando em consideração alguns alertas do próprio Lacan no final da década de 1960, especialmente sobre a psiquiatria de *setor* e a reforma universitária francesa na época. Isso nos permite vislumbrar que talvez estejamos, no Brasil, diante não apenas de uma espécie de revitalização dessa lógica, mas da inauguração de outra, sem dúvida infinitamente mais nefasta, escamoteada nessa revitalização.

Mas seguindo ainda por certos detalhamentos da história da psiquiatria na França anteriores ao contexto da década de 1960, Passos nos lembra que:

“O modelo alienista, repressivo-tutelar e assistencial, pois garantidor do direito a uma proteção especial para essas pessoas, foi praticamente inventado pelos franceses e, durante mais de um século, por eles legitimado e vangloriado como vanguardista.” (PASSOS, 2009, p.49)

Foi na França que se promulgou, em 1838, a primeira lei no mundo que obriga a criação de instituições específicas, no campo da saúde, para o recebimento de alienados (PASSOS, 2009). Estamos falando aqui de um marco daquilo que já descrevi anteriormente, com Desviat (2015), e que nos importa por algumas razões: essa lei permanece em vigência na França sem alteração até 1990, quando é reformulada mantendo ainda aspectos polêmicos do ponto de vista de uma crítica à lógica manicomial (PASSOS, 2009). Dito de outro modo, a reformulação não ataca o alicerce manicomial.

O objetivo, nesse momento, é detalhar certas razões que fizeram o processo de reforma psiquiátrica na França seguir por uma direção não radical em termos de questionamento da instituição psiquiátrica. Isso permite, inclusive, ver uma diferença central em relação ao processo brasileiro: enquanto no Brasil o contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial foi, de saída, o de um movimento de base social de conteúdo indissociável da política, na França ocorre um processo de reforma muito mais lento e que se aproxima de outros debates políticos de modo apenas episódico no período do final da década de 60 e início da década de 70 e essa aproximação tem uma intenção apenas de defender interesses econômico-trabalhistas como veremos adiante. Desse modo, enquanto no Brasil tivemos um processo sempre ligado a movimentos sociais com participação de diversos atores (AMARANTE, 1995), apesar da presença de psiquiatras e especialistas como agentes, na França havia outras preocupações.

Assim, é preciso ver como no início do século XX havia a concorrência de duas estratégias no campo da psiquiatria: uma de fundamentação organicista pela qual se pensava o tratamento sempre a partir do uso de técnicas vinculadas a uma ideia de medicina científica – técnicas como a eletroconvulsoterapia, as injeções de insulina para conter agitação, ou as psicocirurgias; e outra que se vinculava à psiquiatria de orientação psicodinâmica, apoiada em perspectivas como a fenomenologia e a psicanálise freudiana. Não se pode perder de vista esse ponto, tal como trazido por Foucault ([1973-1974] 2006b): muito embora ambas concorressem entre si no campo interno da psiquiatria, formavam um conjunto no que se referia a uma consolidação – sob a exigência da racionalidade científica – do estatuto de especialidade para a psiquiatria em relação ao campo médico em contexto acadêmico.

De modo geral podemos entender que há um deslocamento do poder psiquiátrico no sentido de não mais querer ocupar um lugar de mestre sobre a loucura, ou seja o lugar que ficava designado pelo termo *alienista* e que reservava ao psiquiatra o lugar de autoridade sobre o alienado. O que a psiquiatria queria agora era ocupar um lugar de saber (não explicitamente de poder) sobre a loucura, que passaria então a ser entendida como doença mental, portanto um lugar de *especialista*.<sup>4</sup>

“Tal atitude era, para uns, traduzível na cientificidade e na neutralidade de um saber tecnicizado, baseado nas novas técnicas; para outros, caso dos psiquiatras filiados à

---

<sup>4</sup> Tal desenvolvimento, inclusive, é um ponto de convergência possível entre um Foucault da genealogia e um Lacan da teoria dos discursos, ou do campo do gozo. Mas deixo isso aqui apenas como indicação para quem eventualmente tenha interesse em desenvolver uma pesquisa nesse sentido. No mais, algumas consequências desse deslocamento do poder psiquiátrico serão lidas em seu aspecto de giro discursivo, conforme a concepção lacaniana, no segundo capítulo da tese.

psiquiatria filosófica psicodinâmica, traduzível no reconhecimento de uma especialidade cujo caráter especial de seu objeto pouco ou quase nada tem a ver com o saber médico puramente biológico, mas constitui, de todo modo, um saber especializado.” (PASSOS, 2009, p.54)

Isso deve servir para a compreensão de que a evolução do processo de reforma psiquiátrica na França constitui uma história de luta interna no campo dos fundamentos ideológicos de uma prática, ou seja, de uma luta que se dá no interior da prática psiquiátrica e que por essas limitações, de certo modo corporativistas, ela se fragilizou em relação a outras forças sociais, quiçá econômicas. Por fim, isso culminará em uma direção que tem mais de humanista (na melhor das hipóteses) do que de antimanicomial. Note-se, inclusive, que mesmo tendo havido na França, como aponta Castel (1978), alguma movimentação na direção de uma crítica antipsiquiátrica com inspiração em David Cooper e Ronald Laing, ela teve apenas caráter universitário, não exercendo real influência na reforma.

No contexto francês, particularmente desde a década de 1940, temos a ascensão da Psicoterapia Institucional e início da psiquiatria de *setor*. Desviat (2015) aponta para uma leitura segundo a qual a política francesa de *setor* teria como fundamento teórico a Psicoterapia Institucional. Esse ponto, todavia, exige algumas delimitações, pois se é um fato que psiquiatria de *setor* deriva da Psicoterapia Institucional, sua consolidação enquanto política pública fez com se distanciasse desta. Passos (2009), faz uma leitura que diferencia essas duas vertentes mostrando seus pontos de ruptura, por exemplo o afastamento do *setor* em relação à psicanálise, enquanto a Psicoterapia Institucional vinha se tornando cada vez mais psicanalítica, como veremos. Além disso, Desviat (2015) faz uma leitura do processo histórico dessas experiências que considera a influência da psicanálise de modo equivocado caso queiramos ser precisos em relação à coerência interna do corpo teórico psicanalítico e seus desenvolvimentos ao longo do século XX. Isso não retira a importância das contribuições de Desviat no que diz respeito à história das experiências de reforma psiquiátrica que referenciaram a nossa no Brasil, mas farei aqui o esforço de delimitar e por vezes esclarecer alguns equívocos sobre a psicanálise. Mesmo Passos (2009), embora seja mais precisa quando menciona influências psicanalíticas, ainda assim traz questões que causam alguma estranheza para um psicanalista.

Veremos isso adiante em detalhes, mas por enquanto será preciso seguir por uma análise do contexto sócio-político no qual se insere (por vezes, do qual se distancia) a psiquiatria na França para que possamos entender a importância de figuras como Tosquelles e Jean Oury, ou do que significou a reforma universitária no final da década de 1960.

Quando falamos de reforma psiquiátrica na França é preciso ter em vista que a luta, protagonizada por psiquiatras, não fez alianças com outras forças da sociedade para impor questões à política de Estado em curso. Crítica que precisaria ter sido feita em profundidade no sentido de um desvelamento de lógicas intrínsecas à manicomialização caso se quisesse alcançar alguma radicalidade que desse condições de rompimento com isso. Ao contrário, o que se fez foi preservar sempre o espaço institucional do poder psiquiátrico, ou seja, o manicômio. Sempre foram propostas reformas que partissem de dentro da instituição, mas sem o objetivo de destruição da mesma. E, nos casos mais honestos, havia de fato uma preocupação em fazer do hospital psiquiátrico um espaço efetivamente curativo. Nesse contexto temos como exemplos as experiências de Psicoterapia Institucional e, em seguida, por decorrência dos avanços alcançados nessas experiências inicia-se um movimento que pensa ser possível modificar a prática psiquiátrica como um todo a partir de certa reconstrução teórica movida por vontade ideológica. Assim é que se inicia o movimento pela psiquiatria de *setor*, nascida de fato no interior da Psicoterapia Institucional.

Mas essa ideia de que reconstrução teórica e vontade ideológica seriam suficientes para modificar os rumos da psiquiatria se mostrou insuficiente diante de forças maiores, especialmente econômicas, que certamente tiveram papel central na tendência formalista e tecnocrática para onde enveredou a setorização. Vejamos.

No início do movimento, a partir do reconhecimento da potência encontrada nas experiências de psicoterapia institucional – em especial na experiência de Saint Alban, com Tosquelles – que se sustentava pela premissa de um deslocamento e redistribuição do poder na instituição, propunha-se a substituição do modelo alienista pela doutrina de *setor*.

“Lucien Bonnafé chamava a mudança que propunham de doutrina pós-esquiroleana, ou seja, em continuidade com esta; resumidamente, tal mudança consistia em abandonar a perspectiva assistencialista, marcada pelo preconceito da periculosidade e incurabilidade do doente mental, pondo em seu lugar um verdadeiro imperativo de cuidado e tratamento. Propunha-se substituir a perspectiva de assistência por um esforço de construção de instrumentos reais de cuidados, que supunham a continuidade dos cuidados, independentemente de estar ou não o doente hospitalizado.” (PASSOS, 2009, p.57)

É importante destacar aqui que o processo francês se diferencia da psiquiatria comunitária norte-americana por não partir de uma resposta a certa exigência externa de uma política preventivista do Estado. Por outro lado, se distingue também do processo italiano na

medida em que, ao partir do interior da prática psiquiátrica, não questiona os fundamentos desta e desse modo mantém a psiquiatria no centro do poder institucional. É imprescindível mantermos em mente que se trata aqui de uma vertente em continuidade com Esquirol, para quem, recordemos, “uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um médico habilidoso, é o agente terapêutico mais eficaz frente às doenças mentais.” (ESQUIROL, 1991 *apud* DESVIAT, 2015, p.32). De todo modo, penso ser importante não tomarmos esse aspecto pela chave de um julgamento imediatamente moral, pois de fato parece haver genuína preocupação humanitária tanto na proposta esquiroleana quanto nas posições dos fundadores da doutrina de *setor*. Imagino que quando adentrarmos algumas particularidades da experiência e pensamento de Tosquelles, isso poderá abalar julgamentos moralizantes e arejar o pensamento para que possamos voltar nossa atenção para perigos contemporâneos maiores.

### 1.2.1. Sobre o processo de consolidação da psiquiatria de *setor*.

Quanto à criação da psiquiatria de *setor* precisamos nos lembrar do apontamento de Desviat (2015) dos acontecimentos históricos fundamentais para o campo das reformas psiquiátricas antimanicomiais, a Segunda Guerra, o New Deal norte-americano e as revoltas do mês de maio em 68, para investigar o sentido do primeiro deles. Audisio (1980 *apud* DESVIAT, 2015) argumenta que não haveria consciência da necessidade de modificação das práticas psiquiátricas e, em especial, da necessidade de repensar o manicômio sem as catástrofes humanitárias da Segunda Guerra. Havia ali, na década de 1940, uma geração de psiquiatras que viu os horrores da guerra e, principalmente, a morte de 40% dos internos de hospitais psiquiátricos franceses (DESVIAT, 2015). Entendamos que ainda que essas mortes tenham ocorrido em grande parte pela via da omissão – por um “deixar morrer” seja de fome, de frio, por doenças – e não do extermínio planejado e orquestrado tecnicamente, o fato continua sendo comparável ao genocídio nazista dos judeus na Alemanha.

É nesse contexto que acontecem as Jornadas Nacionais de Psiquiatria entre 1945 e 1947 no *Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne* na França, de onde surge a proposta da política de *setor* para a atenção psiquiátrica (DESVIAT, 2015). A calamidade vivida na guerra foi, então, a justificativa para a criação do *setor* e nesse período se construíram suas diretrizes. Tratava-se fundamentalmente de uma mudança de atitude, da parte da sociedade, em relação à doença mental. Nas palavras de Desviat, tentava-se:

“[...] estruturar um serviço público de ajuda e tratamento, colocado à disposição da população para permitir o acesso universal a formas de atendimento e a uma qualidade de serviços até então reservadas a setores privilegiados do público. Corresponhia ao abandono de um conceito de assistência, para chegar a uma estratégia de projetos terapêuticos individuais, considerando, ao mesmo tempo, a dimensão pública e coletiva dessa medida de saúde: a política de setor não foi apenas uma tentativa de fazer outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública, no sentido literal do termo.” (DESVIAT, 2015, p.31)

Nas palavras de Passos (2009), podemos ver uma delimitação bastante clara:

“A ideia do setor é a seguinte: uma equipe única se responsabiliza por uma zona populacional específica, referente a uma determinada região geográfica, onde se disporia de um sistema completo de estruturas que cobririam da prevenção a pós-cura e seriam criadas com as necessidades reais da população, e não em função de imperativos administrativos ou gerenciais. [...] Essa equipe teria de se deslocar permanentemente por todas as estruturas, do hospital ao dispensário, e conhecer todos os seus doentes, para acompanhá-los de forma continuada.” (PASSOS, 2009, p.65)

Então, podemos ver um grupo de psiquiatras que se inspira nas experiências dos pioneiros da Psicoterapia Institucional (Tosquelles, Le Guillant, Sivadon) que possuíam ancoragem político-filosófica marxista, anarquista ou fenomenológica e a partir daí fomentam um pensamento reformista que, a partir das Jornadas de 1945 terá três princípios basilares: 1) a palavra de ordem em comum com o cenário político mais amplo, que era a luta contra a doença mental; 2) a luta contra a cultura do internamento como medida privilegiada; 3) e, por fim, a desconstrução da hierarquização de serviços e procedimentos apoiada na ideia médico-burocrática de complexidade.

Em relação ao primeiro princípio, dois pontos devem ser levados em consideração. Em primeiro que a luta contra a doença mental constituía uma palavra de ordem já instalada no contexto das políticas públicas francesas no período do pós-guerra, portanto os partidários da psiquiatria de setor partilhavam de um objetivo com o Estado, divergindo apenas no que tange ao método. Em segundo que a admissão dessa palavra de ordem demonstra já a modificação do entendimento sobre a loucura agora num campo de saber que se estabelece sob a racionalidade médica e é justamente isso que permite aos psiquiatras reformistas sustentarem sua posição de que é possível, talvez, erradicar a doença mental na medida em que é tomada como qualquer outro problema de saúde pública. Este é, sem dúvida, o aspecto mais frágil e perigoso do que

vinha sendo formulado como doutrina para o *setor* e, talvez, o que teve maior peso para a burocratização do sistema e afastamento da Psicoterapia Institucional.

Até aqui, ressalto, não há diferenças radicais com relação ao que veremos na concepção da Psiquiatria Democrática italiana uma vez que a proposta do *setor* mirava a implementação de serviços que levassem em conta, em primeiro plano, as reais necessidades da população ao invés das do Estado – ainda que estas fossem relativamente coincidentes. Mas o que se segue marcará bem a diferença.

Quanto aos dois outros princípios, se explicam de maneira articulada. Admitir a noção de *doença mental* implica pensar efetivamente o hospital psiquiátrico como instrumento terapêutico – nunca devemos perder Esquirol de vista quando falamos de *setor*, ou mesmo de Psicoterapia Institucional – e que é por essa via que se fará o questionamento da cultura do internamento. Ou seja, falamos aqui da colocação da pergunta: o hospital psiquiátrico é o único instrumento terapêutico e, se não, seria o melhor? Daí uma ideia que levará ao terceiro princípio: o problema maior não estaria, para os partidários do movimento, na existência do hospital, mas na posição que este ocupa em relação aos demais serviços. O hospital precisaria deixar de figurar como serviço de alta complexidade, hierarquicamente superior aos demais, e passar a constituir apenas mais um serviço em articulação o mais equânime possível com os demais. Com isso a compreensão era de que o hospital não poderia cumprir com seu papel curativo sem a devida articulação com serviços de prevenção e pós-cura, ou outros serviços de educação, profissionalização, etc. Havia até mesmo partidários da doutrina do *setor* que pensavam a necessidade de reformulação da lei de 1838 – o que não passou para o plano da prática. (PASSOS, 2009)

Note-se, todavia, o seguinte: soa semelhante, em termos gerais, o que estes princípios sustentam e o que vem ocorrendo atualmente no Brasil, não? Ademais, soa também consonante com aspectos da proposta da Psiquiatria Democrática italiana, como veremos ainda neste capítulo, uma vez que a proposta do *setor* mirava a implementação de serviços que levassem em conta, em primeiro plano, as reais necessidades da população ao invés das do Estado – ainda que estas fossem relativamente coincidentes. Mas há diferença! E ela será a base fundamental do que proponho discutir ao longo do trabalho: a diferença entre a proposta do *setor* e a radicalidade italiana é a admissão, pela primeira, da existência do hospital psiquiátrico como se fosse compatível com o combate da cultura do internamento. E é o fato da reforma italiana ter figurado como referência basal do processo brasileiro que causa revolta nos movimentos

ligados à Luta Antimanicomial quando se veem diante dos atuais rumos da RAPS. Nós erguemos aqui uma reforma – até onde pudemos – seguindo a premissa de combate ao manicômio que agora vem sendo rechaçada. Trago aqui essa prévia dos rumos da discussão que farei adiante porque ela se apresentou diante da pergunta: como pôde a política de *setor* sustentar essa ingenuidade? E a resposta é, de modo geral, que isso aconteceu por rechaçar a discussão política, privilegiando o argumento clínico. O que também teve consequências na Itália, em sentido contrário e, de todo modo, no Brasil atual isso não constitui ingenuidade ou idealismo, mas projeto.

Contudo, não se pode deixar de lado que a política de *setor* teve outros antecedentes além da Psicoterapia Institucional:

“Entre eles destacam-se a atividade psiquiátrica dos Dispensários Públicos de Higiene Social, surgidos na luta contra a tuberculose, e a influência das ideias de Édouard Toulouse, impulsionador, na França, dos *serviços abertos* nos hospitais psiquiátricos e da Liga de Higiene Mental (fundada em 1920), além de diretor do Hospital Henry Rouselle, primeiro centro aberto da França, criado em 1921 como um serviço anexo ao Hospital de Saint-Anne, de Paris.” (DESVIAT, 2015, p.33)

Ao longo da década de 1950 foi adotada a territorialização da assistência como princípio da organização sanitária geral e:

“Entre 1957 e 1959, as atividades formativas do Grupo de Sevres – composto de psiquiatras e enfermeiros (H. Torrubia, Lebovici, Daumezon) –, assim como o Congresso de Psiquiatria e Neurologia de Língua Francesa – realizado em Tours, em 1959 – e o Grupo de Trabalho de Psicoterapia e Socioterapia Institucional foram sensibilizando os profissionais e o governo para a necessidade da política de setor.” (DESVIAT, 2015, p.33)

Essas ideias foram acolhidas por uma Comissão de Doenças Mentais, criada pela Diretoria de Saúde Mental, o que deu origem a uma circular em 15 de março de 1960, que dispunha sobre o programa de organização e de equipamento dos departamentos em matéria de luta contra as doenças mentais, assinada pelo então Ministro da Saúde, Bernard Chenot. Essa circular é a responsável pela operacionalização do que acabo de expor sobre os princípios basilares da política de *setor*. Ela expunha já em seu prefácio a necessidade de transformação dos asilos em hospitais psiquiátricos especializados no atendimento às doenças mentais. Porém trazia também a preocupação de que os hospitais não figurassem na centralidade da rede de serviços de saúde, entendendo que a hospitalização constituía apenas uma parte do tratamento

que já deveria ter sido iniciado nos centros de prevenção e pós-cura (serviços ambulatoriais abertos) e nos quais deveria ser concluído. (DESVIAT, 2015)

Essa circular falava então de qualificação do hospital psiquiátrico (onde caberia a aliança com a Psicoterapia Institucional) e de complementaridade da rede ambulatorial com esse. A circular delimitava um caráter extra-hospitalar para a orientação da política de *setor*. Propunha, portanto, que no atendimento às doenças mentais não se atendesse simplesmente à demanda do modo como era formulada, geralmente como demanda de exclusão, de tutela. No lugar de atender essa demanda, propunha trata-la. E tratar essa demanda implicava intervir no meio social tanto quanto no próprio sujeito, para que fosse antes de tudo aceito um tratamento no qual se priorizasse a autonomia.<sup>5</sup> Todavia, foi no processo de implementação dos serviços, em conformidade com a circular, que teve origem uma burocratização da organização sanitária que fez cindir a política de *setor* e a Psicoterapia Institucional, mas que também fez a política de saúde se fragilizar diante de interesses econômicos. Vejamos isso de modo mais específico.

Embora a circular emitida na década de 1960 na França adotasse os postulados teóricos das célebres Jornadas Nacionais em 1945, manteve-se uma divisão entre duas posições no cenário francês:

“Por um lado, a psicoterapia institucional, com Tosquelles e Daumezon em seu início, e, mais tarde, com Oury e a psicanálise lacaniana – tendo a clínica de La Borde como representante singular. Por outro, a política de setor, de acordo com a expressão cunhada por Bonnafé em 1945, que tentou romper com a centralização no hospital, buscando uma assistência descentralizada em pequenas zonas, em torno de uma multiplicidade de serviços comunitários.” (DESVIAT, 2015, p.35)

Essa divergência de posições carrega aspectos muito similares ao que se desenha atualmente no Brasil numa verdadeira guerra discursiva. Nossa política de saúde mental vem sofrendo severamente com retrocessos no sentido de um retorno das práticas manicomiais e, nesse processo, levanta discussões que remontam às origens dos movimentos antimanicomiais no país. Trata-se de um tensionamento transversal em relação a todas as experiências de reforma psiquiátrica ao longo do século XX que reaparece de diversos modos, mas tangenciando sempre

---

<sup>5</sup> Há aparente semelhança entre a circular de 15 de março de 1960 (praticamente hexagenária) na França e a Nota Técnica nº 11/2019 publicada no primeiro bimestre do governo Bolsonaro no Brasil. No entanto, justamente sobre essa compreensão da demanda há uma diferença marcante entre ambas. Esse ponto é discutido no último capítulo dessa pesquisa, figurando aqui apenas como um apontamento de que uma política hexagenária consegue ser, ainda que problemática, mais ética e vanguardista que a nossa atual que sustenta o argumento da inovação.

a mesma questão: modificar o hospital psiquiátrico de modo a adaptá-lo a políticas que não sejam segregacionistas, ou assumi-lo como pivô do segregacionismo e a partir daí erradicá-lo?

O principal problema, no cenário francês, parece ter sido a organização sanitária presente no país naquela época, pois era “centrada em um sistema pluralista que associava a medicina liberal a um forte setor hospitalar público e a um sistema de seguros de saúde (mais de 99% da população contava com seguros sociais)[...]” (DESVIAT, 2015, p.36), o que produzia uma assistência de caráter curativo de planejamento a curto prazo favorecendo o predomínio hospitalar. Diante desse contexto a psiquiatria setORIZADA acabou figurando como um fato diferenciado em relação à organização sanitária como um todo. Isso aconteceu por não terem prosperado as iniciativas nacionais na direção de uma organização de saúde coletiva, por exemplo.

Vemos que o sistema proposto no *setor* rapidamente encontrou problemas de integração ao ter que lidar com a multiplicidade das demandas de atendimento (divididas por faixa etária ou por patologia). Desse modo, ao surgirem serviços ambulatoriais diversos, organizados pela demanda (serviços especializados em atendimento infantil, ou para idosos, ou para toxicômanos) houve uma dupla fragilização: por um lado, se tornava difícil a sustentação de uma unidade para a psiquiatria enquanto disciplina – chegando a haver posicionamentos de autores que almejavam a criação de um *setor* unificado que prescindisse das referidas divisões por demanda (Cf. MASSE, et al., 1984); ao mesmo tempo em que, por outro lado, a permanência do financiamento dos hospitais e dispensários pela previdência social e pelos municípios fazia com que os serviços hospitalares permanecessem na centralidade do atendimento, impedindo o desenvolvimento dos serviços ambulatoriais.

Sobre isso, Audisio traz uma crítica à divisão plena entre uma política pública como a de *setor* e o modelo asilar de atendimento. Isso porque:

“A nova psiquiatria iniciada no setor tende a rechaçar o polo asilar, considerando-o uma relíquia do passado. Toda a teoria do setor foi concebida, precisamente, para evitar que se caísse nesta situação: tornar os setores unicamente extra-hospitalares, voltando as costas à antiga hospitalização, sem perceber que os asilos iam-se reconstruindo às suas costas, proporcionalmente aos fracassos da ação ambulatorial.” (AUDISIO, 1980, p.94 *apud* DESVIAT, 2015, p.36)

Ainda sobre isso, Passos (2009) aponta que para Audisio o *setor* não foi uma tentativa de resolução da dissimetria entre um setor público mal equipado e outro, privado, bem

equipado. Essa oposição é comum em outras experiências e, inclusive, retorna frequentemente nas discussões brasileiras chegando a ser utilizada retoricamente na atualidade como justificativa da volta do manicômio. Mas na França, uma vez que havia assistência assegurada para grande maioria da população como disse anteriormente, tratava-se de uma tentativa de resolução da oposição de uma “psiquiatria rica” (e não para ricos) – voltada para doentes curáveis e para a prevenção, para o grande público e instalada fora do hospital psiquiátrico – e uma “psiquiatria pobre” (não para pobres) – destinada à gestão da cronicidade, focada no indivíduo e alocada no hospital psiquiátrico.

Entretanto, escondida sob este embate técnico-profissional entre os que defendem a prática em cascata e os partidários do setor, havia sempre uma dimensão política de fundo que os reformadores pareciam não querer ver, tampouco assumir: a diferença entre psiquiatria “rica” e “pobre” é apenas uma distinção de práticas de controle com os mesmos objetivos. Articula-se à psiquiatria que trata em âmbito extra-hospitalar e com condições de “cura” a uma forma disciplinar de poder, mais capilarizada e que entenderá a *cura* como adaptação, disciplinarização. Enquanto isso, a psiquiatria que faz a gestão da cronicidade se mantém nos moldes de um poder repressivo, confinando a eclosão da loucura que resiste à adaptação. Ambas agindo no sentido de identificar a loucura o melhor e mais rapidamente possível e contê-la, gerencia-la, preservando sempre a ordem pública. Trata-se apenas de uma divisão técnica de funções complementares.

“O que os psiquiatras franceses pareciam não querer assumir integralmente é que trazer a loucura e os loucos de volta para a sociedade, como pretendiam, significava ter de enfrentar aspectos políticos, mais que técnicos, envolvidos em processos de exclusão social, dominantes nesta mesma sociedade, para as quais não estavam preparados ou que não queriam enfrentar. Processos de exclusão não só irracionais, como o medo da loucura, os quais se achavam capacitados a combater, mas processos de exclusão bastante racionais, fundados em razões econômicas e sociais. O movimento não politizava a ação profissional, como que não querendo sujar as mãos na realidade social.” (PASSOS, 2009, p.66)

Aqui ganha importância o que afirmei anteriormente sobre a reforma francesa ter sido um movimento interno ao campo psiquiátrico, sem participação ampla de outros atores como a sociedade civil, etc. Por não haver uma preocupação com a garantia de assistência psiquiátrica – pois não havia desassistência – o movimento reformista é cooptado em diversos aspectos por uma luta corporativista. Os partidários do movimento reformista, via *setor*, não apenas deixam de colocar em questão a centralidade do poder psiquiátrico, mas a defendem. Ainda que por um

viés econômico-trabalhista (não explicitamente de exercício de poder sobre a loucura), o movimento do *setor* alia a sustentação de suas propostas reformistas frente ao poder público a uma discussão que visa garantir a responsabilidade técnica da psiquiatria sobre os serviços oferecidos na nova rede. Para isso é proposta a revisão do estatuto da profissão. Até o final da década de 1960,

“Herança da tradição alienista, os psiquiatras dos Centros Hospitalares Especializados (os enormes hospitais psiquiátricos públicos) eram funcionários do Estado, diretamente subordinados ao prefeito do departamento (representante direto da administração central). Esses médicos, com formação generalista, faziam sua formação psiquiátrica no interior desses grandes hospitais psiquiátricos públicos, através de uma carreira especial que vai da condição de interno (residente em tempo integral) à de psiquiatra-chefe, passando pela de psiquiatra assistente e prático hospitalar. Havia, como ainda existem, concursos internos obrigatórios para ascensão funcional.” (PASSOS, 2009, p.67)

Os psiquiatras desses hospitais públicos especializados formavam uma categoria profissional que gozava de privilégios e prestígio social. Em uma época em que a psiquiatria ainda não constituía uma especialidade autônoma na França, com formação universitária própria, essa classe de elite da psiquiatria detinha vantagem em relação aos psiquiatras que se especializavam em hospitais universitários ou gerais. A formação desses últimos, inclusive, se dava em âmbito universitário em neuropsiquiatria e seu destino profissional geralmente era a carreira liberal e ambulatorios psiquiátricos em hospitais gerais. Até a década de 1960, aquela tal elite da psiquiatria, formada nos grandes hospitais psiquiátricos públicos, vai perdendo prestígio e ficando em desvantagem quanto às outras especialidades médicas no que se refere tanto à remuneração, quanto ao reconhecimento social.

Nesse cenário o movimento do *setor* ganha força ao propor a criação da especialidade psiquiátrica. Sua proposta continha a unificação da formação universitária, o que acaba com a categoria elitista e hierarquizada dos médicos de hospitais psiquiátricos, que foi substituída pela categoria única de chefe de serviços de psiquiatria.

“Isso será uma faca de dois gumes. Quando, em 1968, ocorre o reconhecimento do certificado de estudos especiais de psiquiatria e muda-se o estatuto do médico público, surgem as contradições. Os funcionários do assim chamado “quadro” não mais poderão ensinar a psiquiatria. A formação não será mais realizada dentro da instituição especializada, mas no espaço dos hospitais universitários, de orientação predominantemente biológica, onde os novos profissionais, formados nesta

perspectiva, angariarão mais prestígio na definição de normas e procedimentos profissionais do que os antigos psiquiatras do quadro.” (PASSOS, 2009, p.67)

É justamente desse contexto que Lacan fala em um raro texto escrito entre os seminários 16 e 17, que não veio a ser publicado na época. É também um contexto que influencia sobremaneira o que Lacan proporá em seu seminário a respeito da aliança entre a universidade e os interesses capitalistas. Me debruço sobre isso detalhadamente no segundo capítulo deste trabalho.

Com isso fica claro que a discussão acaba ganhando força em seu aspecto mercadológico mais do que no âmbito da coerência interna do tratamento psiquiátrico. Ou seja, trata-se de um confronto entre medicina pública e privada no âmbito das questões econômico-trabalhistas, em um contexto em que se discutia amplamente as opções de organização complementar entre serviços públicos e privados. Conforme nos conta Desviat (2015), consta nas conclusões do *Livro Branco da Psiquiatria Francesa* – obra de caráter militante publicada em 1967 por vários autores – que a política de *setor* não é uma política de estatização da medicina psiquiátrica, chegando a afirmar que nada se opõe à utilização, por cada *setor*, dos recursos privados que estejam à disposição (estabelecimentos ou corpo profissional). Parece haver, naquele contexto, ampla aceitação do caráter liberal da medicina francesa.

Podemos ver nisso a (conhecida) falácia da possibilidade de conciliação entre interesses públicos e privados. Falácia que, no entanto, enreda uma lógica capaz de pregar peças ao campo da esquerda e especialmente aos movimentos antimanicomiais se não estiverem atentos a alguns pontos basais. Veremos como isso se dá no contexto brasileiro, mas nos detenhamos um pouco mais no exemplo francês, pois ele traz à tona alguns problemas que são preciosos para que possamos manter nossa atenção diante desse tipo de imbróglio.

No final da década de 1980 (precisamente setembro de 1989) um tribunal internacional julgava as consequências da dívida externa em relação à política da então Comunidade Econômica Europeia. Nesse contexto é que um grupo de psiquiatras franceses decide submeter ao tribunal um depoimento intitulado *O Futuro da Psiquiatria e os Projetos da Comunidade Econômica Europeia em Matéria de Saúde Mental* no qual denunciavam alguns rumos das políticas de saúde mental na Grã-Bretanha e Itália, alarmados com a possibilidade de que isso se repetisse na França. Isso por conta, por exemplo, de declarações das autoridades sanitárias francesas em 1985 – incluindo o próprio Ministro da Saúde de então, Edmond Hervé – propondo a eliminação dos leitos psiquiátricos por razões técnicas e econômicas (DESVIAT,

2015). Ressalto aqui que, conforme nos conta Passos (2009), embora o *setor* já viesse sendo testado desde a década de 1970 em experiências locais pela França – orientadas pelas disposições da diretriz ministerial de 1960 –, só viria a ser institucionalizado como política pública oficial a partir de legislações que datam de 1985 e 1986. Isso teve papel determinante para a promulgação, em 1990, da primeira lei que modifica as disposições daquela de 1838 sobre as condições de internação do alienado.

“A nova lei estabelece um maior controle nas hospitalizações involuntárias, o que desagradava a alguns psiquiatras, pelo excesso de controle por parte dos poderes administrativo e judiciário. Restabelece também direitos civis comuns básicos para os internados em hospital psiquiátrico, tais como telefonar, discutir os rumos próprio tratamento e escolher seu médico e o estabelecimento de cuidados.” (PASSOS, 2009, p.74)

Mas ainda sobre *O Futuro da Psiquiatria...*, Rivière (1991 *apud* DESVIAT, 2015), um dos signatários do depoimento, impunha duras críticas às propostas de fechamento dos hospitais psiquiátricos sob a denúncia de que encobriam uma política de poupança dos governos. Esse autor via, por exemplo, o serviço nacional de saúde da Grã-Bretanha, ou a Psiquiatria Democrática italiana como sistemas irresponsáveis e geradores de desassistência do ponto de vista psicopatológico. Discurso amplamente parecido com aquele a que somos submetidos atualmente no Brasil com as propostas de reorientação das políticas de saúde mental.

Nesse sentido, é importantíssimo entender a força de uma crítica como essa, sob uma argumentação que passa do aspecto clínico para o econômico num salto. Entendo que esteja justamente aí o mote da falácia, nessa passagem apressada que literalmente pula a ligação entre o aspecto clínico e o econômico de políticas de saúde antimanicomiais. Na realidade, o que ocorre é uma reação do modelo liberal de medicina psiquiátrica ao se ver ameaçada por uma política pública que prioriza a qualidade do tratamento tomando a preservação de direitos como fundamento. No fundo, apenas o liberalismo sendo ele mesmo. E, diante disso, nunca podemos esquecer que os horrores do modelo asilar são sempre uma resposta direta a interesses sócio-econômicos: trata-se sempre de um modelo que só é justificável por uma perspectiva que considera a internação necessária para a preservação da ordem pública, mas de uma ordem pública que garanta o privilégio de uma classe social sobre outra.

No caso do uso dessa falácia no contexto francês, destaco um enunciado da *Carta da Psiquiatria* nas *Jornadas Nacionais da Psiquiatria Privada* em Nantes em 1980 segundo o qual o objetivo do contrato feito com um paciente não pode nem deve ter outro interesse senão o do

doente e isso deve se manter como norte em detrimento de qualquer lucro público ou privado (cf. DESVIAT, 2015, p. 38). Eis o argumento que vemos ser usado quando um setor privado em saúde se vê ameaçado pelo setor público. É como se dissesse: não podemos prescindir do serviço privado porque não podemos prescindir de nada quando o assunto é garantir a saúde do usuário. A falácia está justamente no fato de que não haveria necessidade alguma de um setor privado se o Estado fosse capaz de ofertar o que é necessário, o que mostra que a preocupação não é sobre a saúde do paciente, mas sobre a saúde financeira de uma corporação.

Porém, não podemos nos perder em idealismos, deixando com isso de ver a factualidade de algumas críticas, pois não se pode negar que um governo pode usar uma garantia de uma política pública ineficaz para favorecer às suas costas um sistema privado. Ademais, mesmo levando em conta a seguridade social, um governo pode ainda fazer uso da complementaridade entre o público e o privado para sustentar uma política. Esse foi um aspecto, por exemplo, da criação do nosso Sistema Único de Saúde e sem o qual ele não seria possível. Mas convém sempre se lembrar que fazer uso de uma raivosa cadela no cio, implica saber que perdê-la de vista, por um instante que seja, significará uma bela mordida. Por isso devemos entender, sem ressalvas, que nas recentes modificações propostas em nossa política de saúde mental, a portaria nº3588, de 21 de dezembro de 2017 – especialmente, mas não só – que altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, permitindo a inclusão dos manicômios e comunidades terapêuticas na RAPS, representa nada menos que a retirada da coleira da besta. Discuto amplamente este ponto no último capítulo do trabalho.

Mas, ainda sobre a falácia em questão, o que melhor a denuncia é a verificação dos resultados obtidos quando a proposta do setor privado prevalece. No caso francês, quando em 1992 o *Relatório Massé* – encomendado pelas autoridades sanitárias gaulesas para a verificação da situação dos *setores* psiquiátricos – afirma que entre 60% e 70% dos setores de psiquiatria permanecem ligados a centros hospitalares.

“O relatório se encerra manifestando o receio de que a psiquiatria evolua para um desenvolvimento em duas velocidades: em primeiro lugar, uma psiquiatria de ponta no hospital geral, hipermedicalizada e claramente biologicista; em segundo, no hospital psiquiátrico, uma psiquiatria encarregada de gerir a cronicidade.” (DESVIAT, 2015, p.39)

Ou seja, ainda o dilema da suposta concorrência (efetiva complementaridade) entre uma psiquiatria “rica” e outra “pobre”, entre uma que sustenta um poder disciplinar e outra que

sustenta um poder repressivo. Eis um pouco da história de como a política de *setor* não foi capaz de evitar sua cooptação por lógicas econômicas e de manutenção de certa ordem pública.

Voltarei a essa discussão no último capítulo, após ter trazido a contribuição lacaniana ao debate da conjuntura tanto da reforma psiquiátrica quanto universitária na França. No momento, porém, será preciso ainda neste capítulo trazer alguns aspectos históricos e concepções clínicas da Psicoterapia Institucional, bem como da experiência italiana.

### 1.2.2 – Psicoterapia Institucional de Tosquelles a Oury

Começo explicando o sentido de uma apresentação geral a respeito do contexto e das perspectivas da Psicoterapia Institucional neste ponto da discussão, ou seja, após ter apresentado um panorama geral do percurso da psiquiatria de *setor*. Do *setor*, quis destacar o aspecto mais geral da fundamentação ideológica e, principalmente, o percurso político-jurídico de sua implementação como política pública na França ressaltando especialmente as tensões internas ao campo da psiquiatria. Não discuti amplamente concepções clínicas entendendo que quando falamos de *setor*, de fato trata-se muito mais de uma organização institucional. Quando procuramos pelas concepções clínicas no *setor* encontramos inicialmente a Psicoterapia Institucional e ao final um descompromisso com uma perspectiva específica e consequente aceitação de perspectivas compatíveis com uma biopsiquiatria contemporânea que se propõe atórica<sup>6</sup>.

Se trouxe no início da discussão sobre a psiquiatria de *setor* que ela teria como fundamento teórico a Psicoterapia Institucional, é preciso entender agora de modo mais específico: penso que o *setor* pode ser lido como uma proposta de organização institucional (do sistema de saúde como um todo e não apenas do hospital psiquiátrico) a partir das concepções clínicas da Psicoterapia Institucional. No entanto, conforme vai se afastando dos aspectos nucleares desta, vai se tornando apenas um modo de organização institucional compatível, portanto, com quaisquer perspectivas clínicas. Talvez isso permita ver que uma crítica em relação à função social da psiquiatria, mesmo que por uma via não radical, ou a própria

---

<sup>6</sup> Não chegarei a trazer em detalhes neste trabalho o cotidiano dos serviços organizados pela perspectiva de *setor*. Trago apenas, no último capítulo, alguns pontos que permitem ver semelhanças expressivas com a nossa RAPS. A quem tiver interesse na apresentação detalhada desse sistema de atenção, recomendo a consulta à obra de Passos (2009) que é a principal referência nesse sentido em português. Embora Desvial (2015) e Amarante (1995), por exemplo, tragam excelentes contribuições sobre a história do *setor*, nenhum deles traz o detalhamento da organização institucional e cotidiano dos serviços como Passos (2009).

perspectiva radicalmente antimanicomial dependem de uma reflexão clínica. Ao colocar a preocupação com a organização político-institucional acima da reflexão clínica, um sistema se fragiliza diante do alicerce lógico manicomial – o que se mostra também, embora de modo distinto, na experiência italiana como veremos a seguir.

Além disso, devemos pensar a relação entre a psicanálise e a Psicoterapia Institucional. Como disse anteriormente, Desviat (2015) traz uma leitura que considera a influência da psicanálise de modo equivocado. Já de saída, quando procura delimitar a origem da Psicoterapia Institucional, a aponta como “a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio” (DESVIAT, 2015, p.29). Essa afirmação não constitui nenhuma incoerência teórica, mas ao delimitar sua origem na experiência de Tosquelles com o hospital psiquiátrico de Saint-Alban, Desviat coloca as referências clínicas do psiquiatra catalão sob a chave da psicanálise. Destaco este ponto aqui por entender que há nisso um dos caminhos pelos quais se empreende a crítica à psicanálise no contexto do antimanicomialismo. Ou seja, se a Psicoterapia Institucional tem como uma de suas bases a psicanálise e ao mesmo tempo constitui uma tentativa de salvamento do manicômio, explica-se a via pela qual pode se tomar a psicanálise (genericamente) como um referencial manicomialista.

No entanto, é preciso que se tenha em mente que Tosquelles, conforme afirma Moura (2003), toma como uma de suas referências fundamentais, além de certa leitura da obra freudiana, a tese de 1932 de Lacan – *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade* (LACAN, [1932] 1987) – e é nisso que está apoiada (ao menos inicialmente) a dita referência psicanalítica da origem da Psicoterapia Institucional. É compreensível que Desviat não traga em seu texto a exigência de um detalhamento acerca das questões internas do campo psicanalítico, mas aqui o faremos.

Ao avançar em sua contextualização histórica, Desviat (2015) justifica a influência psicanalítica da Psicoterapia Institucional por meio de compreensões de Jean Oury e Maud Mannoni sobre a obra lacaniana de um modo que as faz soarem como uma continuidade direta em relação ao que propunha Tosquelles. Há nisso uma lacuna temporal e teórica que precisa ser melhor delimitada: a tese de 1932 não corresponde aos desenvolvimentos lacanianos em seu “retorno a Freud”, realizado apenas a partir de 1953 – data de início de seu seminário. Ora, se é com Tosquelles que temos a consolidação da premissa fundamental da Psicoterapia Institucional, não se pode simplesmente supor que não houve desenvolvimento, adequação e crítica desde uma experiência datada de 1940 e referenciada (entre outros) por um Lacan de

1932, até experiências decorrentes de estudiosos que acompanharam o seminário de Lacan.— a Clínica de *La Borde* de Oury em 1953, ou a *Escola Experimental de Bonneuil* de Mannoni em 1969.

Vejamos que a partir de Tosquelles temos a premissa segundo a qual o que faz um manicômio não são os muros, mas as relações entre as pessoas (equipe profissional e internos). Daí que o tratamento proposto tenha como objeto não o paciente, mas a instituição como um todo. Quando procura detalhar as razões teóricas dessa direção, Desviat avança direto para as concepções de Oury e Mannoni, em passagens como:

“A questão, nas palavras de Lacan, é “acolher” o objeto a partir de uma rede de significantes, a fim de preservar o sujeito (Lacan *apud* Oury, 1972). E o que é uma rede de significantes, senão aquilo que pode criar um campo transferencial? A psicoterapia institucional pode ser definida como um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais.” (DESVIAT, 2015, p.30)

Ou ainda:

“Para Maud Mannoni, os autores da psicoterapia institucional estudam a instituição como uma linguagem, uma cartografia do inconsciente (o significante do coletivo e de cada um dos sujeitos) na qual se encontra algo que é preciso saber utilizar se quisermos transformar um universo repressor em um lugar onde se fale e onde, pela circulação de algumas palavras, seja possível entrever as perspectivas da cura (Mannoni, 1970).” (DESVIAT, 2015, p. 30)

Note-se aí a menção a desenvolvimentos sobre o significante e a transferência que não estão presentes na tese de 1932. Se há algo em perfeita continuidade desde as premissas de Tosquelles até as experiências como *La Borde* ou *La Chesnaie* – clínicas privadas vizinhas na região do Vale do Loir que ainda sustentam práticas de Psicoterapia Institucional – ou mesmo de *Bonneuil* – que mesmo não podendo ser incluída na Psicoterapia Institucional sustenta, em proximidade com as últimas versões desta, certa proposta de psicanálise institucional – é a noção de *asilo*. Conforme aponta Passos (2012),

“Foi com o propósito de recuperar o sentido original de asilo, presente no espírito dos pioneiros da psiquiatria francesa - Pinel e Esquirol – que ainda nos anos trágicos da Segunda Grande Guerra, começa a tomar forma uma proposta nova de tratamento institucional: a psicoterapia institucional. Busco no dicionário *Le Grand Robert*, e encontro um sentido antigo de asilo como lugar inviolável (desempenhado pela Igreja na Idade Média), em que se refugiavam pessoas perseguidas. Nos tempos atuais este

sentido está incorporado nos direitos humanos universais como ‘direito de asilo’.”  
(PASSOS, 2012, p.22)

Isso se mostrará mais claramente adiante. Ademais, Moura (2003) traz uma análise mais detalhada do percurso de Tosquelles que nos permite precisar melhor o que chamei de lacuna temporal e teórica. Tosquelles, de origem catalã, possuía formação psiquiátrica e psicanalítica. Militante marxista derrotado na Guerra Civil Espanhola, chega à França em 1939 fugindo do regime de Franco e é acolhido, inicialmente, em uma casa de reclusão conhecida como *Hospice de France* trazendo consigo já um conjunto de experiências bastante peculiares.

Dando alguns passos atrás, Tosquelles havia realizado sua especialização em psiquiatria no *Instituto Pere Mata*, de onde conheceu Emilio Mira y López que, ao ascender a chefe do *Serviço de Higiene Mental do Exército da República*, na Espanha, nomeia Tosquelles como médico-chefe dos serviços psiquiátricos do Exército na frente sul. Ali ele atua na criação de uma espécie de comunidade terapêutica em Almodóvar del Campo. Na organização desse espaço para o tratamento de doentes mentais, realiza o recrutamento de pessoal evitando a escolha por psiquiatras. Tosquelles entendia que a (de)formação psiquiátrica produzia certa “fobia da loucura”. Nesse sentido, dava preferência para a contratação de leigos por pensar que tinham uma postura positivamente ingênua diante da loucura. Chegou a apostar na contratação de prostitutas afirmando que precisava de pessoas, na lida ambulatorial, que tivessem muita experiência e pouco preconceito com os homens. Com isso empregava essas mulheres que tinham sua atividade profissional dificultada ou mesmo proibida. (RUIZ, et al. 2013)

Após a vitória militar do franquismo, Tosquelles foge então para a França, se refugiando no *Hospice de France*, uma casa de reclusão de onde tenta, sem sucesso, ingressar no exército francês. Logo em seguida consegue se infiltrar no campo de concentração de Septfonds. Ali, o comandante, que pertencia à família de um ex-colaborador de Charcot, se sensibiliza com os muitos suicídios e péssimas condições de tratamento do hospital psiquiátrico para onde os prisioneiros eram enviados, permitindo que Tosquelles atue informalmente como psiquiatra. Nesse momento ele exerce uma dupla e bastante perigosa função. Trabalhando em um galpão de madeira nos confins do campo (onde havia uma porta de entrada e outra de saída de lá), enquanto exercia sua função como psiquiatra, exercia também, clandestinamente, o papel de facilitador de fugas. (Cf. PASSOS, 2009; RUIZ, et al. 2013)

Em seguida, Tosquelles consegue permissão de permanência no país e é convidado a assumir um trabalho no *Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban*,

“[...] por influência do psiquiatra André Chaurand junto ao diretor do hospital, Paul Balvet. Chaurand nem ao menos conhecia Tosquelles, com quem trabalharia depois, mas, dada sua simpatia pela cultura da Catalunha, ficaria indignado ao saber, por um amigo comum a Tosquelles, que este brilhante psiquiatra catalão encontrava-se em um campo de concentração.” (PASSOS, 2009)

Este hospital constituía também um refúgio para algumas personalidades francesas perseguidas pelo regime Vichy, ali, inclusive, foi o abrigo de Canguilhem e sua família, onde ele pôde escrever os últimos capítulos de *O Normal e o Patológico* (MOURA, 2003).

As principais referências de Tosquelles eram Hermann Simon e Jacques Lacan. O interesse de Tosquelles em Lacan se dava, em grande medida, pela maneira como pensava a organização psíquica na psicose – a partir das relações entre o imaginário e a realidade, ainda não em termos de suas relações pela via do significante e da transferência, por exemplo. Quanto a isso, veremos que tanto em Tosquelles quanto em Basaglia há uma preocupação inicial com a compreensão clínica da psicose, especialmente em relação à paranoia – trago ainda neste capítulo algo com relação ao que propõe Basaglia nesse sentido. Quanto aos trabalhos de Simon, foi deles que Tosquelles tirou sua inspiração para o que viria a constituir sua experiência em *Saint-Alban* (MOURA, 2003).

O que chama a atenção de Tosquelles na obra de Simon é a descrição de sua experiência em um hospital psiquiátrico na Alemanha, onde verifica uma melhora substancial no quadro sintomatológico de alguns pacientes. Notadamente, os pacientes que haviam participado das obras de reforma do hospital em que estavam. Essa experiência fará Tosquelles atentar para as possibilidades de uma terapêutica orientada pela *atividade* dos pacientes, de modo a valorizar o que entendia como uma parte sadia e organizada de suas personalidades. Vemos que a concepção que fará com que procure promover uma mudança na organização de *Saint-Alban*, justamente na direção da premissa que Desviat (2015) aponta para a Psicoterapia Institucional como dito alguns parágrafos antes, tem portanto mais a ver com a obra de Simon do que de Lacan.

É importante ressaltar que naquele período – década de 40 – o panorama francês era profundamente desfavorável em decorrência da Segunda Guerra, o que implicava uma ausência considerável de recursos para a população, não apenas do ponto de vista dos equipamentos institucionais, mas mesmo com relação às necessidades básicas. Este aspecto, inclusive, se coloca como condição determinante para o desenvolvimento da Psicoterapia Institucional, de modo consensual entre Moura (2003) e Desviat (2015), Passos (2009), entre outros. Naquele

ambiente, estava colocado o cenário no qual Tosquelles poderia realizar uma impressionante virada no tratamento de seus pacientes. Foi a própria escassez de recursos que tornava necessária a participação dos pacientes nos processos de organização do espaço asilar e na produção conjunta de itens para sua subsistência.

“O que acontecia em Saint-Alban, era uma espécie de subversão da discriminação entre o dentro e o fora: os camponeses, ao irem à feira da cidade, passavam por um caminho que cruzava o hospital. Isto propiciava um comércio muito especial, em que os camponeses compravam dos doentes os trabalhos que estes produziam e que, por sua vez, com o dinheiro adquirido com a venda destes trabalhos, compravam vinho dos guardas!” (MOURA, 2003, p.48)

O que se promovia em *Saint-Alban* era a constituição de novas formas de lidar com a doença mental e, principalmente, novas maneiras de compreender e dar lugar ao dito louco no convívio social. O mesmo contexto que tornava precária a vida das pessoas possibilitava a suspensão de certos preconceitos e estereótipos oferecendo novas condições de interação social. Naquele período, o pioneirismo dessa experiência gerava certa confusão e não havia um saber formalizado sobre esses novos processos capazes de interferir tão diretamente no quadro sintomatológico dos pacientes. Sabia-se que tudo aquilo era capaz de organizar de maneira surpreendente a vida dos internos, mantendo-os estáveis, livres das crises, mas não se conhecia exatamente a razão disso.

O que Tosquelles experimentava ali, partia de uma compreensão – apoiada na obra de Simon – por meio da qual a instituição era, ela mesma, uma espécie de organismo a ser tratado juntamente com os seus integrantes. Agora, inclusive, não se pensava apenas nos pacientes isoladamente. Se a reorientação do modo pelo qual se entendia o processo de tratamento considerava a instituição como um todo, isso implicava considerar a influência dos próprios trabalhadores. O psiquiatra, melhor seria dizer aquele que diagnostica e, por vezes, executa a terapêutica é colocado em questão no funcionamento institucional. Temos então, na origem da Psicoterapia Institucional, uma base que coloca em questão o poder psiquiátrico. Não é um acaso, portanto, que ela se alinhará tão bem à psicanálise uma vez que esta constitui um referencial clínico-teórico que se constituiu, entre outras coisas, a partir do deslocamento de poder entre médico e paciente. Todavia, não se pode deixar de notar que a perspectiva teórica de Herman Simon figura em primeiro plano, estando a psicanálise em posição secundária que auxiliava nos pontos em que Tosquelles procurava pensar os mecanismos psíquicos envolvidos na experiência institucional.

Porém, é necessário recordar que essa não foi a primeira vez em que se notou a influência do meio no quadro dos pacientes. Tal perspectiva já estava presente desde Pinel. É, na verdade, com René Spitz que aparece formalmente uma preocupação com os efeitos da instituição sobre o paciente. Spitz descreve sob o nome de *hospitalismo* o conjunto de perturbações de caráter físico e mental ocorridos em crianças privadas do cuidado materno e criadas em instituições de maneira serializada, sem vínculo afetivo (MOURA, 2003). É por uma simples adaptação dessa ideia, nas mãos de Recamier, que o termo ganha lugar na psiquiatria.

“Paul-Claude Recamier, que já no início da atuação como psiquiatra se mostrava preocupado com esta questão do meio ambiente na saúde mental, propõe que se dê o nome de *hospitalismo psiquiátrico* a esses problemas que ele considera como de ressonância sociopatológica. Sem se importar muito se esta seria uma expressão nova ou não, ele nos lembra que esta noção já transpõe na obra de Bleuler, tendo sido posteriormente tratada nos trabalhos de H. Simon, H. Stack Sullivan e Le Guillant.” (MOURA, 2003, p. 50)

Com isso, apenas procuro mostrar que a contribuição de Tosquelles não inaugura uma discussão no campo, mas formaliza uma prática terapêutica de determinada maneira capaz de fundamentar o que será chamado de Psicoterapia Institucional – e que o próprio Tosquelles reconhece ter morrido no momento em que foi nomeada, em 1952, por Daumezon e Koechlin (PASSOS, 2009). Essa contribuição, ressaltado, é fundamental para a constituição de *La Borde* que influenciou diretamente as práticas do CAPS Itapeva em sua construção e, portanto, as práticas presentes nos demais CAPS até a atualidade em maior ou menor grau.

Mas antes de chegarmos a *La Borde*, é preciso entender que há desdobramentos que afastam a perspectiva de Tosquelles daquela de orientação diretamente psicanalítica de Oury.

“Para se ter uma idéia do afastamento produzido por uma versão psicanalítica mais recente da PI daquela primeira versão tosquelliana, a palavra ‘ressocialização’ causa hoje arrepios em muitos labordeanos, que vêem nela um projeto adaptacionista, que rejeitam terminantemente. Mas naquele momento germinal é uma palavra que talvez o próprio Tosquelles assinasse embaixo.” (PASSOS, 2012, p.28)

Quanto a isso, devemos ter em mente que o principal fundamento da experiência de *Saint Alban*, alicerce das noções da Psicoterapia Institucional, é a *atividade*. Tosquelles, inspirado por Herman Simon, parte da concepção de que o processo de cura deveria necessariamente incluir a atividade do paciente, a cura seria alcançada por meio disso – Simon foi um dos primeiros psiquiatras a se posicionar contrariamente à *clinoterapia* (GOLDBERG,

1994). Tal concepção possui raízes bastante complexas, mas o que nos interessa no momento é o direcionamento que ela implica, no qual a cura fica profundamente associada a uma ressocialização, mas não se reduz a ela. Para isso devemos observar que a experiência de *Saint-Alban*, levando-se em consideração as palavras do próprio Tosquelles<sup>7</sup>, se ligava a um vasto contexto de lutas políticas e sociais anteriores. Isso, nos aponta Passos (2012), dificulta sua redução a uma “mera proposta terapêutica de pura extração clínico-psiquiátrica ou psicanalítica.” (PASSOS, 2012, p.24)

Passos (2012) destaca 4 aspectos fundamentais da empreitada de Tosquelles de um modo que nos permite ver como aquela experiência não pode ser bem compreendida fora de seu contexto específico. Além disso, esses pontos permitem vislumbrar a razão de Tosquelles ter renegado a nomenclatura de Psicoterapia Institucional, afinal quando a nomeiam Daumezon e Koechlin, a tentativa era de elevar o que acontecia em *Saint Alban* ao plano de uma espécie de projeto geral aplicável a outros contextos. Ora, Tosquelles não almejava essa elevação na medida em que pensava sua experiência como local e contingente. Muito embora não tenha se encerrado em sua experiência local – tendo participado ativamente das discussões e congressos à época e procurado se engajar numa luta maior, como sempre – não há indícios de que Tosquelles tenha proposto a replicação do que realizava em *Saint Alban*.

A partir do que conta Tosquelles, Passos depreende:

“1. Que as atividades de trabalho em que se envolviam os pacientes não eram atividades pseudoprodutivas, ergoterapêuticas ou orientadas por relações e rotinas meramente internas, institucionais; eram, ao contrário, em geral, vinculadas a uma possibilidade de rendimento real, de utilidade e intercâmbio com o meio social mais próximo, isto é, com fábricas, empresas e atividades agrícolas da pequenina cidade rural. Isto propiciava uma troca real entre pacientes e habitantes, numa multiplicação dos percursos e espaços de convivência, dentro do espírito de ‘levar’ as pessoas a freqüentarem o asilo. 2. Que Tosquelles se inspirava, para propor as atividades, numa longa tradição de cooperativas de operadores catalães com quem havia trabalhado no hospital psiquiátrico da cidade de Reus. Estas cooperativas, por sua vez, tinham um lastro histórico no secular movimento social e sindical espanhol que acabou provocando a guerra civil. 3. Que a terapêutica ativa que Tosquelles propunha trazia em seu bojo o questionamento da idéia pragmática, amplamente desenvolvida na Inglaterra mais tarde, de comunidade terapêutica, que deixa intocadas as dimensões propriamente institucionais, de poder e de saber constituídos, por uma mera repartição

---

<sup>7</sup> A que temos acesso por meio do registro de três dias de conversa feito por um grupo de franceses e triestinos recebidos na casa de Tosquelles em 1987, publicado por Gallio, G. & Constantino, M. (1993).

de funções e tarefas. 4. Finalmente, aí em grande integração com a realidade local, que tentavam implantar cooperativas num povoado camponês com forte tradição de autonomia e de resistência ao centralismo do Estado francês, que fazia de sua presença em Lozère, como diz Tosquelles, “o estado menos francês de toda a França”, onde os prefeitos tinham de ser constantemente substituídos por conta de conflitos locais.” (PASSOS, 2012, p.25)

Passos (2009) sustenta uma leitura segundo a qual o projeto de Tosquelles apontava mais para uma socialização do asilo do que do doente. Havia uma intenção de fazer do asilo um espaço seguro para um primeiro encontro terapêutico que possibilitasse então novos encontros. Em suma, o asilo deveria ser um lugar de criação de zonas de liberdade. Tosquelles, nunca abriu mão da ideia de que jamais se alcançaria plenamente o ponto em que uma sociedade acolheria a loucura em seu bojo, devendo ser garantido um espaço de ‘proteção do exterior’. Se a ideia de ‘exterior’ aqui parece uma contradição com a “subversão da discriminação entre o dentro e o fora” que aponta Moura (2003), é preciso que se entenda que para Tosquelles isso não se refere tanto ao espaço geográfico quanto ao que poderíamos entender como espaço discursivo. Tosquelles chega a dizer que “a fobia da loucura é uma condição natural do gênero humano. Os grupos humanos são feitos para excluir de seu meio a loucura e é por isso que essa estória de ação terapêutica na comunidade é uma utopia que precisa ser acompanhada com cuidado.” (GALLIO & CONSTANTINO, 1993, p.95).

Aponto com isso que Tosquelles parece ter sustentado uma posição prática a partir de, talvez, uma intuição daquilo que foi proposto e formalizado por Lacan como discurso. Ora, se entendermos na fala de Tosquelles ‘loucura’ como ‘psicose’ e ‘grupos humanos’ como ‘laço social’, talvez seja possível ver que só não foi dado o passo fundamental: entender que se trata de um tipo de ‘grupo humano’ dentre outros possíveis. Tomar a ‘fobia da loucura’ como condição do ‘gênero humano’ e propor, daí, que os grupos são feitos para excluir a loucura é de certa forma intuir o laço social neurótico pelo *discurso do mestre*. Mas se não ter dado o passo fundamental impediu Tosquelles de formalizar teoricamente um dispositivo clínico que levasse em consideração giros discursivos, penso que isso não o impediu de tê-lo feito em ato. Mas, com o perdão do avanço de uma discussão que só será feita efetivamente no próximo capítulo, retorno aos aspectos da história que nos levam até a experiência de Oury em *La Borde*.

A Psicoterapia Institucional poderia ser entendida, então, como uma terapêutica da *atividade* e isso é sustentado pela ideia de que há sempre uma parcela organizada na personalidade do paciente e que essa organização se faz (e se verifica) a partir de como este

atua em relação aos outros – note-se aí o ponto de interesse de Tosquelles na tese de 1932 de Lacan. Tal ideia, no entanto, por mais progressista que seja com relação a outras modalidades terapêuticas em psiquiatria, deve ser tomada com cautela. Isso porque à medida que afirma uma parte organizada da personalidade, da subjetividade em suma, a toma como a parte saudável, legitimando portanto que a patologia mental é constituída por certa desorganização, apontando finalmente para uma distinção entre normal e patológico ainda muito impregnada das concepções médicas mais clássicas.

De qualquer modo, localizo na noção de *atividade* o pivô por meio do qual se diferenciarão as perspectivas da Psiquiatria Democrática italiana e o desenvolvimento da Psicoterapia Institucional realizado por Oury. Isso porque, se com Tosquelles tínhamos condições de uma prática terapêutica que mantinha certa tensão dialética entre posição subjetiva e trabalho<sup>8</sup>, com Basaglia (como veremos) caminha-se para uma leitura da *atividade* que rechaça a posição subjetiva e prioriza a socialização pelo trabalho (enquanto inserção no circuito produtivo). Com Oury, no entanto, veremos importantes desenvolvimentos a partir do ensino de Lacan que o levarão a olhar mais para a *alienação* a partir da posição do sujeito na transferência, mas sem deixar de lado em certa medida o caráter material do trabalho no que tange ao laço social – ainda que isso não o livre de certa prevalência dos aspectos subjetivos sobre a materialidade das relações sociais.

Jean Oury esteve em Saint Alban após 1947 como psiquiatra interno, como nos conta Passos (2012). Presente, portanto, no processo que vai daquela experiência até a própria consolidação da Psicoterapia Institucional e as tensões produzidas no surgimento e formalização da psiquiatria de *setor* como movimento. De maneira que é preciso localizar melhor a posição de Oury em um movimento multifacetado, de onde se separam sinteticamente: uma primeira perspectiva de Psicoterapia Institucional extraída da experiência de Tosquelles e que vinha de uma filiação fenomenológica-marxista – ainda que influenciada pela psicanálise; outra perspectiva, derivada desta primeira, que se estrutura como movimento pela psiquiatria de *setor* almejando a aplicação de alguns princípios da Psicoterapia Institucional a uma política centralista e planificadora; e uma terceira, com menor possibilidade de delimitação, uma vez que reúne diferentes movimentos dentre os quais está a versão psicanalítica da Psicoterapia Institucional de Oury. Estes últimos, embora tragam distinções fundamentais entre si, os reúno

---

<sup>8</sup> Chama minha atenção, em especial, o modo como Tosquelles realiza a valorização da *vagabundagem* positivando-a como atividade. Isso é o que faz com que desenvolva o espaço do Clube, que penso ser o ponto mais sensível de sustentação dessa tensão dialética que aponto. Como não me debruçarei sobre a análise desse aspecto, convido à leitura de *François Tosquelles – A escola de liberdade* GALLIO, G. & CONSTANTINO, M. (1993)

numa mesma perspectiva – conforme depreendo da leitura histórica de Passos (2012) – por constituírem diferentes formas de dissidência com a psiquiatria de *setor* num movimento de resgate e desenvolvimento da primeira experiência em *Saint Alban*.

Nessa última perspectiva temos que considerar, por exemplo, as influências de Guattari, especialmente após sua parceria intelectual com Deleuze, uma vez que:

“A revisão crítica da psicanálise que estes autores propõem em livros marcantes como o *Antiédipo*, terá reflexos de grande sofisticação teórico-política nos dispositivos institucionais da PI, com a introdução de noções como esquizoanálise, transversalidade, analisadores institucionais, grupo-sujeito e grupo-sujeitado.” (PASSOS, 2012, p.29)

Vemos na perspectiva da Psicoterapia Institucional assumida por Jean Oury para a criação de *La Borde* a influência da obra de Lacan – agora sim um Lacan do retorno à Freud. Mas igualmente das proposições e desenvolvimentos não apenas de Guattari mas de toda a discussão institucionalista efervescente na França daquele período. A *Clinique de La Borde* surgiu em 1953, fundada por Jean Oury, com o projeto de uma instituição regida sob a perspectiva da Psicoterapia Institucional (GOLDBERG, 1994). Mas aí devemos entender que tal perspectiva implicava que

“Para que um processo de PI seja desencadeado é preciso uma “densidade de grupo”, diz Oury, citando Robert Pagès; é preciso um grupo mínimo de militância, uma massa crítica dentro da população institucional. A PI não é um instrumento terapêutico que se aplique aqui ou acolá por uma decisão administrativa ou médica; é um movimento de autocrítica extremamente difícil de se fazer, dada a alienação social a que estamos submetidos e à qual as instituições, em geral, resistem a se confrontarem.” (PASSOS, 2012, p.30)

Portanto trata-se de uma recusa em transformar a Psicoterapia Institucional num movimento de reivindicação de mudanças políticas na organização do Estado. Oury entendia, do mesmo modo que Tosquelles, que as propostas de transformação da instituição que sustentavam só tinham sentido caso se mantivessem num espaço aberto à inovação e experimentação que dependiam de suas possibilidades locais de autodeterminação. Desse modo a própria lógica interna do que propunham impedia que isso fosse aplicado como uma política ampla que corresse o risco de sobredeterminar experiências locais. A Psicoterapia Institucional, enquanto processo, não pode ser imposta a qualquer estabelecimento. Mas há desenvolvimentos

fundamentais que marcam diferenças entre o que propunha Tosquelles e o modo que Oury compreendia o funcionamento interno do espaço asilar no que tange à alienação:

“As atividades-meio não são separáveis das atividades propriamente terapêuticas, pois acredita-se que é a vida comunitária por si mesma que deve, em primeiro lugar, promover a ‘cura’ ou o tratamento do sofrimento psíquico grave. Segundo uma definição de Jean Oury, a principal característica das psicoses, e fonte de intenso sofrimento, são o isolamento mental e a alienação do mundo. Esta, no entanto, não se confunde com a alienação social, da qual nenhum de nós escapa, e que é, igualmente, analisada na vida comunitária. Por essa razão teórico-clínica, todas as atividades devem ser de responsabilidade de todos, de modo a restaurar a comunicação e a troca interrompidas na vivência psicótica. A noção de troca é fundamental na teorização lacaniana de Oury. Trocam-se bens, afetos, palavras.” (PASSOS, 2009, p.199)

O que se designa por “atividades-meio” são aquelas de ordem mais prática como a organização e limpeza do espaço e os diversos afazeres que isso implica. Embora, como marca a autora, em *La Borde* essas atividades são indissociáveis das atividades “propriamente terapêuticas” – como grupos terapêuticos, ou mesmo sessões de psicoterapia, enfim, atividades clinicamente mais estritas – temos que considerar uma questão: se são indissociáveis, por que trazê-las numa enunciação que as dissocia?

Essa ideia de indissociabilidade entre os dois tipos (insisto que se note o paradoxo) de atividade é proposta por Oury segundo o entendimento de que é a própria convivência comunitária que promoveria o tratamento do sofrimento psíquico. Isso se deve à compreensão etiológica que se esboça: a de que o sofrimento psicótico se deve a seu “isolamento mental e a alienação do mundo”. Aqui vemos Oury debruçado sobre uma preocupação que foi também de Basaglia como veremos a seguir, qual seja: a do aspecto etiológico da psicose e seu consequente isolamento em relação ao regime de significações compartilhadas numa comunidade. Faço questão de apontar isso aqui para que o leitor mantenha atenção para o fato de que é preciso cautela para ver que não se trata de uma simples oposição simétrica entre Oury e Basaglia (entre Psicoterapia Institucional e Psiquiatria Democrática, entre um dispositivo clínico e outro político). Oury, para manter uma articulação visando escapar da problemática de uma diferença entre dois tipos de atividade (prática ou subjetiva), a desloca para a noção de *alienação*.

Se a teorização de Oury segue na esteira de uma terapêutica da *atividade* por um lado, por outro podemos dizer que procura o caráter etiológico da doença mental nas concepções de *alienação*. Oury, quando funda *La Borde*, está às voltas com o ensino de Lacan e é de onde

procura subsídios para pensar essa noção (MOURA, 2003). Temos aí um conceito que abre margem para uma articulação entre a teoria psicanalítica e a marxiana – o que será formalizado apenas em desenvolvimentos tardios no ensino de Lacan, propriamente com a noção de *discurso* ao final da década de 60. Mas importa notar aqui que o modo pelo qual Oury entenderá a *alienação* fará com que sua proposta terapêutica, ainda que se inscreva sob a perspectiva da *atividade*, dê especial enfoque à noção de *coletividade*.

“O Coletivo seria, talvez, uma *máquina a tratar a alienação*, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica. É evidente que é preciso que haja em algum lugar – se quisermos verdadeiramente pôr em prática algo de eficaz no plano da psicoterapia das psicoses – uma máquina que possa tratar a alienação.” (OURY, [1984-85] 2009, p.39. Grifos do autor)

É pela noção de *Coletivo* que Oury fará uma complexa articulação entre o que é uma Psicoterapia Institucional e o que entende como as diferenças entre *instituição* e *estabelecimento*. Isso colocará em questão essa distinção feita entre duas formas de alienação: a *alienação social* e a *alienação psicótica* (algumas vezes chamada de *ôntica*).

Desse modo podemos notar que “O estabelecimento é o que é instaurado pelo Estado, é algo que “estabelece” um contrato com o Estado, e que é, portanto, delegado pelo Estado para organizar um certo trabalho.” (OURY, [1984-85] 2009, p.207). A partir disso é que Oury colocará que uma Psicoterapia Institucional deve pôr em questão primeiramente se é possível que o Estado possa delegar com eficácia um estabelecimento para tratar a doença mental. Ao que responde: “Parece-me que poderíamos precisar do que se trata, à condição de não esquecer que o estabelecimento é apanhado em um sistema de alienação social.” (OURY, [1984-85] 2009, p.208). E pouco adiante acrescenta:

“A função do estabelecimento é colocar em ato essa alienação social. Lembro-lhes que uma das bases da reflexão da psicoterapia institucional é o problema da que eu chamei de a dupla alienação. De um lado, há a alienação social – a de todo mundo – e de outro, a alienação psicótica. Vocês podem se referir a uma formalização lógica do conceito de alienação em um capítulo dos *Quatro Conceitos Fundamentais* de Lacan. A primeira démarche necessária para tratar alguém é analisar os diferentes parâmetros da alienação social, que torna difícil, senão impossível, o acesso à alienação psicótica.” (OURY, [1984-85] 2009, p.208)

A título de nota, *instituição* para Oury ([1984-85] 2009) seriam, resumidamente, os processos em andamento dentro do estabelecimento tomados como vetores de uma função

simbolizante que permite lutar contra o fechamento (de sentido). Conforme depreende Moura (2003), na concepção de Oury uma *instituição* deve ser entendida como qualquer estrutura elaborada coletivamente visando manter sua existência pelo asseguramento de um funcionamento de trocas sociais de qualquer natureza. A própria tentativa de exemplificar marca a complexidade almejada por Oury: uma assembleia é uma instituição? Uma psicoterapia o é? Talvez uma oficina? Quaisquer desses exemplos podem ser uma instituição desde que tenham sido propostos em consenso pelos atores que o integram e que assegurem o funcionamento de trocas sociais. Caso tenham sido propostos hierarquicamente, de maneira mandatória, configuram a alienação social posta em ato pelo estabelecimento. Por essa via é que Oury ([1984-85] 2009) concebe uma Psicoterapia Institucional como tentativa de instaurar a um só tempo (porque não há como fazer isso de outro modo) um tratamento de um indivíduo que implique o tratamento do estabelecimento.

Mas qual o sentido dessa distinção entre duas formas de alienação? Nas leituras da obra de Oury que fazem tanto Passos (2009) quanto Moura (2003), encontramos uma distinção dessas duas formas de alienação que as coloca referidas, de um lado, à teoria marxiana (quando se trata de alienação social) e, de outro, à lacaniana (quando se trata da alienação “ôntica”). Enquanto Passos (2009) traz isso de modo conotativo, explorando mais as consequências que as premissas dessa distinção, Moura (2003) se debruça mais diretamente sobre essa nuance teórica:

“Oury (1998b), para quem somos todos “profundamente e onticamente alienados”, distingue duas alienações, a alienação social e a alienação psicótica. Torrubia, seguindo Oury, aponta o fato desta dupla alienação, com duas lógicas diferentes, embora interdependentes: por um lado temos, a partir de Freud e Lacan, “a entrada do sujeito na ordem da linguagem e da problemática do desejo”, e por outro, a partir de Marx, “a entrada do sujeito na ordem social”. Podemos entender esta última como, em linhas gerais, um processo que separa, alheia o homem da natureza e do produto de suas atividades, transformando-o em objeto passivo dos processos sociais, ficando a sua criatividade e a sua potência cerceadas.” (MOURA, 2003, p.53)

De modo geral essa leitura produz um equívoco porquanto propõe que Oury trata essas duas formas em separado. A coisa figura como se Marx desse conta de uma alienação de tipo social, enquanto Lacan falasse da alienação constitutiva do sujeito em sua singularidade, processo que é tomado frequentemente por uma alienação de nível individual. Essa leitura, portanto, faz soar como se Oury recorresse a duas teorias em paralelo e não em articulação, mantendo com isso a clássica problemática da oposição entre indivíduo e sociedade que

sustenta tanto a ideologia burguesa quanto, em certa medida, o próprio alicerce lógico manicomial. Para poder avançar diante disso basta a colocação de uma pergunta: por que, em sua distinção, a forma que difere da alienação *social* é a *psicótica* e não *individual*? Quando Oury diz “De um lado, há a alienação social – a de todo mundo – e de outro, a alienação psicótica.” (OURY, [1984-85] 2009, p.208) em uma obra datada da metade da década de 1980 e onde traz inclusive o esquema de Lacan para o *discurso*, é preciso cuidado com essa separação entre Marx e Lacan. Ora, na passagem do seminário 16 ao 17 Lacan formaliza uma homologia entre mais-valia e mais-de-gozar pela via do laço social.

Em Oury, isso parece apontar para uma distinção não entre uma alienação como concebe Marx e outra, constitutiva da subjetividade, a partir da psicanálise, mas entre uma alienação que se dá no laço social e outra entendida justamente como um “se pôr fora” dele. Todo o segundo capítulo deste trabalho é dedicado a essa problemática, de modo que minha preocupação aqui é apenas apontar a necessidade de um cuidado nessa leitura: talvez até pudéssemos dizer que Tosquelles aparta teoricamente Marx e a psicanálise – embora sua prática não o faça – mas não devemos ler o que Oury traz de Marx sem Lacan. Tosquelles foi um militante marxista, Oury um psicanalista. Isso, claro, não faz com que sua proposta passe incólume às críticas de perspectivas antimanicomiais.

A crítica formulada por Passos (2009) não perde sua validade quando faz a análise da proposta de Oury em *La Borde*. Embora reconheça a proposição da Psicoterapia Institucional como processo de autocrítica para o tratamento das alienações como dimensão propriamente política, entende que essa proposta “se trai ou não se completa, na recusa de levar às últimas consequências uma análise da instituição que permita vislumbrar a possibilidade de seu desaparecimento ou total transfiguração.” (PASSOS, 2009, p.218). De fato cabe pensar: se Oury está propondo um tratamento das psicoses pela via da inclusão no laço social, qual seria a real necessidade de manter esse tratamento dentro de um espaço asilar? Mas basta que nos lembremos do que é entendido como asilo nas perspectivas da Psicoterapia Institucional. Nesse sentido Oury se coloca em continuidade com Tosquelles. Quando fala de sua distinção entre as formas de alienação, chega a mencionar a experiência italiana como exemplo de equívoco:

“Esse princípio de base marca uma diferença com certas correntes ideológicas que tendem a confundir alienação social e alienação psicótica. Por exemplo, recomendo-lhes fazer uma visita a Roma para ver em que pé está a psiquiatria italiana. Vocês verão que o fato de confundir alienação social e alienação psicótica alimenta as clínicas privadas, associações de pais, os suicídios, a vagabundagem, e mesmo o

desaparecimento físico dos que chamávamos de esquizofrênicos.” (OURY, [1984-85] 2009, p.208)

Trata-se aqui de uma crítica que se coloca no mesmo feixe daquelas levantadas pelos franceses nas discussões entre Psicoterapia Institucional e *setor* que trouxe anteriormente. Mas, ao invés de concluir apressadamente que a Psicoterapia Institucional não rompe com o alicerce lógico manicomial apenas por preservar o espaço físico do hospital psiquiátrico – e que a Psiquiatria Democrática o faz por eliminá-lo – precisaremos examinar melhor a experiência italiana. De todo modo, gostaria de apontar apenas que, mesmo que minha atuação na militância antimanicomial tenha produzido em mim o eterno desconforto com a existência do hospital psiquiátrico, é necessário admitir que talvez uma pessoa em tratamento em *La Borde* goze da condição de cidadão e de condições dignas de vida mais do que um trabalhador médio no Brasil (Cf. SANTOS, 2007) se levarmos em conta o cotidiano daquele lugar tal como descrito por Passos (2009) ou Goldberg (1994).

### **1.3 Algumas notas sobre a Psiquiatria Democrática italiana**

Para falar sobre a experiência italiana de reforma psiquiátrica antimanicomial, gostaria de começar demarcando algumas aproximações e diferenças com o processo francês. Nessa direção, penso que os aspectos jurídico-administrativos dessas duas experiências são capazes de orientar inicialmente a análise.

Temos no período do final do século XIX até quase a metade do XX, uma situação relativamente semelhante entre Itália e França com relação à assistência psiquiátrica. Ou seja, temos nesses dois países uma série de manicômios erguidos sob os moldes pinelianos e esquiroleanos. No entanto a Itália promoveu uma disseminação desse tipo de instituição pelo território nacional de modo aleatório e irregular, e isso se deve a uma dissociação entre as bases da organização institucional e das teorias terapêuticas aplicadas nelas (BARROS, 1994). Os italianos se inspiraram na França apenas no que tange à organização do aparato institucional em termos formais, desde a organização dos manicômios até aspectos legislativos. Conforme nos conta Passos (2009), a primeira lei nacional que dispunha sobre o regulamento a respeito, tanto dos manicômios, quanto da condição do alienado em termos civis – datada de 1904 – toma como modelo a lei francesa de 1838; e a primeira lei da reforma italiana de 1968 dispendo sobre a assistência psiquiátrica, toma como modelo a organização da psiquiatria de setor em ascensão no mesmo período na França.

Enquanto isso, o embasamento das concepções terapêuticas nos manicômios italianos era predominantemente kraepelineano, o que se explica por uma cena científico-cultural do país dominada pelo empirismo e tecnicismo, território fértil, portanto, para o positivismo organicista alemão – não deixando de lado as posteriores influências da ideologia fascista.

Naquele contexto:

“Torna-se famoso o médico e criminologista italiano Cesare Lombroso (1835-1909), com sua descrição do criminoso nato, portador de sinais morfológicos da hereditariedade indelével que o destinará ao crime. Será também um italiano, Ugo Cerletti, que, em 1939, em Roma, introduzirá o eletrochoque, em substituição ao choque convulsivo químico.” (PASSOS, 2009, p.125)

Há, então, um interesse pelas causas das doenças mentais do ponto de vista quase exclusivamente organicista, não fosse a tendência a relacioná-la à periculosidade – caminho pelo qual não se escapa de um posicionamento político, mais que teórico. Eis o cenário italiano em sua face manicomial mais severa, cenário este que dará origem a uma das experiências mais radicais de reforma psiquiátrica antimanicomial, não sem Franco Basaglia que é a figura mais importante desse processo.

Basaglia é quem dá início a um processo de questionamento da instituição psiquiátrica, ainda na década de 1960, à margem da reforma legislativa em curso naquela época e que não constituía uma real mudança no panorama nacional no que se refere à lógica manicomial. O próprio Basaglia (1982 apud PASSOS, 2009) comenta que a Lei Mariotti de 1968 apenas cria as possibilidades de transformação da internação obrigatória em voluntária a critério do psiquiatra, já que a indicação da criação de serviços territoriais disposta na lei aparece de modo secundário. O modelo do setor, então, consta apenas idealmente já que a territorialização nunca foi efetivada em âmbito nacional na Itália. Em resumo, para Basaglia, tratou-se de uma micro reforma que não fazia mais do que diminuir um pouco a rigidez disciplinar da psiquiatria e produzir um discurso que a delimitasse como serviço de tipo sanitário – o que não se dava na prática.

Em 1961 Franco Basaglia assume a direção do *Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia* onde dá início à instauração de uma *comunidade terapêutica*. Essa experiência reúne um grupo de jovens profissionais que viria a constituir o núcleo de um movimento militante que nomeou a si mesmo de Psiquiatria Democrática (BASAGLIA, 1995). A criação da Psiquiatria Democrática, porém, corresponde ao próprio processo de crítica do modelo de

*comunidade terapêutica*. Mas antes de iniciar a discussão do que propriamente significa em termos, digamos, teoricamente mais específicos a Psiquiatria Democrática enquanto crítica e tentativa de superação da *comunidade terapêutica*, é importante dizer algo sobre a potência e impacto político do que foi realizado por Basaglia.

Conforme indica Passos (2009), enquanto nos outros países como França e Inglaterra, por exemplo, as reformas seguiam por tentativas de reorganização, modernização e humanização dos serviços de assistência psiquiátrica – sempre articulados aos hospitais – a empreitada de Basaglia que começava em Gorizia rapidamente se converte num foco de polêmica capaz de abrir uma “rachadura política decisiva no interior da corporação, quebrando sua organicidade histórica e expondo a miserável realidade da psiquiatria pública praticada no país” (PASSOS, 2009, p.127) e que posteriormente se tornou um polo de influência em nível internacional. Isso faz do processo italiano mais conflituoso e complexo que o de outros países europeus por razões como a obsolescência da psiquiatria pública nacional, mas também pela dificuldade de estabelecimento de uma política pública nacional centralizada, dada a tradição histórica de pluralismo e relativa independência regional em relação tanto à cultura quanto à política. Mas, principalmente, por conta da radicalidade das propostas trazidas pela Psiquiatria Democrática.

Desse modo dividem-se as perspectivas: há os protagonistas de experiências como a de Gorizia, que caminha de uma crítica da comunidade terapêutica até a tentativa de superação completa do manicômio e sua conseqüente substituição por um conjunto de serviços alternativos; mas há também a parcela da classe psiquiátrica que não apenas permanece com suas concepções, mas chega a amplificar sua reafirmação do velho modelo asilar.

De qualquer forma:

“Uma característica importante do processo italiano, que certamente favoreceu o avanço da desinstitucionalização, é que o embate se dava no âmbito praticamente único da psiquiatria pública, entendida como ação e responsabilidade sanitárias do Estado. Muito ao contrário do Brasil, onde se criou uma verdadeira indústria privada da loucura, com financiamento pelo próprio Estado de inúmeros hospitais privados.” (PASSOS, 2009, p.127)

A perspectiva dos que, com Basaglia, colocavam em discussão a função e a posição dos técnicos e da instituição psiquiátrica como um todo levou a movimentações militantes que procuraram associarem-se às lutas operárias e estudantis de 68. Contudo o próprio Basaglia era

bastante reticente a qualquer proposição ou aceitação de propostas reformistas por parte dos movimentos. A perspectiva basagliana é de que as reformas ocorridas nos países industrializados nunca foram capazes de romper com o poder que garante à psiquiatria seu lugar enquanto instituição social e que tem como consequência a preservação das estruturas manicomiais. Essa radicalidade se traduz numa firmeza em relação às ações em Gorizia.

Já durante o avanço da experiência com a *comunidade terapêutica*, o debate levantado pelo conjunto dos técnicos, pacientes e familiares delimita três aspectos que figuram como bases fundamentais da Psiquiatria Democrática até a atualidade: a interdependência entre psiquiatria, direito e ordem pública; o recorte de classe das pessoas internadas em manicômios; e, finalmente, em decorrência disso a impossibilidade de admissão de uma ciência neutra (ROTELLI, et al. 1990). Tendo tais premissas como base fundamental, a experiência de Gorizia avança com a participação crescente e ativa da comunidade – portanto, não apenas técnicos, mas internos e familiares – que demanda do Estado a revisão jurídico-normativa visando a plena recuperação da condição de cidadania pelos internos da instituição. Isso se traduziu, entre outras coisas, em uma proposta da equipe profissional de fechamento definitivo do hospital de Gorizia e sua substituição por uma rede de centros de saúde mental no território urbano.

Com a recusa da proposta pelo poder público a equipe toda se demite, não sem antes dar alta a todos os internos da instituição e redige uma carta aberta à administração, o que gera forte impacto social com a ajuda da imprensa. É a partir daí que acontece a migração para Trieste.

Mas antes de apresentar algo sobre a experiência triestina, como disse anteriormente, procuro mostrar no que a perspectiva da Psiquiatria Democrática – que se consolida efetivamente com o a execução do projeto em Trieste – corresponde ao próprio processo de crítica do modelo de *comunidade terapêutica*, consolidando com isso uma diferença radical com a Psicoterapia Institucional francesa.

### 1.3.1 A crítica da *comunidade terapêutica* e a recusa da prática clínica

Ao procurar sustentar uma aproximação entre a experiência de Basglia e o ensino de Lacan, Viganò (2006) tece algumas considerações sobre a perspectiva basagliana que são particularmente didáticas com relação ao que faz Basaglia se opor à psicanálise e a sustentar uma posição que dá primazia ao aspecto social da loucura em detrimento da subjetividade. Comenta, então, que a posição de Basaglia possuía ao menos duas raízes: a denúncia da

privação de liberdade e desrespeito aos direitos humanos implicada no tratamento psiquiátrico que marginalizava o doente por meio da reclusão e segregação; e também uma crítica das concepções psicológicas implicadas na clínica a partir de certa abertura de uma psicologia marcada pela fenomenologia e existencialismo a teorias sociológicas anglo-saxônicas que subvertiam a psicologia em si.

Nesse segundo enraizamento se encontra o ponto em que a dimensão social era sentida como capaz de revolucionar a concepção de subjetividade veiculada pela psiquiatria. “Devemos notar que nesse movimento vem assimilado tudo o que era “psico”, e a psicanálise foi totalmente envolvida na contestação da psiquiatria, de cuja ideologia era considerada a expressão mais refinada.” (VIGANÒ, 2006, p.18). Para essa tomada em conjunto da psicanálise com relação à psiquiatria, Viganò aponta dois elementos principais:

“De uma parte, a política geral (isto é, da oficialidade IPA) da psicanálise apontava a conquistar para si um posto nas instituições universitárias e de tratamento, misturando-se com as disciplinas psiquiátricas e psicológicas. De outra parte – e de conseqüência – o alvo da contestação não pode ser, como logicamente deveria ser, a concessão psicológica inerente à psiquiatria, para o próprio fato de que essa ficava implícita. A psiquiatria, isto é, o receptáculo prático e institucional de todas as teorias psicológicas, compreendida a psicanálise – de Musatti a padre Gemelli.” (VIGANÒ, 2006, p.18)

Não me atentarei aqui para a possibilidade de conciliação entre uma psicanálise e perspectivas antimanicomiais uma vez que meu próximo capítulo será inteiramente dedicado a isso. Neste momento aponto apenas para o modo pelo qual Basaglia pensava a experiência psicótica – que Viganò contrasta com o de Lacan e será por essa via que pretenderá tencionar uma aliança possível entre as duas perspectivas no campo da ética.

Basaglia toma os estudos de Norman Cameron em *The paranoid Pseudocommunity* onde este propõe um entendimento da paranoia a partir de sua expressão comportamental. Esta é entendida, por sua vez, como manifestação de uma desordem na comunicação entre indivíduo e sociedade. O paranoico, portanto, seria qualquer indivíduo que apresentasse dificuldade na aprendizagem dos códigos sociais comuns e, portanto, diante de situações conflituosas, respondesse a partir de um lugar que assume em um conjunto de códigos próprios que entende como sendo comuns. Ou seja, cria para si uma pseudocomunidade à qual responde comportamentalmente sem se dar conta de que não se trata da “comunidade imaginada” pelos outros a sua volta (VIGANÒ, 2006). Com base nisso podemos ver que Basaglia não pensa a

experiência psicótica com base em sua especificidade subjetiva, mas por meio de suas implicações no contexto mais amplo do convívio social. Viganò (2006) aponta que esse é o motivo pelo qual a crítica histórica que Basaglia faz ao tecnicismo psicológico não será capaz de ultrapassar o nível de certa estratégia. Para compreendê-la é necessário considerar que sua leitura de Cameron o leva a colocar em questão a própria *comunidade* enquanto vínculo social, ou seja, ao invés de questionar a experiência psicótica em desajuste, questiona o meio que faz com que aquilo seja visto como desajustado. Isso faz com que Basaglia possa propor que a categoria *indivíduo* seja insuficiente para o estudo do fenômeno paranoico – o que se mostra como possibilidade de aproximá-lo, ao menos no que se refere ao campo psiquiátrico, de Lacan (VIGANÒ, 2006).

A estratégia de Basaglia implicava unir a luta pela liberação da loucura à esfera mais geral da luta pela liberação social das amarras da lógica capitalista. Tratava-se de pensar uma luta antimanicomial como estratégica em relação a outra luta mais ampla pela revolução social. Ou seja, ao entender a experiência da loucura como uma denúncia dos conflitos sociais, Basaglia parece tratar de maneira genérica a experiência da loucura como um sintoma neurótico (VIGANÒ, 2006), ou seja, uma mensagem que exige decifração, e esse movimento rumo ao esclarecimento do que está em jogo na experiência do louco poderia transmitir à sociedade o que se passa de errado com ela.

“Poder-se-ia resumir o projeto como Foucault + “otimismo da prática”: liberamos o silêncio do corpo como inexprimível e irracional e trazê-mo-lo na sociedade. E será a sociedade a transformar-se, a acolher o irracional como componente “normal” da vida social.” (VIGANÒ, 2006, p.23)

A obra de Basaglia, por isso, evidencia uma fratura: por um lado um psiquiatra de grande sensibilidade, muito atento ao sofrimento particular do doente, por outro um teórico que se utilizou do discurso filosófico sem realizar a torção interna à linguagem no ato de fala que permitira realocar a loucura no íntimo da experiência humana como um todo – o que Lacan realiza, ponto que discuto melhor no próximo capítulo. Isso faz com que a resposta de Basaglia à pergunta “o que é a loucura?” sempre oscile entre dois níveis: ou a loucura é o efeito de mudança que a miséria, a delinquência e a indignância submetem à linguagem racional da doença (BASAGLIA, 1981 apud VIGANÒ, 2006); ou responde que não sabe, que pode ser tudo, nada, ou algo da condição humana – como que para mantê-la no âmbito de um enigma. De modo geral Basaglia aponta para a expressão contingente do sofrimento como via de oposição ao imperativo de universalização de certo discurso científico, mas isso “[...] não vem formalizado

como o real da clínica e fica, assim, confiado a uma ética que tende simplesmente a negá-lo ou talvez a sublimá-lo.” (VIGANÒ, 2006, p.24). Por essa via é que seu trabalho começará procurando pelo que há de problemático em uma instituição asilar em particular (em Gorizia), visando restabelecer a experiência subjetiva do paciente, mas isso culminará em uma passagem para a crítica da ideologia burguesa e da lógica capitalista como um todo. Passando a uma ação que visa a mudança social pela prática política em detrimento da prática clínica como se fossem inconciliáveis (o que vemos especialmente no caso de Trieste). Feita essa súmula com a partir da contribuição de Viganò, retomo a seguir alguns desses pontos de modo mais específico.

Basaglia (et al. [1968] 1994) apresenta um relatório sobre sua experiência no *Hospital Psiquiátrico de Gorizia*, no qual coloca suas críticas ao modelo da *comunidade terapêutica*. Os argumentos apresentados por ele colocam em questão a própria possibilidade de sustentar a *comunidade terapêutica* como um anti-modelo do manicômio.

O que ocorreu em Gorizia, na ocasião da experiência descrita por Basaglia (et al. [1968] 1994), foi a tentativa de estabelecimento de uma organização institucional que questionasse a posição assumida pelos atores dentro do espaço manicomial. Isso significa que, sob o aspecto puramente formal, aquela instituição se assemelhava ao funcionamento de *La Borde*.

Então, na definição de seu projeto para uma reinvenção da prática psiquiátrica, Basaglia deixa clara a perspectiva que procurava sustentar desde a experiência de Gorizia. Ele descreve sua posição da seguinte forma:

“Uma psiquiatria, portanto, que não quer somente negar-se enquanto não-ciência, mas quer afirmar-se como anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante) através da passagem necessária de uma posição simplesmente contra-transferencial para uma dialética. Somente na crise e na crítica interna permanente será, talvez, possível encontrar a garantia ao seu não colocar-se como ciência resolutiva.” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.12)

Neste trecho é bastante impreciso a que Basaglia se refere quanto ao que chama de posição contra-transferencial como oposta a uma posição dialética (o que não retoma em momento algum), mas, apesar disso, nota-se uma forte influência marxiana no que tange à divisão de classes, bem como no que tange à dialética como meio para a crítica interna capaz de promover crises no sistema coercitivo da psiquiatria. Ainda assim, permanece a posição de Basaglia como psiquiatra, fato que demonstra não se tratar de um projeto para uma anti-

psiquiatria, mas para uma revolução do paradigma psiquiátrico. E, em seguida, faz-se necessário definir melhor o que constitui uma *comunidade terapêutica*.

Basaglia remonta a origem dessa noção a 1946, sob a designação que T. H. Main propõe aos trabalhos do chamado “grupo de Northfield” – que reúne Bion, Rickman e Foulkes. Main “descreveu o hospital de Northfield sob o título: “Uma Comunidade Terapêutica”” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.12). As experiências que deram origem a essa noção possuem um contexto muito próximo do de *Saint-Alban* no que se refere ao momento histórico e às problemáticas enfrentadas. Isso aponta para o surgimento tanto da Psicoterapia Institucional quanto da *comunidade terapêutica* num mesmo conjunto de condições de possibilidade: o contexto da Segunda Guerra, os problemas sociais e o desenvolvimento da psiquiatria em solo europeu. As raízes dessas duas noções (Psicoterapia Institucional e *comunidade terapêutica*), tanto quanto o funcionamento dos dispositivos que geraram, mostram a profunda ligação entre elas.

Como trouxe anteriormente neste capítulo, a gênese dessas mudanças no panorama psiquiátrico tem como pano de fundo a Segunda Guerra. Mais precisamente, duas consequências geradas por ela: a escassez de recursos e a apresentação de um cenário que tornava urgente a reflexão sobre as formas de organização social e política como um todo na direção de um resgate de perspectivas humanitárias.

Tal conjunto de condições fizeram com que fossem necessárias saídas criativas que levaram à formalização tanto da Psicoterapia Institucional como perspectiva teórica que embasasse a prática psiquiátrica nos hospitais, quanto do modelo organizacional tomado por *comunidade terapêutica*. Quanto à noção de *atividade*, que apontei anteriormente como sendo o conceito chave para a terapêutica aplicada no contexto das experiências tanto de *Saint-Alban* quanto de *La Borde*, notamos que aparece de maneira periférica no que tange à *comunidade terapêutica*. Como o próprio nome designa, o que terá mais peso ali é justamente a noção de *comunidade*, chegando a ser designada propriamente por uma comunidade na qual se realiza um esforço para a utilização das contribuições de todos os integrantes da instituição (pacientes e profissionais) no plano terapêutico.

“A CT<sup>9</sup> verdadeira baseia-se em alguns princípios que foram definidos como revolucionários e que são, no fundo, eversivos do tipo de relação tradicional médico-paciente. Porquanto não possa ser reduzida a esquemas rígidos, a mesma encontra a

---

<sup>9</sup> Sigla utilizada por Basaglia para designar *comunidade terapêutica*.

sua primeira essência na declarada exploração, aos fins terapêuticos de todos os recursos da instituição, concebida esta última como um conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar.” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.13)

É notável a proximidade da definição de ambas as modalidades. A *comunidade terapêutica*, embora se preocupe mais diretamente com a questão comunitária, parece se definir nos mesmos termos propostos para a execução de uma Psicoterapia Institucional – que, inclusive, designa por *Coletivo* um de seus arranjos mais importantes. Ainda assim, é importante manter a atenção nessa diferença que se dá pela valorização da *atividade* ou da *comunidade*. Parto do entendimento, no entanto, de que a valorização de práticas comunitárias é um modo pragmático de direcionamento das ações institucionais no sentido de manter todos em atividade, ao mesmo tempo em que se considera a interação de todos (médico ou paciente) como partes integrantes de um organismo (social) maior.

A própria ideia de organismo, no entanto, é o sustentáculo o de uma perspectiva médica moderna que propõe a diferenciação entre normal e patológico tentando equivaler a saúde à norma – que, especialmente no caso do campo da saúde mental, é uma norma sempre mais social que fisiológica. Isso permanece na *comunidade terapêutica* e é justamente um dos pontos que fará Basaglia procurar por outra via.

Indo mais fundo na definição do que orienta uma *comunidade terapêutica*, chegamos, com Basaglia, a quatro características comuns:

“1) liberdade de comunicação; 2) análise de tudo aquilo que acontece na comunidade em termos de dinâmica individual e, especialmente, interpessoal; 3) tendência à destruição da tradicional relação de autoridade; 4) possibilidade de gozar de ocasiões de reaprendizagem social; 5) presença de uma reunião (normalmente diária) de toda a Comunidade.” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.13)

E é sobre o quarto desses pressupostos que Basaglia empreenderá sua crítica de maneira mais direta. O que faz com que ele procure por novas formas de organização da atenção psiquiátrica para além dessa perspectiva é a ambiguidade gerada pelo quarto pressuposto. Nele está contida a ideia de que a patologia mental está diretamente relacionada a um processo que chama de *deculturação* daquilo que se espera da personalidade adulta madura (BASAGLIA, et al. [1968] 1994). O que está em questão na terapêutica aplicada pela via comunitária – em acordo com os demais pressupostos, inclusive – é a possibilidade de atenuação dos atritos gerados pelo encontro do indivíduo que sofre de um transtorno mental com os outros, por meio

da tolerância ao delírio, interpretação das ações ao invés de simples repressão, entre outras coisas. A patologia mental, então, é concebida como uma incapacidade de organizar-se frente ao outro de modo a interagir socialmente em condições ditas normais. Com isso vemos Basaglia ainda em acordo com o que trouxe anteriormente sobre a concepção de Cameron a respeito da paranoia. Gostaria de destacar aqui que mais uma vez temos a ideia de desorganização como uma espécie de critério diagnóstico tal qual nas primeiras experiências de Tosquelles. Adiante, porém, fica claro o modo pelo qual Basaglia realiza a mudança de foco a partir da proposição de Cameron e como isso produzirá uma ruptura com relação à perspectiva da Psicoterapia Institucional.

Se a experiência de Basaglia em Gorizia se assemelha aquelas da Psicoterapia Institucional francesa, é por meio da compreensão etiológica da patologia mental que haverá uma diferenciação entre as práticas de Tosquelles em *Saint Alban*, ou Oury em *La Borde* e o que Basaglia produzirá mais tarde em Trieste.

Ao se defrontar com a ideia de *deculturação* e da possibilidade de tratamento na comunidade por meio da reaprendizagem social (*reaculturação*), Basaglia colocará em questão a própria cultura e em termos marcados pela teoria marxiana, especialmente no que tange à ideologia burguesa. O que se entende por tratamento na perspectiva da *comunidade terapêutica* é justamente a possibilidade de *reaculturação*, ou seja, em sua finalidade última, o tratamento visa a reinserção do doente na comunidade externa – entendida como contexto social normal. O que Basaglia diz acerca da *reaculturação* é “que em geral indica a aceitação da cultura do “senhor” por parte do “servidor” e pode, portanto, ser considerada uma espécie de processo de colonização” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.14). O que se segue é ainda mais esclarecedor sobre sua posição. Quando Basaglia fala sobre o uso do termo *aculturação*, diz:

“(…) é insistir na diferença entre uma cultura “são” e uma cultura “doente”, e parece aqui recolocar, em chave sociopsiquiátrica, a recuperação de um fundamental maniqueísmo *borguese* que encontra na *alienação* que separa o doente do são a justificação-renegação dos “poucos” fora do comércio social. Mas, após os estudos sobre a institucionalização, viu-se também como a exclusão do comércio social passa a ser causa, mais que efeito, de deculturação: a cultura subumana dos “lugodegenti”, renegados há anos nos manicômios, é, pois, a saída natural.” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.14)

Analisando essas afirmações encontramos alguns pontos importantes. De início, vemos que a interpretação que Basaglia faz do processo de *deculturação* muda o foco daquilo que está

proposto em *The paranoid Pseudocommunity* na medida em que mostra o quanto esse conceito demarca uma divisão social tendo por base a cultura, mas com isso apontando o problema na própria cultura e não no doente. No entanto, segue fazendo uma virada lógica por meio da qual a exclusão social passa a ser causa mais que efeito da loucura. Aqui, concordo com Kyrillos Neto (2004) quando aponta que parece haver um equívoco de Basaglia: na tentativa de promover uma subversão da lógica excludente da psiquiatria, ele acaba invertendo os termos mantendo, ao mesmo tempo, o maniqueísmo que critica e, com isso, a conservação do *status quo* sobre o qual o ataque deveria incidir. Qual seja: o das trocas comerciais como reguladoras das interações sociais de um sistema capitalista que subsume o humano ao seu valor de troca. Isso tem como consequência maior a negação da patologia mental enquanto experiência subjetiva e, conseqüentemente, o reconhecimento de perspectivas clínicas que se apoiem na subjetividade como partícipes – se não fundamentos – da farsa ideológica burguesa.

Que fique claro, com isso não pretendo negar a contribuição de Basaglia ao campo das reformas psiquiátricas comprometidas com uma luta antimanicomial. Os efeitos nefastos da institucionalização dos pacientes psiquiátricos e a iatrogenia do manicômio ficam, talvez, mais evidentes na obra de Basaglia que em qualquer outra e, a partir dela, haverá grande atenção a esse aspecto que não mais poderá ser ignorado. No entanto, me parece que esse aspecto ganha um estatuto de certa forma paradigmático que acaba por ofuscar a própria experiência subjetiva do que se convencionou como patologia mental. O que vai se construindo é um modo de intervenção política que considera a loucura apenas como efeito de exclusão social, somado aos agravos promovidos pela internação/tratamento psiquiátrico. Nesse percurso, Basaglia (et al. [1968] 1994) procura diferenciar a *comunidade terapêutica* da Psicoterapia Institucional no plano teórico e parece ter ciência de que a única coisa que separa as duas é a noção de tratamento. Chega mesmo a afirmar que as práticas e a realidade institucional de ambas são profundamente parecidas, mas que a Psicoterapia Institucional ao se dirigir por uma fundamentação psiquiátrica – assim a chama Basaglia, o que seria melhor especificado substituindo “psiquiátrica” por “clínica” – tem como objetivo a cura do paciente, o que, segundo ele, afasta a ação do contexto político-social já que “curar” pela via psiquiátrica equivale a *reaculturar* (BASAGLIA, et al. [1968] 1994).

Mais uma vez, porém, entra em certa contradição quando afirma:

“Todavia, parece-nos impossível – uma vez em contato com o doente mental que se apresenta nas nossas instituições – abstrair-nos da realidade social na qual vive o mesmo, das incrustações sociais **que se sobrepuseram à doença**, dos estereótipos

culturais que com ela foram conaturados, de tudo que a doença é socialmente. Isto nos impede, talvez, de dedicar-nos à **doença real**, mas segundo nossa visão, somos materialmente impossibilitados de fazê-lo porque não se conseguiu ainda encontra-la além dos extratos de incrustações que continuamos a raspar e que nos transfere da violência de nossa instituição à violência de todas as outras instituições de nossa sociedade.” (BASAGLIA, et al. [1968] 1994, p.22. grifos nossos.)

O que se mostra aqui é a ambiguidade em relação à definição de loucura que apontei com Viganò (2006) anteriormente. Na medida em que afirma a existência de uma “doença real”, parece admitir a existência de uma patologia que não seria o simples efeito de determinadas operações ideológicas de exclusão social. Mas vacila diante de um ponto cego: quando aponta a impossibilidade material de se dedicar à doença real, entendo que esteja falando exatamente do que Viganò chamou de uma linha de fratura na concepção basagliana que configura um ponto de fragilidade em seu ensinamento – fratura essa que pode ser suturada com os instrumentos da psicanálise lacaniana, em particular a noção de discurso.

“A falta daquela sutura ou, para melhor dizer, de uma operação de torção interna da linguagem que o ato de falar da loucura, sem “acercar” o louco, leva Basaglia a confiar só na prática. “A necessidade de uma nova ‘ciência’ e de uma nova ‘teoria’ se insere naquilo que impropriamente vem definido como ‘vazio’ ideológico e que, na realidade, é o momento feliz no qual se poderia começar a afrontar os problemas de modo diferente”.<sup>10</sup> É exatamente essa operação que Lacan pôde completar a partir do inconsciente Freudiano: no discurso do analista esse vazio é colocado na função, sem preenchê-la, como base estrutural que cava no Outro do saber um objeto causa de desejo. O desejo do analista vem do princípio de uma prática que, ao mesmo tempo, renova a teoria do sujeito e da loucura. Isso nos leva a encontrar um ponto de aplicação na frase: “Eu creio que a história do homem seja um pouco a batalha entre o seu ser e o seu corpo: o homem, encarcerado no seu corpo, busca na substância viver em uma relação dialética entre o seu ser e o seu invólucro.”<sup>11</sup> É a dialética que preside a subjetivação e que Lacan, no Seminário XI, formaliza como alienação - separação -, centrando-a sobre a perda do gozo, introduzida pela alienação e sobre seu reconhecimento como mais-gozar (objeto *a*) na separação.” (VIGANÒ, 2006, p.23)

Deixando a discussão que traz a psicanálise para o capítulo seguinte, resta ainda explorar algumas consequências disso na experiência de Trieste.

---

<sup>10</sup> Aqui Viganò faz uma citação referenciada como F. Basaglia, Scritti, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1981, vol II, p. 430

<sup>11</sup> Aqui outra citação referenciada como F. Basaglia, Il giardino dei gelsi, cit., p. 224.

### 1.3.2 - A experiência de Trieste reencontrando a clínica

Portanto, chegamos ao momento de percorrer alguns pontos da experiência de Trieste. “A característica mais marcante do projeto de atenção à saúde mental na rede pública de Trieste (norte da Itália) é a ausência do hospital psiquiátrico na função de retaguarda.” (GOLDBERG, 1994, p.78)

Em Trieste tudo se processou em torno do fechamento do *Hospital Psiquiátrico San Giovanni* – que ocorreu definitivamente apenas no final da década de 1970 (GOLDBERG, 1994). Basaglia assume a direção do hospital a convite do prefeito da cidade em 1971 após uma breve passagem por Parma (onde suas propostas não tiveram êxito). No ano seguinte, em 1972, Basaglia e outros que estiveram com ele em Gorizia e que constituem o movimento da Psiquiatria Democrática, passa a editar a revista *Fogli de Informazione*, que será o depositário dos fundamentos teóricos da luta antiinstitucionalista do movimento (PASSOS, 2009). Eles são resumidos por Louzon & Stylianidis (s.d. apud PASSOS, 2009) da seguinte forma:

“recusa da ciência neutra e análise da significação da psiquiatria e das ciências humanas em relação a seus suportes institucionais; recusa da psiquiatria como ideologia e prática da burguesia, o que consuma notadamente a ruptura teórica com o movimento da psicoterapia institucional na França e uma hostilidade ao desenvolvimento da psicanálise na Itália; recusa de que a experiência antiinstitucional seja reduzida a uma simples humanização do hospital psiquiátrico, mas, ao contrário, afirmação de que se trata de uma prática para sua colocação em crise enquanto ‘situação a destruir’” (LOUZON & STYLIANIDIS, s.d., p.52 apud PASSOS, 2009, p.130)

O movimento autointitulado Psiquiatria Democrática, edificado sobre esses pressupostos, se formaliza em documento de fundação apenas em 1973 (PASSOS, 2009) e de maneira indissociável com o percurso que vai da *comunidade terapêutica* em Gorizia até a experiência radical de Trieste. O movimento é formado por um grupo que, ao lado de Basaglia, havia participado da experiência de Gorizia e, ainda que não estejam todos presentes junto de Basaglia em Trieste, estejam o que está em curso ali como efetivação do que se tentou – sem sucesso – ao final daquela primeira experiência. É nisso que me apoio para afirmar que a Psiquiatria Democrática é o próprio processo de crítica do modelo de *comunidade terapêutica*.

Esse período foi marcado pela intervenção realizada dentro do hospital ainda em funcionamento. Equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, ficaram responsáveis pelo início do processo de ressocialização

dos internos, organizando atividades com os familiares, com a comunidade, saídas pontuais dos internos acompanhados de profissionais das equipes, tudo isso visando um preparo para que esses pacientes pudessem retornar ao convívio social (GOLDBERG, 1994). Esse trabalho no interior do hospital foi mostrando resultados que deram força ao movimento e angariaram conquistas concretas a partir da aprovação de medidas pela administração provincial de Trieste.

“Em janeiro de 1972 ocorre a aprovação do regulamento para instituição de ‘pensões’ para os anciões hospitalizados em psiquiatria da província, No mesmo ano, nasce a primeira Cooperativa dos Trabalhadores Unidos (CLU), iniciativa pioneira, anterior a qualquer legislação sobre cooperativas sociais, que atualmente se multiplicam pelo país como forma de terceirização do setor público que a Itália vinha implementando, na última década do século XX, avidamente. Essa primeira cooperativa, ainda sem forma jurídica, era constituída por internos (com contrato sindical regular de trabalho) e trabalhadores da assistência, com a finalidade de prestar serviços de limpeza, cozinha e jardinagem ao hospital. Foi uma maneira concreta de acabar com a exploração da força de trabalho não remunerada dos internos, na realização de pequenos trabalhos, e também de eliminar a ergoterapia, considerada uma farsa pseudoterapêutica, humilhante para o paciente.” (PASSOS, 2009, p.131)

Podemos ver aí uma das consequências do que aponteí como equívoco na perspectiva basagliana – com Kyrillos Neto (2004) e Viganò (2006) – na medida em que se entende que a regulamentação do regime de trabalho e, conseqüentemente, o pagamento pelo trabalho realizado correspondem a uma “maneira concreta de acabar com a exploração da força de trabalho” – quando concretamente são justamente sua formalização institucional. Dito de outro modo, uma denegação, bem descrita por Kyrillos Neto (2004), por meio da qual o sistema capitalista de organização do trabalho é posto na centralidade do trato com a loucura, o que se sustenta às custas da ignorância de suas contradições. Por sua vez, isso sustenta a ideia da *ergoterapia* como “farsa pseudoterapêutica” e, nesse ponto, é necessário entender que por *ergoterapia* busca-se identificar a proposta terapêutica da Psicoterapia Institucional pela via da *atividade* – que, por sua vez, constituía uma confrontação da *clinoterapia*. Isso corresponde, em certa medida, a colocar em oposição *trabalho* e *subjetividade*, o que não pode levar a outro resultado que não a proposição de ressocialização da loucura como direção do tratamento – sendo ressocialização, nesse caso, a reinserção do indivíduo no circuito produtivo a partir da concepção capitalista de trabalho.

É claro que constitui uma melhora nas condições de vida a substituição do trabalho escravo pelo assalariado, se considerado no nível da tática. Mas se isso permanecer como

direção política, as consequências subjetivas que esse tipo de ressocialização implicam em nosso contexto de laço social atravessado pelo capitalismo ficarão inquestionadas e esse movimento não poderá realizar mais do que a *reaculturação* que Basaglia visava superar. A ênfase na prática que Viganò (2006) aponta em Basaglia a partir da linha de fratura em sua obra – ou seja, a aquilo que produz oposição entre trabalho e subjetividade pela oposição entre política e clínica – fará com que o movimento da Psiquiatria Democrática admita concessões que limitam o alcance de sua luta. E se aponto isso, insisto, não é para invalidar a contribuição que esse movimento trouxe, mas para procurar meios de fazer avançar a luta, acreditando que esses limites não constituem uma impossibilidade absoluta de avanço.

O período da metade ao final da década de 70, foi marcado por uma série de enfrentamentos nos quais se procurou, por vias político-jurídicas, que fosse sancionada, na Itália, a Lei 180, capaz de revogar a Lei de 1904 que determinava a custódia e atendimento dos “alienados” aos manicômios, sob a autoridade e vigilância do Ministério do Interior (GOLDBERG, 1994). Tal empreitada tem como importância fundamental a legitimação do doente mental como cidadão pleno e do tratamento como direito civil. Mas não se pode perder de vista que a Lei 180 guardava aspectos contraditórios com as premissas da Psiquiatria Democrática, o principal sendo a conservação da possibilidade de internação em leitos de hospitais gerais, que minava a radicalidade do movimento e que, conforme nos conta Passos, “tem sinalizado para o risco de mera medicalização da psiquiatria.” (PASSOS, 2009, p.130). Passos ainda aponta para o fato de que a Psiquiatria Democrática vai se tornando mais prospectiva e pragmática nessa flexibilização de suas táticas, que implicam a defesa dessa lei mesmo diante de suas contradições.

Isso tinha um sentido claro e compreensível. A Psiquiatria Democrática vinha de uma série de conquistas na esteira daquelas como as ‘pensões’ para anciões e a criação da Cooperativa. Cito algumas, conforme nos conta Passos (2009): o reconhecimento, em 1973, do estatuto de hóspede para ex-internos do hospital que ainda precisavam ser albergados – o que retirava sua condição jurídica de tutelados pela instituição; o reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Trieste como zona piloto para a pesquisa sobre psiquiatria, também em 1973; ainda, a abertura, em 1975, do Centro de Saúde Mental de Aurisina, além de outros 2 em seguida, todos com funcionamento 24h. Diante disso, portanto, a Psiquiatria Democrática não podia fazer outra coisa que não fosse seguir em frente na sustentação desse movimento que culminou no fechamento definitivo do hospital de retaguarda em 1977 – logo antes da aprovação da Lei 180 – em 1978 – e certamente como fato decisivo para isso.

Basaglia não era ingênuo quanto à fragilidade que essas concessões táticas implicavam, motivo pelo qual encarava essas “conquistas” como um passo e não como fim último do que almejava o movimento. Deixava claro que a consolidação desses novos equipamentos exigia ainda trabalho contínuo para que levassem a uma transformação mais radical para uma sociedade voltada para o cuidado. Caso contrário os direitos do cidadão à proteção em saúde seriam apenas palavras vazias (VASCONCELOS, 1992). Não pretendo entrar na discussão mais detalhada da Lei 180, ou dos aspectos legislativos da reforma italiana<sup>12</sup>. De qualquer forma, alguns aspectos da Lei 180 devem ser notados para que se possa compreender a leitura que a Psiquiatria Democrática fazia do processo e que nos traz uma lição imprescindível, levando em consideração, especialmente, que nossa própria Lei 10.216 é inspirada naquela.

Basaglia (1982 apud PASSOS, 2009) entendia que a Lei 180 operava uma mudança na perspectiva de todas as legislações psiquiátricas mundiais e isso se baseia na percepção de que ela é, antes de tudo, uma lei sanitária. Com isso, fica posto que a doença mental passa a estar inserida numa disposição geral de profilaxia internacional de doenças infecciosas e difusivas. Por mais que tenhamos visto como isso acaba sendo o principal amparo da medicalização da loucura – pelo modo como certo projeto de psiquiatria biomédica aliada a interesses da indústria farmacêutica coopta essa noção – a aposta da Psiquiatria Democrática estava no que essa mudança de estatuto operada pela legislação permitia. Uma vez regulamentada como preocupação sanitária e, portanto, retirada da chave da periculosidade – ou seja, passando de fato a ser caso de saúde e não de polícia – o tratamento pode passar a ser realizado garantindo-se em primeiro lugar a conservação do estatuto de cidadania para o doente durante seu tratamento e, em decorrência disso, pode ser realizado em liberdade.

Eis o que, a despeito de qualquer crítica, deve-se conservar com relação ao processo italiano:

“O caráter polêmico e conflituoso da reforma italiana, que por isso mesmo se mantém como processo aberto e tenso, interna e externamente (em suas repercussões para fora do país), deve-se ao fato de ser um projeto de redefinição da psiquiatria em sua função social, muito mais que a mera reforma de um modelo de gestão de serviços.”  
(PASSOS, 2009, p.134)

---

<sup>12</sup> Para isso, sugiro novamente a consulta à obra de Passos (2009), que traz de maneira competente e em detalhes não apenas o conjunto das mudanças legislativas em seus pormenores, mas também os efeitos dessas em termos epidemiológicos com dados atualizados até a década passada.

Isso é o que mais me importa destacar, é a razão fundamental de trazer a experiência italiana para a discussão por entender que este aspecto é o que se procurou mimetizar no contexto brasileiro. Não me refiro ao plano ideal, da tentativa de redefinição da função social da psiquiatria, entendendo que todas as reformas psiquiátricas antimanicomiais miram em maior ou menor grau esse aspecto, mas ao plano prático. A história da reforma psiquiátrica antimanicomial operada no Brasil no período da redemocratização mostra que tomamos o processo italiano como modelo metodológico. Mas a sustentação disso não parece ter sido possível, nos fazendo cair talvez numa “mera reforma de um modelo de gestão de serviços” que é cada vez menos capaz de questionar, visando redefinir, a função social da psiquiatria – e cada vez mais parecido com a psiquiatria de *setor* francesa, aquela que se afasta da Psicoterapia Institucional e que não deve ser pensada sem a crítica de Lacan ao final dos anos 1960 como veremos.

Não avanço essa discussão aqui, uma vez que ela constitui o objetivo maior deste trabalho e, portanto, isso será feito ao final. Aqui quero apenas delimitar algo que será um dos alicerces da discussão que realizo ao final. Nesse ponto gostaria de deixar claro que para que pudéssemos nos dizer orientados pela Psiquiatria Democrática em nossa reforma, não poderíamos nunca ceder da perspectiva de que não há outro modo de reformar a função social da psiquiatria – talvez essa seja uma outra forma, sumária, de enunciar o que significa uma perspectiva ‘antimanicomial’ – que não seja a partir da desmontagem interna da instituição. E isso não se substitui pelo estabelecimento de uma “política geral idealizada por administradores ou ideólogos profissionais” (PASSOS, 2009, p.135). Além da experiência santista, onde mais isso se sustentou no Brasil? Ou somos basaglianos simplesmente porque, como aponta Kyrillos Neto (2004), aquela cúpula profissional que realizou a experiência santista se espalhou pelo país tendo sido convidada por gestões de esquerda em outras localidades após a vitória conservadora nos pleitos eleitorais de Santos?

A maior lição italiana para qualquer proposta antimanicomialista é que a organização institucional de uma rede de serviços de assistência deve pôr em questão sempre se é definida pelas reais necessidades de pessoas ou se refletem a necessidade de organização social conforme à manutenção do poder do Estado. Claro que para a sustentação disso é preciso manter atenção às armadilhas. Passos (2009) é particularmente precisa ao lembrar da perspectiva realista de Basaglia quanto a isso:

“A situação italiana era forte candidata a um tipo de resposta assistencialista e planificadora do Estado, na medida de sua emancipação econômica e industrial, que ganhou impulso a partir dos anos 1960 e 1970. Expansão econômica, geralmente, produz a necessidade de controle social sobre áreas urbanas marginalizadas, fruto desse mesmo processo. Na avaliação de Basaglia, entretanto, se pode funcionar para um Estado rico, onde não falta dinheiro, em um Estado onde falta dinheiro esse tipo de resposta gera uma espécie de ilusionismo: leis avançadas e não aplicadas (inevitável não pensarmos no Brasil).” (PASSOS, 2009, p.144)

Passos (2009) esclarece que a Psiquiatria Democrática sempre sustentou a perspectiva de destruição total do “intra” no contexto institucional e não a mera remodelagem da instituição esperando uma superação natural que nunca ocorre. Ora, essa é justamente a leitura que Basaglia faz, num movimento autocrítico, de sua experiência com a *comunidade terapêutica* e que o levará a romper radicalmente com a proposta da Psicoterapia Institucional, como trouxe anteriormente. É necessário entender que por essa lógica a reforma não pode depender de novas estruturas, mais modernas ou flexíveis que permitam uma reforma das estruturas antigas, mas atacar direta e centralmente a existência do manicômio. Portanto uma rede de serviços que se oriente por essa perspectiva deve ser substitutiva, não permitindo movimentos conciliatórios com o hospital psiquiátrico. Ainda assim:

“O grande desafio desse outro processo é saber até que ponto essas estruturas substitutivas rompem efetivamente com a psiquiatrização dos problemas sociais e da população. Essa questão passa, sem dúvida, pela capacidade da população concernida de operar uma mudança em seus valores e em suas relações sociais fundamentais. Mas passa, igualmente, pela postura, se mais ou menos psiquiatrizante, da própria equipe do serviço, pois trata-se de um serviço psiquiátrico.” (PASSOS, 2009, p.143)

Isso é o que aponta também Viganò (1999) quando adverte que a abertura dos manicômios não exclui necessariamente a segregação, podendo apenas criar espaços onde se faz barulho sem efetivamente falar. Passamos assim, finalmente, para a apresentação do limite que a experiência italiana encontrou e que nos serve igualmente de referência para pensar nossos próprios problemas.

Passos (2009) mostra que a Psiquiatria Democrática já criticava outras propostas de desinstitucionalização nessa chave de que não passavam de um deslocamento de serviços psiquiátricos para o espaço territorial das comunidades. Com isso apenas dando origem a uma intervenção que esquadrihava o espaço territorial, ao modo do setor, permitindo uma capilarização do exercício de poder. No limite, os italianos apontavam que essas experiências

apenas criam um modo de seleção mais eficaz que, no entanto, separam demandas de acordo com competências específicas, que Passos resume como: “internação e psicofármacos para os transtornos graves; agências e auxílios sociais para problemas materiais; psicoterapia para os normais ‘neuróticos’.” (PASSOS, 2009, p.150). No entanto, vemos na experiência triestina uma tentativa de romper com essa lógica que não se efetiva na prática.

A Psiquiatria Democrática, ao criticar o paradigma racionalista encarnado nas instituições modernas, produzirá uma inversão lógica tentando produzir uma subversão na patologização da loucura e é isso que permitirá que renomeie aquilo que vinha sendo tomado como doença para “existência-sofrimento”. O que entendem como o referido paradigma racionalista é a crença na correspondência entre problema real e solução racional de modo que “A relação problema-solução, codificável em categorias explicativas seria tanto mais eficaz do ponto de vista prático quanto mais racional demonstre ser a solução.” (PASSOS, 2009, p.151). A partir, então, do problema epistemológico da psiquiatria (da dificuldade de tomar a subjetividade como objeto concreto de estudo) produzirá um desvio no qual, ao invés de oferecer uma solução/cura para uma doença real, opera uma absorção daquilo que em sua própria forma de existência escapa da norma social, portanto também da lógica problema-solução por ser incoerente, insolúvel ou irreduzível (ROTTELI, et al. 1990).

A inversão lógica que a Psiquiatria Democrática realiza (sobre o referido paradigma racionalista) corresponde ao entendimento de que o questionamento das soluções aplicadas é que é o meio para que se compreenda o modo de formulação do problema. Desse modo negam tanto o modelo manicomial estrito de tratamento, quanto os “modernos e humanizados” sistemas de atenção territorial que conservam o hospital psiquiátrico como retaguarda – ao modo do *setor*. Como alternativa, propõem o seguinte:

“Primeiro passo: renuncia-se efetivamente a qualquer intenção de explicação causal, renuncia-se a enfrentar a etiologia da doença. No lugar da doença, um novo objeto – a ‘existência sofrimento’. No lugar da solução, sua desmontagem, para dar lugar, dizendo-o em termos guattarianos, a novos agenciamentos e práticas.” (PASSOS, 2009, p.152)

Mas aqui há algumas inconsistências. Primeiro que a renúncia ao enfrentamento da etiologia da doença produzirá apenas outra leitura etiológica que desloca a causa da loucura da fisiologia ou da causalidade psíquica para o âmbito das relações sociais – como mostra Kyrillos Neto (2007) ao distinguir 3 perspectivas no campo da saúde mental: exclusivamente organicista, exclusivamente sociológica (na qual localiza os basaglianos), ou subjetivista (na

qual figura a psicanálise, por exemplo). Por consequência, não podemos entender a eleição de um novo objeto e sua nomeação para ‘existência-sofrimento’ como uma reforma etiológica operada por meio de uma estratégia semiológica? E a recusa da solução manicomial e sua decorrente substituição por práticas inclusivas que visam a restituição da cidadania não poderia ser entendida como uma proposta terapêutica? Enfim, o que tento apontar com isso é que talvez possamos ver o movimento da Psiquiatria Democrática como uma proposta que não chega a romper com a clínica moderna – enquanto articulação entre uma *etiologia*, uma *semiologia*, uma *diagnóstica* e uma *terapêutica* tal qual aponta Foucault ([1963] 2006a). E nesse caso, a questão diagnóstica talvez seja a mais problemática, pois retorna-se a um diagnóstico absoluto (em lugar do diferencial) como o da psiquiatria clássica, pelo qual se define apenas uma categoria: o excluído, que é quem sustenta uma existência-sofrimento.

Para concluir a discussão sobre a experiência italiana, gostaria de destacar alguns pontos a respeito do cotidiano dos Centros de Saúde Mental – que são as principais estruturas institucionais da rede substitutiva ao manicômio em Trieste, semelhantes ao que seriam nossos CAPS – depreendidos dos relatos de Goldberg (1994) e Passos (2009). Com isso gostaria de mostrar a tendência, nos movimentos que renunciam à discussão do campo de categorias clínicas observáveis, de manter as práticas clínicas mais conservadoras – conforme apontam Kyrillos Neto & Dunker apoiados em Parker (1999 apud KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004).

No cotidiano dos Centros, parece haver uma tendência, por parte da equipe, de reduzir todas as queixas a um mesmo problema psiquiátrico, que por sua vez é tratado a partir de altas doses medicamentosas, conforme aponta Goldberg (1994). E essa ideia, Goldberg traz a partir da seguinte observação:

“O Centro atende a qualquer solicitação de cuidados: usuário que chega solicitando receitas pois sua medicação terminara; senhora trazendo o marido que recomeçara a falar muito e a ficar agressivo. O médico faz a avaliação e recomenda o acolhimento do paciente por alguns dias no Centro. Prescreve de imediato soro com medicação. As demandas se sucedem ao longo do dia... Atende-se a um telefonema pedindo auxílio para um usuário em casa, agressivo e recusando medicação. Um médico e um enfermeiro do Centro se dirigem à residência do doente, que é próxima. Encontram o paciente transtornado, dizendo-se perseguido e com medo de ser envenenado. É um caso que acompanham há algum tempo. Após horas de conversa, o paciente aceita medicação e prosseguir com as consultas.” (GOLDBERG, 1994, p.82)

Quanto a isso, Passos (2009) traz algo que não apenas confirma essa visão, mas avança por alguns pontos:

“Outro aspecto revelador do clima familiar paternalista é visto quando, por exemplo, um operador, seja médico, enfermeiro ou psicólogo, não poupa uma boa reprimenda a um usuário que começa a “fazer uma cena”: chorar, reclamar ou se enveredar por um delírio incompreensível em voz alta, chamando a atenção de todos para si. Como se soubesse bem que se trata de mero piti, a mensagem para o **paciente** parece ser de que delírio tem hora e, fora dela, é falta de educação. Os operadores são, às vezes, duros com esses **pacientes**. Tratam o delírio tentando trazer a pessoa de volta à realidade e recorrendo à medicação em larga escala.” (PASSOS, 2009, p.172, grifos nossos)

Aqui, chamo atenção para dois pontos. Primeiro a mudança de ‘usuário’ para ‘paciente’ presente no texto de uma autora tão cuidadosa com aspectos terminológicos como Passos. O que me parece demonstrativo de como as relações interpessoais dentro dos serviços triestinos remetem, em certa medida ao caráter disciplinar, que vemos no interior de instituições psiquiátricas convencionais de internamento. Em segundo lugar, o modo pelo qual isso parece fazer com que a perspectiva enverede não apenas para uma negação da experiência subjetiva singular da loucura, mas para uma consequente tentativa de reinserção em certo padrão normótico. Ou seja, justamente a contramão daquilo que vimos há pouco com a crítica de Basaglia com relação ao processo de *deculturação/reaculturação*.

Além disso, o que Passos chama de ‘paternalismo’ está relacionado ao seguinte:

“Diferentemente de La Borde, um aspecto que chama atenção é um certo paternalismo dos operadores na relação com os usuários. Nos CSM estes recebem quase tudo pronto: o almoço, a mesa posta e todo o serviço de limpeza. Nunca são convidados a ajudar, mesmo porque esses serviços são prestados por cooperativas sociais, com muitos usuários ou ex-usuários trabalhando na condição de bolsistas em formação para o trabalho. **O trabalho é, portanto, obrigação desses trabalhadores, e não do usuário.** Este não se move para receber nada, apenas recebe o serviço.” (PASSOS, 2009, p.171, grifo nosso)

Chama atenção o modo como se coloca em oposição *trabalhador e usuário*. Essa disposição condensa alguns aspectos problemáticos: 1) antes de tudo, mostra justamente o efeito daquilo que apontei anteriormente, com Kyrillos Neto (2004), como uma denegação por meio da qual a organização do trabalho assalariado ao modo capitalista é posto na centralidade do trato com a loucura; 2) nesse caso, porém, fazendo figurar de modo claro como a inserção

no circuito produtivo é elevada ao nível da direção (política) do tratamento; 3) por fim a colocação da categoria de *usuário* muito mais próxima da do *consumidor*, que recebe um *serviço*, do que daquela de um *cidadão* que tem seus *direitos* protegidos. Esta última característica se verifica melhor no que diz Passos logo em seguida:

“Apesar do clima familiar, os centros não funcionam nos moldes de uma comunidade terapêutica (caso, em parte, de algumas residências protegidas), **mas como prestadores de serviços**, com a preocupação de que estes sejam de boa qualidade.” (PASSOS, 2009, p.171-172, grifo nosso)

Este parece ser o resultado de uma degenerescência ética que se visualiza na prática institucional e que penso estar apoiada na negação do caráter subjetivo da experiência, que se faz a partir da negação de um tipo de saber identificado à clínica. Ao supor que negando a concepção clínica do sofrimento, estaria negando o alicerce ideológico das práticas manicomiais, Trieste parece ter simplesmente revitalizado certos mecanismos de opressão e conformação da loucura a um poder psiquiátrico – embora se recuse a ser nomeado desse modo. Goldberg, nessa direção, aponta que:

“Os psicólogos são em número relativamente pequeno e provêm em grande parte do extinto manicômio. Notamos uma preocupação marcante em não enquadrar a atenção num modelo médico-psicológico, no interior do qual o psicólogo é visto como figura-chave, e portanto, suspeita. Nesse sentido, a participação de tal profissional é encarada com certa reserva, como suposto fator de resistência à proposta de Saúde Mental implantada.” (GOLDBERG, 1994, p.84)

A respeito disso, Passos (2009) evidencia, não obstante, que não houve ali uma eliminação da divisão profissional, que figura tanto nas atribuições funcionais quanto na diferença de remuneração. Ainda que, como afirma a autora, essa divisão não seja ostentada e que qualquer profissional possa deliberar ações em relação aos usuários dentro dos serviços, a prescrição medicamentosa – forte amparo da prática cotidiana – permanece exclusiva dos médicos. Além disso a coordenação de todas as estruturas da rede é exercida por profissionais de formação médica (PASSOS, 2009). De modo que parece não ter havido eliminação real – pelo contrário, talvez seu refinamento – da medicalização do sofrimento.

Mas não ignorando a lição italiana – tampouco a francesa – seria o caso de pensar não uma via de rechaço dessas experiências, mas um modelo teórico capaz de realizar a subversão necessária à retirada da clínica da posição de sustentação da lógica manicomial. Opor clínica e política é se recusar a ver que toda clínica é feita por sobre uma direção política, correndo o

risco (como tentei apontar) de sustentar uma perspectiva clínica arcaica sob o pretexto de se orientar apenas politicamente. Dito de outro modo: se uma clínica que abra mão da reflexão política envereda para uma direção política de manutenção do *status quo*, parece que – ao menos no campo da saúde mental – uma perspectiva de intervenção política que rejeite a reflexão clínica apenas reencontrará a prática clínica que rechaçou.

## CAPÍTULO 2. UMA PSICANÁLISE QUE NÃO OPOUNHA CLÍNICA E POLÍTICA

Até aqui procurei mostrar, numa rápida revisão, o que significa uma reforma psiquiátrica antimanicomial e sua diferença com outras reformas da psiquiatria. Com isso procurei apontar alguns modos de sustentação de um poder psiquiátrico por certa aliança com um saber entendido como estratégia discursiva moderna. Por essa via é que procurei revisitar, também em rápida revisão, duas experiências de reforma psiquiátrica que servem até hoje de referência para nosso processo brasileiro. Aí tentei detalhar o mínimo necessário dos aspectos que levaram tais experiências a impasses fundamentais e que se dão sempre no âmbito de uma separação entre *clínica* e *política*.

Início este capítulo, portanto, apresentando algumas contribuições de Passos (2009) a este debate, uma vez que essa autora se debruça em sua tese justamente sobre o apontamento de uma falsidade no dilema *clínico* VS *político*. Passos apresenta muito bem o ponto crítico da empreitada basagliana:

“A destruição do espaço hospitalar determina o surgimento de um novo tipo de profissional, que precisa, literalmente, circular, se mover nos espaços sociais e reais, onde **sujeitos e grupos humanos concretos** demandam sua ajuda. Esse profissional não terá mais um objeto a isolar, para conhecer, e sobre o qual atuar, sob a capa protetora de um papel especializado a lhe garantir um poder-saber, sempre em uma relação desequilibrada que tende a desfavorecer o paciente. Nessa perspectiva, deve-se necessariamente enfrentar o paradoxo: o profissional que, tendo de se despir, ou no mínimo suspeitar, do saber do qual se apropriou (e do qual o sujeito só participa em condição de submissão), não pode dele prescindir totalmente.” (PASSOS, 2009, p.223, grifos nossos)

Concordo com a colocação do paradoxo que uma posição “profissional” (por falta de melhor termo) antimanicomial traz, como Passos e o próprio Basaglia (1982 apud PASSOS, 2009) demarcam. Penso que não há avanço possível nesse campo sem a consideração disso. Mas aí há um problema: esse enunciado que conserva a aparente oposição entre ‘sujeitos e grupos humanos concretos’ talvez seja o próprio limite diante do qual não se avança nesse campo e que se revitaliza na distinção de uma via clínica e uma via política em paralelo. Em seguida, inclusive, Passos (2009) traz como questão a dificuldade de formalizar esse saber que daria condições de um cuidado que não implique dominação. É justamente a formalização de

um saber dessa ordem que localizo na teoria dos discursos de Lacan e que procurarei trazer de modo a tentar avançar nessa discussão.

Partindo para a descrição dos problemas que isso traz no que chamará de “‘paradigma’ político-social” e “‘paradigma’ clínico” – referindo-se, respectivamente, a Trieste e *La Borde* –, menciona que nos serviços triestinos,

“Dimensões, como a vida fantasmática inconsciente, que aprendemos com a psicanálise a considerar como **não separáveis nem tampouco irreduzíveis a qualquer outra dimensão social da existência** não são sequer mencionadas nas discussões de equipe.” (PASSOS, 2009, p.223, grifos nossos)

Para além da desconsideração por parte dos serviços triestinos, traz aí a ideia de que a dimensão fantasmática inconsciente seria então inseparável porém irreduzível a qualquer outra dimensão social. Nisso se produz essa ambiguidade: essa dimensão é social, mas existiriam outras às quais essa não se reduz. Isso quereria dizer que se substitui uma distinção entre indivíduo e sociedade por uma entre tipos de dimensão social? Isso daria conta do problema?

Mas ao trazer a expressão do problema na experiência francesa, dirá que “em La Borde, o predomínio da psicanálise lacaniana gerou uma ruptura com a ideia de ressocialização, herdando do lacanismo, como diz Paulo Viana Vidal (1994), certa fobia ao campo social.” (PASSOS, 2009, p.229). O que me causa profundo estranhamento com relação ao que chama de “lacanismo” como algo que teria “certa fobia ao campo social”. Especialmente por dizer, na sequência:

“Há na recusa de princípio, seja da ideia de ressocialização, seja na contrapartida da recusa italiana da perspectiva clínica, uma impropriedade cisão, de parte a parte, entre a abordagem que privilegia o sujeito psíquico, o desejo e a subjetividade, e a abordagem que privilegia o indivíduo, os grupos e os fenômenos sociais. Referenciada nas duas maiores visões de mundo que dividiram, e nele polemizaram, o campo das ideias sobre o humano no século XX – o marxismo e a psicanálise –, essa cisão continua determinando conflitos ideológicos nos campos ‘psi’ e da saúde mental, apesar dos muitos esforços teóricos por uma aproximação possível.” (PASSOS, 2009, p.229)

Ora, eu não tenho como concordar mais com o que traz a autora, exceto pelo seguinte: não foi Lacan quem teve maior sucesso em seus esforços teóricos por uma aproximação possível entre Marx e Freud? A menos que tal “fobia ao campo social” seja atribuída a certo lacanismo (e não à obra de Lacan, portanto), a crítica é impropriedade. De qualquer forma, dado

que tal crítica tem algum sentido de existência e que isso produz embaraços aos montes no campo da saúde mental, me sinto convocado a contribuir com algo que dê condições de desembaraçar.

Braunstein (2010) adverte que caso não admitamos, em psicanálise, “que carecemos de uma teoria sólida, não impugnável, da articulação entre os achados de nossa clínica e as condições materiais da existência de nossos pacientes – e de nós mesmos – na sociedade contemporânea” (p.145) corremos o risco de precipitar conclusões que não fariam mais que “*infirmar* nossas mais bem fundadas especulações.” (BRAUNSTEIN, 2010, p.145, grifos do autor). No entanto, não recuando diante da dificuldade de articular o subjetivo singular, marcado por todos os acidentes e extravios em relação ao gozo e ao desejo, e os processos coletivos em vertiginosa transformação por diversas perspectivas – social, ideológica e material –, propõe algumas coordenadas para a orientação da psicanálise. A primeira delas seria, pois, a recusa do consolo na idealização de uma “teoria sólida”, completa, a respeito da sociedade, da qual poderíamos reduzir *dedutivamente* a complexidade do que escutamos da experiência de cada sujeito. Restaria à psicanálise, portanto, realizar a análise das mudanças produzidas nos dois campos (do sujeito e dos processos coletivos) para *induzir* uma resposta que só é prudente na medida em que se propõe provisória, mas que possa servir de embreagem teórica entre os dois campos.

“A isso a psicanálise não pode renunciar: a considerar as condições de sua clínica (da transferência) em cada momento da história. Sem esquecer que (bem poderia ser este o caso) talvez nada haja de inusitado e nossas impressões acerca de transformações radicais na vida humana talvez sejam meras extensões de nossa fantasia. Não seria essa a primeira vez que a montanha de dados ilumina algo ínfimo, enquanto esconde a essência do que parece revelar. Ou que nos fascinamos com uma “novidade”: o sol ilumina desde o começo dos tempos.” (BRAUNSTEIN, 2010, p.145-146)

Levando isso em conta, parto do princípio, com Elia (2015a), de que:

“Só na perspectiva do individualismo, que é a mesma do sociologismo (indivíduo e grupo social constituindo unidades análogas), uma práxis do singular, que diz respeito a cada um, um a um, seria oposta a uma práxis do coletivo, do muitos, do que atravessa e ultrapassa o Um. Desde uma perspectiva social entendida assim, a psicanálise diria respeito ao que é da ordem do individual. E permaneceríamos nessa dualidade, nessa dicotomia opositiva, nessa lógica de contrários, sem perceber que os supostamente contrários são, na verdade, a mesma coisa. Trata-se de uma falsa diferença, de uma oposição de homologias – como aliás ocorre com a maioria das oposições – em que o

heteróclito não encontra lugar, não havendo lugar para nenhuma *colusão na heterotopia*.” (ELIA, 2015a, p.70-71)

Conforme nos explica Elia (2015a), a psicanálise, como perspectiva heteróclita, não reconhece em seu bojo as categorias de ‘indivíduo’ ou mesmo de ‘grupo social’ se as entendemos como unidades totalizantes e autônomas, uma vez que possui filiação científica e fragmentária – sendo, inclusive, a operação analítica aquela que visa incidir sobre esse tipo de totalização para desconstruí-la. Fiando-me nessa perspectiva, pretendo avançar mostrando o que entendo como algumas condições de aliança entre a psicanálise, com Lacan, e a Luta Antimanicomial na medida em que a primeira pode oferecer resposta às indagações utópicas de Foucault em *O Poder Psiquiátrico* que lembra Passos (2009):

“seria realmente um equívoco querer pensar, ou melhor, praticar (pois não se pensa sem prática, da mesma forma que não se pratica sem pensamentos) outra coisa a partir de outra transcrição sociolinguística que não a de doença? Ou, pelo menos, circunscrever essa última a limites mais precisos e delimitados, que a atual realidade social, em continuidade com a época moderna, agravada por exclusões e miserabilização crescente das pessoas, não faz mais que expandir?” (PASSOS, 2009, p.230)

Nisso, entendendo com a autora que:

"Se algum papel cabe à clínica no sentido de fazer avançar a discussão desses valores é na medida de reconhecimento de seus próprios limites e à medida que seus praticantes se lancem, como cidadãos, para fora de seus contornos protetores, não só para pensar esses valores, mas também para indagar os próprios fundamentos e as ideias-força da clínica que praticam, sem a impostura de medos pseudopuristas de contaminações políticas e ideológicas de tal implicação." (PASSOS, 2009, p.230)

Então não vejo outra via a não ser pela retomada do problema em torno da noção de *alienação* tal como trouxe ao longo do primeiro capítulo. Apontei, por um lado, certa leitura da obra de Oury que produz uma distinção (equivocada) entre uma alienação como concebe Marx (referida aos processos de alienação social) e outra, constitutiva da subjetividade, a partir da psicanálise (referida ao que Oury chama de alienação psicótica); e, por outro, com Basaglia, uma forma de compreender a alienação que parte da mesma dicotomização, mas que dará prioridade para a primeira – fazendo com que produza uma equivalência entre alienação e exclusão social no mesmo passo de um rechaço das perspectivas subjetivistas.

O que gostaria de retomar aqui, para fazer avançar, é que desde o princípio da psiquiatria (com Pinel) até as tentativas, seja de subversão, seja de destruição da instituição psiquiátrica, temos o problema da alienação articulado ao da exclusão social. Seja pela tentativa de entendimento da loucura como um “estar alheio” ao mundo (supostamente compartilhado) da razão – onde o louco se exclui de algo que não compreende e/ou não participa –, ou pela via da exclusão sumária, um “ser alheado” do mundo entendido por meio do sistema capitalista – pela problematização da *deculturação/reaculturação*.

Antes de tudo, a relevância de tomar aqui a psicanálise por uma orientação lacaniana se dá pelo fato de que, assim como acontece com o conceito de *sujeito*, é Lacan quem consolida o termo *alienação* no vocabulário psicanalítico. E ainda que não tenha a intenção de assumir um lado na querela sobre poder ou não afirmar que *alienação* é um conceito psicanalítico, Lacan de fato parece formular as condições para que possamos tomar a noção de *alienação* a partir da psicanálise em certa distinção ao que ela significa em outros campos.

Mas, me afastando da discussão sobre a alienação como um conceito psicanalítico, para este trabalho importa somente, como afirma Poli (2005), que

“a utilização do termo “alienação” em psicanálise responde aos propósitos freudianos da constituição de um dispositivo clínico de análise da cultura e das relações sociais. Pensamos poder aí situar a proposta de Lacan do que seria a formulação de uma “psicanálise em extensão”. O que permitiria, por outro lado, a reintegração dessa interpretação na psicanálise em intensão.” (POLI, 2005, p. 134)

Conforme nos conta Roudinesco (1994), o conceito de *alienação* é uma espécie de pivô sobre o qual Lacan opera uma virada da psiquiatria fenomenológica para a filosofia, não sem perder de vista a obra freudiana. Dito em pormenores, é como se Lacan tomasse o problema que se coloca de maneira biunívoca (entre direito e psiquiatria) sobre o alienado, procurando por uma via que desse conta de estabelecer critérios clínicos que avançassem diante do debate das escolas psiquiátricas. Daí sua tese, *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade* (LACAN, [1932] 1987), que procurou unificar sobre o conceito de *personalidade* algumas disparidades epistemológicas entre as escolas psiquiátricas francesa e germânica – conceito que teve forte influência sobre a Psicoterapia Institucional de Tosquelles, como apontei anteriormente.

Mas, nos lembra Poli (2005), a virada operada sobre a noção de *alienação* apenas se consolida anos depois no encontro de Lacan com Kojève. É por meio da leitura que Kojève faz

da obra hegeliana que Lacan encontrará algumas bases para seu retorno a Freud, o que o levará às suas formulações sobre o *sujeito* em psicanálise e, conseqüentemente, sobre o estatuto necessário para a *alienação* nesse contexto, tendo sempre em mente a problemática do desejo. E de todo modo, a história do que podemos verificar na obra lacaniana a respeito dessa conceitualização e seus efeitos na ética e na política da psicanálise, passa também pelo encontro com Marx necessariamente.

Isso produzirá um desenvolvimento teórico importantíssimo no ensino de Lacan, tomado por muitos como uma virada de um campo da linguagem para o campo do gozo: a formalização da homologia entre mais-valia e mais-de-gozar que dá condições para uma teoria do laço social, ou dos discursos – que são suas formas. Esse desenvolvimento será imprescindível para que possamos trabalhar o problema desse eixo entre alienação e exclusão. Por isso é necessário apresentar algo das bases da teoria dos discursos.

## 2.1 O discurso por seus aspectos estáticos e dinâmicos

Aqui meu objetivo é esclarecer algumas noções conceituais acerca do entendimento do discurso, tal qual Lacan propõe em *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* ([1969-70] 1992). De antemão, algo acerca do caminho proposto para este esforço: penso em tratar a questão do discurso por dois eixos que são sua *estática* e sua *dinâmica*<sup>13</sup>.

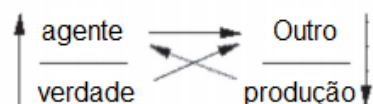
Ou seja, parto daquilo que propõe Lacan ([1969-70] 1992) sobre a estrutura do discurso como uma aparelhagem significativa do gozo que estrutura, como um de seus pilares, o mundo – ou mais precisamente a civilização. Em suma, proponho tomar o termo *aparelho* por sua definição mais convencional enquanto conjunto ordenado de peças ou mecanismos que formam um instrumento capaz de executar determinadas operações (definição que o faz também sinônimo de *máquina*). Ao tomarmos o discurso como aparelho sob essa definição podemos avançar entendendo sua operação mais importante como o *quarto de giro* que faz, então, as quatro montagens correspondentes aos 4 tipos de discursos (*do mestre, da histérica, universitário e do analista*). A isso, no entanto, soma-se mais uma possibilidade de pensar sua operação que é propriamente aquilo que um discurso visa fazer com a coesão interna de seus

---

<sup>13</sup> Tomo emprestados estes termos da mecânica geral a partir de uma releitura desse seminário que faço depois de tomar contato com o uso do termo *estática* que faz Colette Soler em sua conferência sobre o “Estatuto do Significante Mestre no Campos Lacaniano” (SOLER, C. 2010) e que desenvolve posteriormente em seu seminário “O que faz laço?” (SOLER, C. 2016). Isso se esclarece um pouco mais a frente no texto.

termos, o modo pelo qual procura ordenar o gozo – portanto o que opera ele mesmo, cada um dos quatro, em diferença às demais montagens.

É assim que entendo o que está exposto de maneira direta na lição de 14 de janeiro de 1970, quando Lacan começa a introduzir aquilo que ocupa o lugar do agente no *discurso universitário* (no caso, o  $S_2$ ). Ali há, inclusive, uma dessas raras passagens em que ele expõe a coisa não apenas de modo claro, mas didático! Lacan faz uma sugestão para os ouvintes (ou para nós, como leitores) instigando-os a montarem eles mesmos os quatro discursos. Nessa direção estabelece as regras, indicando primeiro que cada uma das montagens articula os termos no sentido de revelar a função do agente: “[...] posto que há quatro lugares para caracterizar, talvez cada uma dessas quatro permutações pudesse nos revelar, em seu próprio seio, o lugar mais destacado, constituindo um passo na ordem de descobrimento que nada mais é do que a chamada estrutura.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.42)



É então que diz:

“Independentemente desse lugar que poderia ser, como lhes sugeri, aquele que nos interessa, tentem simplesmente dar-se o trabalho de escolher, em cada uma dessas – chamemo-las assim – figuras do discurso, um lugar diferente, definido em função dos termos *acima, abaixo, à direita, à esquerda*. Não vão conseguir, seja qual for a maneira em que o façam, que cada um desses lugares seja ocupado por uma letra diferente.

Tentem, no sentido contrário, estabelecer como condição do jogo a escolha de uma letra diferente em cada uma dessas quatro fórmulas. Não vão conseguir que cada uma dessas letras ocupe um lugar diferente.

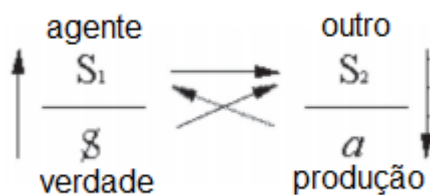
Façam a tentativa. É muito fácil de realizar sobre um pedaço de papel, e também se utilizarem essa pequena grade chamada matriz. Com um número tão pequeno de combinações, o desenho exemplificador basta imediatamente para ilustrar a coisa de maneira completamente evidente.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.42)

Ao situarmos os quatro termos algébricos da estrutura – *Significante Mestre* ( $S_1$ ), saber ( $S_2$ ), mais-de-gozar ( $a$ ), e sujeito ( $\$$ ) – dispostos por Lacan sobre as quatro posições fundamentais do discurso – do *agente*, do *Outro*, da *produção* e da *verdade* – temos uma

montagem que pode ser lida em termos de sua *estática*. A *estática* está referida aqui à linguagem, ou seja, à necessidade de manter a ordenação dos termos algébricos conforme sua matriz que se expressa por um *Significante Mestre* ( $S_1$ ) que representa o sujeito (\$) para um outro significante ( $S_2$ ). Esta é a matriz que Lacan utiliza inicialmente para designar a inserção do sujeito na linguagem. No entanto, esta matriz implica uma perda necessária no que se refere à constituição de um sujeito, conforme o desenvolvimento cuja formalização remonta a *O Seminário, livro 10: a angústia* (LACAN, [1962-63] 2005). É, porém, apenas na montagem do discurso que a perda representada nessa álgebra pelo objeto  $a$  passará a fazer parte dessa matriz (embora aí ela ganhe outro estatuto como mostrarei adiante).

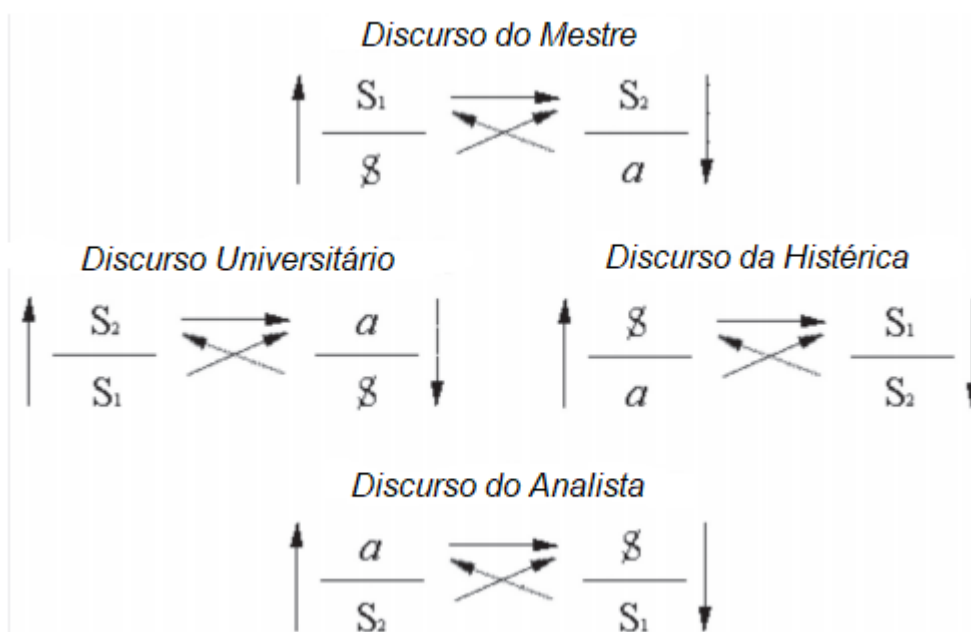
Eis a ordem proposta por Lacan para esses quatro termos: primeiro um \$ que se representa por um  $S_1$ , seguido pelo  $S_2$  para o qual se dirige e, por último, um objeto  $a$  que é produto dessa operação. O discurso pode fazer giros, mas esses termos devem manter sua ordem para que o aparelho tenha sentido. Além disso há um segundo aspecto estático no que tange às posições: o que gira são os termos algébricos (respeitando-se a ordenação) por sobre as quatro posições fundamentais, que se mantêm inertes.

Aliás, sem fazer o primeiro giro, essa é a montagem do *discurso do mestre*: um mestre ( $S_1$ ) no lugar do *agente*, dirigindo-se a um saber ( $S_2$ ) no lugar do *Outro*, tendo como *produção* um mais-de-gozar ( $a$ ) que, todavia, não se restitui ao sujeito dividido (\$) que figura no lugar da *verdade*. Temos assim uma ordenação que é feita na tentativa de restituição da perda (de gozo) implicada no processo de representação do sujeito. Dito de outro modo, uma tentativa (entre quatro) de fixar estaticamente o discurso.



No entanto, o discurso é um aparelho dinâmico. Embora se valha desses dois aspectos estáticos, enquanto aparelho operante não há nele *estática* possível uma vez que forma um sistema no qual não há equilíbrio de forças. O que um discurso produz é no máximo uma estabilidade relativa, temporária, mas sempre passível de movimento. A inscrição do objeto  $a$  na matriz (anteriormente tripódica no ensino de Lacan, figurando apenas por um sujeito \$ que se representa por um *Significante Mestre*  $S_1$  para um outro significante  $S_2$ ), representa a

presentificação do gozo na medida em que no discurso ele não figura como objeto da falta que é causa de desejo, mas como mais-de-gozar que coloca o sistema em repetição. Do modo como entendo, é preciso ler a escritura do discurso como um circuito em repetição, um circuito que se empreende na tentativa de fechar um ciclo mas que, ao não fazê-lo, retorna ao ponto de início numa nova tentativa. Sempre partindo do mesmo ponto a menos que se promova um giro dos termos. Aí então teríamos a inauguração de uma nova repetição que se promove até que o aparelho gire novamente, etc.



Temos então dois aspectos estáticos (da matriz da linguagem e da inércia das posições que montam o discurso) que ordenam os termos sobre o discurso de maneira constante. E dois aspectos dinâmicos: aquele do movimento interno da repetição de cada discurso (que percorre as quatro posições) e um outro que se refere ao quarto de giro capaz de fazer um discurso passar a outro (com o deslizamento dos termos por sobre as posições). Tendo indicado aqui minha perspectiva, passemos a uma explicação pormenorizada disso para, em seguida, tentar extrair daí algumas consequências que se mostram centrais para a discussão que propõe este trabalho.

### 2.1.1 – Uma estrutura que contém seu furo

Já na primeira lição de *O Seminário, livro 17...*, Lacan ([1969-70] 1992) define o discurso a partir do que nele está em questão e que o coloca como uma estrutura necessária, mas que ultrapassa a palavra: o gozo. De fato, é apenas no final da lição que se esclarece como

sendo o gozo isso que está em questão no discurso. Por meio do desenvolvimento já nesses primeiros passos podemos entrever o discurso figurar como um aparelho de ordenação do gozo no âmbito da relação entre os corpos. Pela via contrária talvez se faça mais claro: podemos dizer que aquilo que enlaça os corpos em sociedade – talvez seja mais preciso o termo civilização – é esse aparelho ordenador de gozo. Aparelho necessário e sem palavras, diz Lacan ([1969-70] 1992. p.11). Além disso, ele se refere o tempo todo ao discurso utilizando não apenas o termo *aparelho*, mas também *sistema* e *estrutura*.

Pensemos no que significa uma construção como essa num seminário proferido na virada de 1969 para 1970. Se há aí uma polêmica, é necessário dizer que Lacan não se coloca nessa posição de maneira ingênua. A França da década de 60 foi palco da ascensão do movimento estruturalista e as revoltas de maio de 68 marcaram o início de seu declínio. Nesse sentido não vejo forma melhor para expor a posição de Lacan nesse contexto do que colocando-o em diálogo com Foucault.

Logo após a publicação de *As palavras e as coisas* (FOUCAULT, [1966] 2002), ainda em 1966 numa entrevista concedida a Madeleine Chapsal, Foucault, quando indagado sobre Sartre, faz uma crítica ao que este trazia sobre o papel do *sentido* a partir do existencialismo. Logo em seguida a entrevistadora lhe pergunta quando foi que ele havia deixado de crer no sentido. Faço questão de trazer a resposta:

“O ponto de ruptura situa-se no dia em que Lévi-Strauss para as sociedades e Lacan para o inconsciente nos mostraram que o sentido não era provavelmente mais do que uma espécie de efeito de superfície, uma cintilação, uma espuma, e que o que nos atravessava profundamente, o que estava antes de nós, o que nos sustentava no tempo e no espaço era o *sistema*” (FOUCAULT, [1966] 1994, p.514. Tradução nossa)<sup>14</sup>

Sem avançar para o que Foucault entendia por *sistema* (foi essa a pergunta seguinte da entrevistadora), penso que essa citação marca bem o modo como vinha sendo tomado o ensino de Lacan. Além disso, essa citação ajuda a interpretar certo uso desses termos que aparecem de modo tão curioso já no início do *Seminário 17*, sistema, aparelho, estrutura e... sentido! Mas quanto a este último, sua interpretação exige ainda alguma contextualização. Pois poucos meses

---

<sup>14</sup> Traduzido de “Le point de rupture s'est situé le jour où Lévi-Strauss pour les sociétés et Lacan pour l'inconscient nous ont montré que le sens n'était probablement qu'une sorte d'effet de surface, un miroitement, une écume, et que ce qui nous traversait profondément, ce qui était avant nous, ce qui nous soutenait dans le temps et l'espace, c'était le *systeme*”

antes do início desse seminário de Lacan, Foucault proferia sua famosa conferência: *O que é um autor* (FOUCAULT, [1969] 2011).

Na referida conferência, não apenas Lacan estava presente, mas também o sociólogo Lucien Goldmann. Há um embate entre eles subentendido na discussão que se segue à conferência. Nela, Goldmann faz uma crítica do que chama de “estruturalismo não-genético” – perspectiva à qual refere não apenas Foucault, mas Lacan aparentemente – ao qual se opõe na medida em que este, segundo Goldmann, operaria em sua metodologia de análise uma negação do sujeito e sua substituição pela estrutura. Esta que, por sua vez, conferiria ao homem o papel de uma função nessa estrutura, apagando seu caráter ativo, causal, nas transformações sociais. Se isso não está claramente endereçado a Lacan, adiante faz um ataque que se não estava, Lacan certamente o toma assim. Diz Goldmann:

“Assim como Foucault, penso que muito freqüentemente, e principalmente hoje, a reflexão sobre Marx, Freud e mesmo Durkheim se apresenta sob a forma de um retorno às fontes, pois se trata de um retorno a um pensamento filosófico, contra as tendências positivistas, que querem fazer as ciências do homem a partir do modelo das ciências da natureza. Seria ainda preciso distinguir o que é o retorno autêntico do que, sob a forma de um pretense retorno às fontes, e na realidade uma tentativa de assimilar Marx e Freud ao positivismo e ao estruturalismo não-genético contemporâneo que lhe são totalmente estranhos.

É sob essa perspectiva que gostaria de terminar minha intervenção, mencionando a frase que se tornou célebre, escrita no mês de maio por um estudante no quadro-negro de uma sala da Sorbonne, e que me parece exprimir o essencial da crítica ao mesmo tempo filosófica e científica do estruturalismo não-genético: "As estruturas não descem para a rua", isto é: não são jamais as estruturas que fazem a história, mas os homens, embora a ação destes últimos tenha sempre um caráter estruturado e significativo.” (FOUCAULT, [1969] 2011, p.293)

Lembre-mos que nessa ocasião Lacan proferia aquilo que está em *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro* (LACAN, [1968-69] 2008) que articula largamente Freud e Marx e onde ele propõe o entendimento do objeto *a* como mais-de-gozar a partir do que se entende em Marx pela mais-valia. Em sua fala nessa discussão, embora endereçada a Foucault, Lacan claramente responde a Goldmann. Nesse ponto peço licença ao leitor para fazer uso ainda de outra citação demasiado longa, mas se faço isso é apenas pela importância do que contém. Assim, trago na íntegra a fala de Lacan:

“Recebi o convite muito tarde. Lendo-o, notei, no último parágrafo, o "retorno a". Retorna-se talvez a muitas coisas, mas, enfim, o retorno a Freud é alguma coisa que eu tomei como uma espécie de bandeira, em um certo campo, e aí eu só posso lhe agradecer; você correspondeu inteiramente a minha expectativa. A propósito de Freud, evocando especialmente o que significa o "retorno a", tudo o que você disse me parece, pelo menos do ponto de vista em que eu pude nele contribuir, perfeitamente pertinente.

Em segundo lugar, gostaria de enfatizar que, estruturalismo ou não, não me parece de forma alguma que se trate, no campo vagamente determinado por essa etiqueta, da negação do sujeito. Trata-se da dependência do sujeito, o que é completamente diferente; e muito particularmente, no nível do retorno a Freud, da dependência do sujeito em relação a alguma coisa verdadeiramente elementar, e que tentamos isolar com o termo "significante".

Em terceiro lugar - limitarei a isso minha intervenção -, não considero o que seja de forma alguma legítimo ter escrito que as estruturas não descem para a rua, porque se há alguma coisa que os acontecimentos de maio demonstram é precisamente a descida para a rua das estruturas. O fato de que ela seja escrita no próprio lugar em que se opera essa descida para a rua nada mais prova que, simplesmente, o que é muito freqüente, e mesmo o mais freqüente, dentro do que se chama de ato, que ele se desconhece a si mesmo.” (FOUCAULT, [1969] 2011, p.297-298)

Cabe então a pergunta: que estrutura é essa proposta para o discurso?

Pois bem, vejamos então como Lacan monta sua estrutura em *O Seminário, Livro 17...* incluindo nela um ponto de entropia. Claro, a montagem não é nada direta. No primeiro passo há a apresentação do aparelho e logo após completar a escrita dos “quatro pés” que o constituem, incluindo o *a*, pontua:

“Isto é só para especificar um aparelho que não tem absolutamente nada de imposto, **como se diria em uma certa perspectiva, nada de abstraído de qualquer realidade**. Muito pelo contrário, está desde já inscrito naquilo que funciona como essa realidade de que eu falava agora mesmo, a do discurso que já está no mundo e que o sustenta, pelo menos aquele que conhecemos. Não apenas já está inscrito, como faz parte de seus pilares.” (LACAN, [1969-70] 1992. p.12-13. Grifo nosso)

Note-se aí que Lacan propõe o discurso como um aparelho, mas já anuncia que não se trata de uma imposição teórica abstrata, dessas que nada dizem do modo como um sujeito experimenta a vida. Aponto isso apenas para mostrar que é patente o enfrentamento à crítica do estruturalismo. Ainda assim, é necessário deixar claro que não se trata nesse enfrentamento de

tomar parte como estruturalista – como pode parecer ao final dessa citação que parece partilhar da exata mesma perspectiva exposta por Foucault na entrevista de 1966 –, mas, pelo contrário, se trata justamente de brincar com essa vacilação entre uma fenomenologia existencial e um formalismo abstrato. Note-se que Lacan avança dizendo que propõe uma “fórmula” para o discurso, ou seja, uma construção na qual não importam quais formas damos para seus termos já que, quaisquer que sejam, importará apenas mostrar a manifestação de relações constantes entre eles – daí o discurso ser “sem palavras”, já que as palavras entram aí apenas como a forma dos termos.

Mas de novo uma tortuosidade, ao falar da “fórmula” diz logo em seguida:

“Que diz ela? **Ela situa um momento.** A sequência do que o nosso discurso desenvolverá aqui é que nos dirá que **sentido** convém dar a esse momento. Ela diz que é no instante mesmo em que o  $S_1$  intervém no campo já constituído dos outros significantes, na medida em que eles já se articulam entre si como tais, **que ao intervir junto a um outro, do sistema,** surge isto,  $\$$ , que **é o que chamamos de sujeito como dividido.** Todo o seu estatuto deverá ser retomado este ano, com todo o seu peso.”  
(LACAN, [1969-70] 1992, p.13. Grifos nossos)

Quando poderia parecer que Lacan envereda para o estruturalismo com suas proposições em termos de *aparelho* e *fórmula*, traz para sua montagem o *sentido* e o *sujeito*. Mas proponho que se atente para o termo *momento*. O que podemos depreender se quando Lacan diz que sua fórmula “situa um momento”, tomamos esse termo a partir do sentido que ele tem na mecânica geral? É isso, precisamente, que embasa minha tentativa de ler o discurso por seus aspectos *estáticos* e *dinâmicos*. Em mecânica geral o *momento* se refere a uma força aplicada sobre um eixo. Assim, *momento* é a grandeza física que mede a tendência daquela força provocar rotação em torno do eixo.

Seguindo por aí, se pensamos que os quatro termos algébricos –  $S_1$ ,  $S_2$ ,  $a$ ,  $\$$  – giram por sobre esse eixo que é a própria estrutura do discurso composta pelas posições fundamentais – agente, Outro, produção e verdade – podemos inclusive entender uma ambiguidade no uso do termo *sentido*. Se tomamos *momento* simplesmente por *instante* (há a ocorrência desse termo logo depois, mas talvez seja o caso de não esquecer a precisão desses termos outrora no ensino de Lacan), *sentido* pode ser entendido aí como nexos, significação, etc. Mas diante do termo *momento* como propus acima, *sentido* nos dá outra indicação: levógiro ou dextrogiro.

Mas, é evidente, o que Lacan indica aí de fato é o esboço dessa divisão do discurso em dois campos, divisão que se faz tão clara com o *discurso do mestre*: o campo do Outro como aquele em que figura o saber,  $S_2$  (campo já constituído previamente e que é do sistema, se nos permitirmos ler também essa ambiguidade); e, por oposição, o campo do sujeito, lado esquerdo do discurso em que figuram o agente e a verdade e onde o sujeito,  $\$$ , surge alocado no lugar da verdade e representado por um *Significante Mestre*,  $S_1$ , que age em relação ao campo anterior. Com isso Lacan indicaria que o estruturalismo toma apenas um dos dois campos como se fosse a totalidade do sistema? Mas sem nos deter aí, sigamos ainda pela montagem do aparelho.

Lacan diz da inclusão de  $a$  ao apontar que em seu ensino se acentua que desse percurso empreendido pelo sujeito na tentativa de se representar por um significante para um outro significante há uma perda. Esse percurso, convém lembrar, toma uma expressão melhor delimitada no discurso: trata-se de um sujeito que se representa por um *Significante Mestre* intervindo em um saber que é campo do Outro. Esse trajeto produz  $a$ , figurando aqui como mais-de-gozar.

### 2.2.2 – O duplo estatuto do objeto $a$

A essa altura se faz necessário indicar com maior precisão esse duplo estatuto do objeto  $a$ , pois há pelo menos dois modos para sua definição: como resto de uma divisão do sujeito, que o faz figurar como objeto faltoso que é causa do desejo; ou como pequeno excesso de gozo que se produz no campo do Outro a partir do *discurso do mestre*, entendido como mais-de-gozar. No primeiro caso, a definição remonta ao percurso entre os livros 10 e 11 de *O Seminário*, enquanto no segundo caso a definição remonta ao percurso entre o 16 e o 17. Ambos, no entanto, “relacionados à fundação do sujeito e à constituição de sua economia” (CABRAL, 2002, p. 78).

Quanto a isso, Cabral (2002) é quem traz uma contribuição mais direta em relação ao que trabalho aqui. A autora investiga justamente este duplo estatuto do objeto  $a$  propondo sua leitura a partir de uma articulação entre psicanálise e matemática. Ela retoma a analogia à operação de divisão aritmética que Lacan faz em *O Seminário, livro 10: a angústia* ([1962-63] 2005) quando explica o lugar de  $a$  em relação à divisão do sujeito. A partir daí, Cabral (2002) coloca a possibilidade de um segundo entendimento (sobre essa mesma operação) que serve como chave de leitura para o objeto  $a$  enquanto mais-de-gozar tal como figura no discurso.

É preciso, então, entender de início que para a ocorrência da operação de divisão é necessário que se deem um dividendo e um divisor. Para a operação de divisão do sujeito, Lacan ([1962-63] 2005) propõe diferentes grafias. Cabral (2002, p.78) propõe escrevê-la de maneira simplificada para demonstrar aquilo que importa mais diretamente ao lugar do objeto *a*:

$$\begin{array}{r|l} A & S \\ \hline a & \$ \end{array}$$

Ou seja, para pensar a divisão constitutiva do sujeito nesses termos é necessária a existência prévia de um Outro (A). Pensemos este Outro, que figura como campo dos significantes (digamos aqui, como o campo do saber que articulamos há pouco). Também é necessário assumir a existência de um sujeito primitivo – hipotético, que Lacan designa como “ainda inexistente” (LACAN, [1962-63] 2005, p.36) – anterior à divisão. O resultado dessa divisão será então a inscrição do sujeito enquanto barrado (\$) no lugar do quociente, enquanto figura um resto (*a*) que se extrai do Outro não podendo ser representado junto ao sujeito, ou, em outras palavras, faltando à sua representação.<sup>15</sup>

“Na aritmética, o resto pode ser tomado, em um sentido mais usual, como quantidade que falta ao produto do quociente pelo divisor para se chegar ao dividendo (dividendo = quociente x divisor + resto) ou, em um sentido não tão comum, como quantidade que o dividendo possui a mais que o produto do quociente pelo divisor, um excesso do dividendo (dividendo - resto = quociente x divisor).” (CABRAL, 2002, p.78)

Nesse duplo estatuto do objeto *a* temos então a possibilidade de pensá-lo tanto pela via de uma falta quanto de um excesso. Disso dependerá o ponto de vista. Ou seja, quando se pretende articular *verdade* e *desejo* o objeto entra com seu caráter de *causa* (a verdade sobre a causa do desejo indica um objeto que falta à representação). Por outro lado, quando se pretende articular *saber* e *gozo* o objeto entra com seu caráter de *efeito* (ao interpelar o saber, S<sub>2</sub>, com seu S<sub>1</sub>, o sujeito faz com que se produza nesse campo, do Outro, uma queda desse objeto que é da ordem do gozo... de quem?). Mesmo no âmbito do discurso (*do mestre*, no caso), o caráter

<sup>15</sup> Porque estou utilizando a escrita da divisão conforme Nelma de Mello Cabral (2002) propõe a partir de alguma precisão matemática e que não se encontra em *O Seminário, livro 10...*, um esclarecimento importante se faz necessário sobre a escrita de Lacan nesse seminário: cada um dos esquemas da divisão apresentados utilizam uma grafia que tem por objetivo situar os termos em relação a dois campos que serão articulados ao esquema do espelho. Não se trata, portanto, da mesma grafia da operação de divisão utilizada aqui. Porém, Lacan é claro ao situar os lugares de quociente e resto respectivamente para o sujeito dividido e o objeto *a* já na lição de 21 de novembro de 1962. Daí a escrita proposta pela autora e replicada aqui.

faltoso do objeto não desaparece, fica subsumido a esse sujeito como dividido que figura no lugar da verdade.

É na articulação entre a causa do desejo e a perda de gozo (que se apresenta como excesso no campo do Outro) que Lacan mostra com o discurso a instauração da economia psíquica de modo a articular numa só montagem a alienação da entrada na linguagem – relativa ao objeto como falta – à alienação no laço social – relativa ao objeto que figura como excesso expropriado do sujeito.

Voltando à primeira lição de *O Seminário, Livro 17...* Lacan traz Freud para indicar de onde extrai essa função do objeto no discurso em relação à repetição. Indica que é no discurso de Freud sobre o sentido da repetição no ser falante, ou seja, *do Além do princípio de prazer* (FREUD, [1920] 1996a). E acrescenta: “De fato, não se trata, na repetição, de qualquer efeito de memória no sentido biológico. A repetição tem uma certa relação com aquilo que, desse saber, é o limite – e que se chama gozo.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.13)

É aí então que se expressa o ponto fundamental:

“Vocês sem dúvida me dirão que, em suma, nisso estamos sempre dando voltas – o significante, o Outro, o saber, o significante o Outro, o saber, etc. Mas é justamente aí o que **o termo gozo nos permite mostrar o ponto de inserção do aparelho**. Fazendo isto, saímos sem dúvida do que autenticamente está em questão no saber, do que é reconhecível como saber, para nos reportarmos aos limites, ao seu campo como tal, aquele que a palavra de Freud ousa enfrentar.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.13. Grifo nosso)

Para fazer a discussão girar em torno disso que chama de “limites do saber” Lacan retoma sua crítica à tradução do termo *Trieb* na obra de Freud por *instinto* ao invés de *pulsão*. Propõe aí uma interpretação (com alguma ironia) desse deslize de tradução, uma leitura a respeito do que está em questão no instinto: “Popularmente, a ideia de instinto é justamente a ideia de um saber – de um saber do qual não se é capaz de dizer o que quer dizer, mas que se presume, e não sem razão, que tenha como resultado que a vida subsista.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.14). Ora, um saber que tenha um sentido de preservação da vida não é definitivamente o que está em questão na *pulsão* de morte. Daí a colocação sobre a descoberta de Freud:

“De tudo o que ela articula, o que resulta? Não o saber, mas a confusão. Pois bem, da própria confusão temos que extrair uma reflexão, pois trata-se dos limites e de sair do sistema. Sair dele em virtude de quê? De uma sede de sentido, como se o sistema o necessitasse. O sistema não tem nenhuma necessidade. Mas nós, seres de fragilidade,

que como tais voltaremos a nos encontrar em cada curva no decorrer deste ano, nós temos necessidade de sentido. Pois bem, eis aqui um sentido.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.13)

De maneira direta, o que Lacan tenta evidenciar no discurso é justamente o ponto de inserção do sujeito com seu gozo. Em relação a isso, vejamos ainda algo na lição de 14 de janeiro de 1970. Nela Lacan volta à questão do instinto e se faz mais claro com relação a isso ao afirmar que o primeiro passo de Freud, na *interpretação dos sonhos* (FREUD, [1900] 1987), foi mostrar que o inconsciente permite situar o desejo do sujeito. Mas, com esse passo dado, no *Além do princípio de prazer* é que Freud pôde afirmar que temos que considerar a função da repetição na economia psíquica.

“A repetição, o que é? Leiamos o texto de Freud, e vamos ver o que ele articula.

É o gozo, termo designado em sentido próprio, que necessita a repetição. Na medida em que há busca do gozo como repetição que se produz o que está em jogo no franqueamento freudiano – o que nos interessa como repetição, e se inscreve em uma dialética do gozo, é propriamente aquilo que se dirige contra a vida. É no nível da repetição que Freud se vê de algum modo obrigado, pela própria estrutura do discurso, a articular o instinto de morte.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.43)

Não me deterei nesse estranho uso do termo instinto, que certamente pode produzir equívocos – e que, no entanto, não me parece mais que uma ironia. Vou direto ao que importa: a articulação entre o primeiro passo de Freud e aquilo que a repetição mostra, nos diz Lacan, é que o princípio do prazer (enquanto princípio da menor tensão) é justamente algo que diz da necessidade de uma tensão mínima necessária à sustentação da vida. Ou seja, é aquilo que mantém um limite em relação ao gozo (que por sua vez seria a zerificação absoluta da tensão, a morte, portanto). Coisa que Lacan traz de algum modo sempre que se debruça sobre a temática do desejo. Mas desde o texto freudiano já está posto que essa restituição do gozo ao sujeito fracassa e que é o que está colocado por Lacan sobre o objeto *a* em relação ao desejo: esse caráter faltoso, perdido desde a origem, sem possibilidade de retorno, mas que por isso mesmo põe o sujeito em seu movimento desejante.

Por sua vez, ao se articular no discurso, esse aspecto de falta do objeto deve ser entendido de outro modo, como procurei apontar. Faço-o novamente aqui, com algum avanço. Com o discurso, Lacan dispõe os termos da estrutura nessa montagem bipolar onde um polo é o campo do sujeito e um polo é campo do Outro. Daí que aquilo que se perde para o sujeito, se mostra como produzido no campo do Outro articulado como gozo, como mais-de-gozar, em

relação ao saber (lembrando que tomo até aqui sempre o *discurso do mestre* como base). Isso, claro, não é simples e há aí um passo de Lacan em relação a Freud que remonta ao que já começou a ser exposto no seminário proferido em 1961 sobre a identificação.

“Agora vem o que Lacan aporta. Que diz respeito a essa repetição, essa identificação do gozo. Aí, tomo do texto de Freud, para dar-lhe um sentido que lá não está apontado, a função do traço unário – quer dizer, da forma mais simples de marca, que é, falando propriamente, a origem do significante. E afirmo isto – que não se vê no texto de Freud, mas de modo algum poderia ser descartado, evitado, rejeitado pelo psicanalista –, que é no traço unário que tem origem tudo o que nos interessa, a nós, analistas, como saber.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.44)

É com isso que Lacan coloca o aspecto econômico da estrutura em relação ao significante. No próprio movimento da cadeia significante, na articulação entre significantes está implicado um sentido (que se repete) e que é a tentativa de representação do sujeito. “O significante, então, se articula por representar um sujeito junto a outro significante. É daí que partimos para dar sentido a essa repetição inaugural na medida em que ela é repetição que visa o gozo.” (LACAN, [1969-70] 1992, p. 45). O saber é, então, entendido como esse campo já dado do conjunto dos significantes (subsumido por  $S_2$ ) onde o sujeito procura inscrever-se, se fazer incidir, representar-se por seu traço unário que tenta representar com um significante ( $S_1$ ).

“Tal saber é meio de gozo. E quando ele trabalha, repito, o que produz é entropia. Essa entropia, esse ponto de perda, é o único ponto, o único ponto regular por onde temos o acesso ao que está em jogo no gozo. Nisto se traduz, se arremata e se motiva o que pertence à incidência do significante no destino do ser falante.

Isto pouco tem a ver com sua fala, com sua palavra. Isto tem a ver com a estrutura, que se aparelha. O ser humano, que sem dúvida é assim chamado porque nada mais é que o húmus da linguagem, só tem que se *emparalhar*, digo, se *apalavrear* com esse aparelho.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.48)

A estrutura significante disposta nessa esquematização do discurso revela de modo exemplar que o objeto se produz no campo do Outro. É preciso entender que é justamente sobre este “produto” que Lacan dá um sentido de entropia. Ou seja, quando fala em *produção* no discurso ele não está apontando simplesmente um objetivo para o qual o sistema se dirige. Se quisermos apontar um objetivo não podemos tomar apenas o lugar da produção, mas o sentido que ela toma entre dois termos no mínimo: “É com o saber como meio do gozo que se produz o trabalho que tem um sentido, um sentido obscuro. Esse sentido obscuro é o da verdade.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.48).

Para captar o que Lacan aponta sobre o lugar da *produção* no discurso, a entropia deve ser entendida aí, a partir das referências que ele faz à energética – (Cf. LACAN, [1969-70] 1992, p.46). Portanto, como grandeza termodinâmica que mede o grau de irreversibilidade de um sistema.

Isso se compreende da seguinte forma: na termodinâmica temos como lei que *trabalho* pode ser completamente convertido em *calor*, em *energia térmica*. No entanto, *energia térmica* não pode ser completamente convertida em *trabalho*. Ao tentar transformar energia térmica em trabalho ocorre sempre, invariavelmente, uma perda. A esta dá-se o nome de *produto*, ou seja: não aquilo que se deseja produzir, mas algo que não se pode evitar que seja produzido. Eis o que se deve entender como produção no discurso. A entropia, em termodinâmica, é aquilo que procura justamente medir essa parcela de energia que não pode ser reconvertida, restituída, que se perde nessa transformação. Daí inclusive a possibilidade tomar a coisa pela chave marxiana da mais-valia: existe no sistema uma parcela de trabalho que não pode ser restituída, que é usurpada na produção assim que o trabalho é realizado. É o mais-de-gozar (*a*) que é usurpado do sujeito (\$) no trabalho da repetição, trabalho esse cujo meio de produção é do Outro ( $S_2$ ). Por fim, é apenas se o lugar da produção for entendido assim que o discurso mostra que o saber é meio de (produção do) gozo... expropriado do sujeito.

O entendimento do objeto *a* em relação ao gozo, portanto sua colocação no discurso como mais-de-gozar, tem a função de mostrar que o sujeito se coloca no discurso numa tentativa de restituição dessa perda de gozo implicada em sua entrada na linguagem, e é essa justamente a força motriz do discurso! Desse modo Lacan procura formalizar o modo como se articulam, à maneira moebiana<sup>16</sup>, a alienação constitutiva da entrada na linguagem e a alienação implicada no laço social. Nessa tentativa, porém, mostra que o sujeito apenas vai da impossibilidade à impotência. Mais ainda: se esse objeto para o qual se dirige a pulsão não fosse justamente um vazio – carecendo de representação simbólica, uma vez que é marca da incidência do real – o circuito poderia se fechar, a restituição (simbolicamente) seria possível, o movimento poderia

---

<sup>16</sup> A quem possa desconhecer o termo, remeto à obra “Banda de Möbius 2” do famoso Maurits Cornelis Escher criada em 1963. Nessa obra, Escher se inspira no objeto topológico inventado em 1858 pelo astrônomo e matemático alemão August Ferdinand Möbius. Na imagem, Escher reproduziu a banda (também chamada de fita ou laço), que possui estrutura espacial de superfície infinita, incluindo formigas que caminham por sobre ela para tornar mais visível a impossibilidade de representar o dentro e fora como espaços antagônicos (ao mesmo tempo em que permanece sempre a ilusão de uma distinção entre dois lados).

se interromper e certamente as estruturas não desceriam às ruas, nem iriam para lugar algum, já que se trataria de estruturas simbólicas plenas, sem sujeito.

Desse modo, se há discurso, se há articulação da linguagem em direção a um sentido (de restituição), é porque há sujeito (constituído por uma perda). E isso não implica que não possamos depreender tanto para o sujeito quanto para o discurso uma estrutura, desde que nela esteja contido aquilo que não pode ser representado – e para isso esse ponto só pode representar a razão pela qual há movimento em direção à representação, tentativa de uma correspondência desde o campo do sujeito até o campo do Outro.

Daí por diante quando se fala em estrutura em psicanálise não se trata absolutamente de um circuito fechado, que se contrapõe à multiplicidade dos fenômenos sociais ou que os reduz a uma estrutura fechada e abstrata. Há no lugar disso uma subversão, se esboça um aparelho que gira, uma estrutura sim, mas móvel. Desse modo o que a sistematização do discurso visa não é o encerramento dos fatos sociais sob uma fórmula estática. Tampouco se propõe, contra isso, a recusa de uma formalização capaz de ler o que acontece dinamicamente no laço social. A teoria dos discursos é um modo de articular aspectos estáticos e dinâmicos, de tentar explicar como e em razão do quê os laços sociais oscilam entre cristalizações e rupturas, entre repetições e giros, e a que isso corresponde em termos da economia psíquica dos sujeitos. Trata-se, portanto, de um referencial em que clínica e política são, de fato, indissociáveis.

## **2.2 O laço social do mestre pervertido ou a reforma em seu furo.**

Se até aqui tratei do discurso pela via de sua montagem fundamental, a do *discurso do mestre*, agora gostaria de explorar algumas consequências de seus giros. Ao longo do Seminário 17, Lacan ([1969-70] 1992) pretende, fundamentalmente, formalizar a montagem dessa estrutura do discurso para mostrar como se produz o *discurso do analista* (avesso do *discurso do mestre*) e quais seriam os seus efeitos nos termos do laço social. Mas para isso discutirá longamente os outros dois, *discurso universitário* e *discurso da histérica*, para mostrar que não se vai da mestria à psicanálise sem alguns entremeios. De antemão, indico que darei especial importância aos desenvolvimentos sobre o *discurso universitário* por entender que há uma preocupação em particular aí, da parte de Lacan, e que essa preocupação dialoga intimamente com a problemática das reformas psiquiátricas – contribuindo, inclusive, com novas

delimitações para se pensar se uma reforma da psiquiatria é ou não antimanicomial. Para isso será necessário não ficar apenas no texto do Seminário 17.

A essa altura se impõe uma questão que trago aqui nas palavras de Askofaré (2009b): “o que autoriza a psicanálise a falar da exclusão?” (p.401). Isso se impõe como uma questão, segundo o autor, por duas razões maiores a princípio. A primeira seria o fato de que a psicanálise se apresenta em sua prática mais comum (se referindo ao consultório particular), bem como na representação social mais corriqueira, como uma prática inacessível a uma certa parcela da população que é denominada “excluída” do ponto de vista sócio-econômico. E a segunda razão, considerando a teoria psicanalítica, é o fato de que não encontramos a *exclusão* como categoria ou conceito próprio da psicanálise.

Vejamos as respostas que esse autor traz à questão colocada anteriormente. São três.

A primeira diz respeito à prática dos psicanalistas. Askofaré (2009b) diz que é raro encontrar psicanalistas cujo exercício profissional se limite ao atendimento clínico em consultório particular. O mais interessante dessa resposta é que conserva a crítica dessa prática como elitizada, mas permite um avanço. É frequente que os psicanalistas, mesmo que na maioria das vezes exerçam a posição de profissional liberal, estejam inseridos em instituições – de saúde, assistência social, educação, entre outras. E, nos diversos contextos institucionais, “Se eles não exercem sempre a psicanálise, longe está que, em sua prática médica, psiquiátrica, psicológica, de professor ou de pesquisador não esteja profundamente marcada por sua experiência pessoal e seu exercício da psicanálise.” (ASKOFARÉ, 2009b, p.401-402). Algo com o que concordo a partir de minha própria experiência e de tantos colegas. E o que importa aqui é que nesses espaços a exclusão – enquanto fenômeno – é frequentemente encontrada e, por diversas vezes, tratada.

Em seguida, Askofaré (2009b) considera que “Os “excluídos” são então, talvez, excluídos de tudo, menos do inconsciente e de seus efeitos.” (ASKOFARÉ, 2009b, p.402) desde que consideremos o que nos traz Lacan com relação ao *discurso do mestre* como aquele que representa a entrada na linguagem. Isso nos leva, então, ao último dos três pontos:

“Se a psicanálise está fundamentada a falar da exclusão seria somente pela razão seguinte: enquanto saber e experiência, a psicanálise só é possível como discurso – laço social *sui generis*, mas laço social mesmo que entre dois protagonistas, o analisando e o analista – e numa dependência e numa articulação com os outros discursos em que se sustenta o laço social.” (ASKOFARÉ, 2009b, p.402)

Por essa via, Askofaré leva a discussão ao campo da diferença entre psicanálise em intensão e extensão, apontando para este segundo campo como privilegiado para que se possa tratar das questões relativas à exclusão por uma via psicanalítica. Propõe quanto a isso, inclusive, uma retomada de pontos fundamentais da própria constituição da teoria psicanalítica no sentido de lembrar-nos que mesmo a psicanálise em intensão nasce do social. Ora, para afirmar isso basta retomar o caminho pelo qual Freud pôde dizer que “Na vida psíquica do indivíduo, o outro entra em consideração de maneira bem regular como modelo, objeto, ajudante e adversário, e por isso, desde o princípio, a psicologia individual também é ao mesmo tempo psicologia social” (FREUD, [1921] 1996b, p.87).

O que Freud encontra enquanto formula a teoria psicanalítica é que, ao verificar os modos pelos quais se constitui a vida psíquica do sujeito, isso sempre aponta para suas relações com o lugar que ocupa nas relações de amor e desejo daqueles que lhe cuidaram (isso acontecendo positiva ou negativamente). O interessante nesse ponto é que apesar da família constituir uma estrutura social, “a família não é a sociedade e, portanto, o familiar não saberia recobrir, por cada um, o social.” (ASKOFARÉ, 2009b, p.402). Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu* ([1921] 1996b) percorre esse caminho de atravessamento da dimensão familiar que determina a vida psíquica do sujeito indo até a dimensão das massas onde, no entanto, pôde encontrar algo comum aos dois campos: a *identificação*, ou seja, aquilo que permite a um sujeito assumir uma posição em um laço social.

Esse aspecto da teoria freudiana foi trabalhado por diversos autores como Wilfred Bion e suas teorizações sobre os pequenos grupos, ou mesmo pela chamada Ego-psychology em suas tentativas de dar conta do problema da adaptação de um indivíduo ao meio social, mas é a abordagem lacaniana que permitirá ir além. Concordo com Askofaré (2009b) quando aponta sobre a teoria dos quatro discursos, apresentada no Seminário 17, que ela constitui via privilegiada para se trabalhar com a noção de exclusão.

“Por quê? Porque somente ela permite pôr e tomar o que faz laço social entre “parlêtre”, o que faz coexistir os corpos, que permite determinar como e sob quais condições se está entre e, por conseguinte, como se permanece fora ou como se sai disso. Dito de outro modo, ela permite demonstrar que o jogo da exclusão não seja outro senão o próprio laço social e o lugar que ele reserva à singularidade.” (ASKOFARÉ, 2009b, p.403)

Mas, como disse há pouco, essa discussão exige não ficar apenas no texto do Seminário 17. E para caminhar por outros textos trago também alguma contextualização do que se passava no período que levou às revoltas de 1968.

### 2.2.1 – A reforma no contexto de 68

É durante o período de seu seminário *de um Outro ao outro* (LACAN, [1968-69] 2008) que Lacan é convidado pelo *Le Monde* para escrever um artigo opinativo, enquanto psiquiatra e psicanalista, comentando a reforma que estava sendo proposta por Edgar Faure para as universidades francesas e, em particular, no que tangia ao ensino da psiquiatria. Lacan não chegou a ver seu texto publicado, tendo este vindo a público apenas depois de sua morte. Trata-se do texto *On a Reform in It's Hole* (LACAN, [1969] 2015), onde Lacan traz um breve exame da referida situação, ao mesmo tempo em que traz articulações importantes entre saber, verdade e gozo, de um modo que faz desse texto um entremeio fundamental para a compreensão do que viria a ser a teoria dos discursos expressa nos seminários 16 e 17.

Para que se possa compreender a importância desse texto, se faz necessário entender um pouco do estado de crise em que se encontrava a universidade na França, bem como suas relações com os movimentos de Maio de 68. Nas palavras de Michel Thiollent:

“O sistema educacional e universitário não havia mudado durante várias décadas e entrou em crise. Começaram a ser encaminhados projetos de reformas, que foram contestados como propostas tecnocráticas pelos estudantes. A oposição à política gaullista em matéria de ensino superior ia crescendo. A ausência de perspectivas profissionais de um grande número de estudantes daquela geração de estudantes de nível superior contribuiu para fortalecer um sentimento "proletário", presente em frases como "Vamos lutar camaradas, nada temos a perder!". Tratava-se, basicamente, da geração do "baby boom" do imediato pós-guerra, que, apesar de seleção escolar muito rigorosa, chegava aos bancos da universidade em quantidade nunca vista. A velha universidade elitista não comportava tanta gente.” (THIOLLENT, 1998, p. 65)

Foi quando, na Universidade de Nanterres, grupos estudantis passaram a ocupar locais da administração sob a liderança de Daniel Cohn-Bendit em 22 de março de 1968. Esse movimento estudantil reivindicava mudanças num contexto universitário em que, por exemplo, pesquisas eram encomendadas por fornecedores de material bélico, questionando, portanto se era legítimo um sistema de pesquisa fragmentário que servia, entre outras coisas, ao complexo

industrial-militar. Além disso também se criticava de maneira enfática o tipo de ensino em ciências sociais, chegando a emergirem correntes radicais que substituíram o referencial positivista vigente por outros que incluíam o marxismo, a teoria crítica, a psicanálise e a fenomenologia (THIOLLENT, 1998). Esse movimento foi inspirado por tantos outros que aconteciam na década de 1960 ao redor do mundo e também inspirou o levante que aconteceu logo em seguida, no início de maio, abrangendo também outras pautas e desencadeando o conhecido conjunto de revoltas na França.

Após o desencadeamento das revoltas e greves em maio de 68, a ordem pública só foi restabelecida no mês seguinte por meio de um plebiscito que envolveu negociações trabalhistas e de reforma universitária (Cf. SHWARTZMAN, 1981) e que ao final resultou na organização de eleições gerais que deram vitória esmagadora ao partido de De Gaulle, o que foi bastante inesperado e controverso do ponto de vista dos manifestantes – de modo mais ou menos semelhante, talvez, ao que foi por aqui a ascensão do governo Temer e a subsequente vitória nas urnas de Bolsonaro se esses fatos forem entendidos como consequência das revoltas de 2013. Deixando de lado os acordos trabalhistas, nos interessa aqui a reforma do sistema universitário que ficou conhecida como *Réforme Edgar Faure*.

Faure foi o Ministro da Educação Nacional do governo de Maurice Couve de Murville (FERREIRA, 2018) e idealizador da reforma que modificou o sistema de disciplinas e a organização das universidades. Até aquele momento as disciplinas com maior prestígio social como direito, medicina, etc, eram ensinadas em faculdades separadas. “Com a reforma, as universidades pluridisciplinares foram criadas para favorecer as evoluções científicas que acontecem nas fronteiras das disciplinas” (Études, s.d. *apud* THIOLLENT, 1998). Com isso foi introduzido o sistema de “unidades de valor” – o equivalente ao sistema de créditos universitários como conhecemos no Brasil – que permite o gerenciamento de uma multiplicidade de disciplinas optativas, diminuindo assim a contestação da época.

Mas o que poderia parecer um avanço para alguns grupos estudantis, Lacan denunciaria, em seu texto para o *Le Monde*, como motivo de grande preocupação. Antes de prosseguir pelos argumentos de Lacan, gostaria de mencionar um posicionamento de Daniel Cohn-Bendit acerca da reforma universitária. Cohn-Bendit – cuja foto estampa a capa da versão impressa do Seminário 17 – declarou em *A Revolta estudantil* que

“o ensino burguês, mesmo reformado, fabricará quadros burgueses. As pessoas serão tomadas na engrenagem do sistema. Quanto muito, tornar-se-ão membros de uma

esquerda bem pensante, mas continuarão, objetivamente, a ser as peças que asseguram o funcionamento da sociedade.” (COHN-BENDIT, et al. 1968 apud THIOLENT, 1998)

Tal posição, além de bastante consonante com a de Lacan, traz à tona um outro fato histórico desse período que não pode ser deixado de lado: a criação do Centro Universitário Experimental de Vincennes – localizado inicialmente na periferia de Paris –, espaço que se propunha como atendimento das demandas estudantis, mas que na prática

“foi uma decisão genial porque concentrou num local bem específico as energias contestatárias e revolucionárias dos estudantes que pretendiam abolir o capitalismo e o Estado. Não era só a concentração, a visibilidade e controle à distância da energia física dos estudantes e dos professores que poderiam emergir para manifestações e criação de barricadas contra a polícia.” (FERREIRA, 2018, p.36)

Mas, chegado o momento de adentrar a argumentação de Lacan em seu texto propriamente dito, será necessário abrir um segundo flanco nessa discussão. Isso porque, em sua análise, Lacan parte das consequências dessa reforma para o ensino e prática da psiquiatria para somente ao final estender suas críticas ao contexto universitário como um todo, apontando aí os problemas da submissão da ciência ao capitalismo e os decorrentes riscos para a sociedade. Nesse quadro, inclusive, as críticas de Lacan se dirigem fortemente à política de *setor* que, como vimos anteriormente, vinha ganhando campo nas políticas públicas de saúde mental na França exatamente naquele período.

Pois bem, no contexto da reforma universitária de Faure, havia um projeto de autonomização da psiquiatria enquanto disciplina médica. Isso porque no contexto de reorganização do ensino no pós Segunda Guerra, a psiquiatria havia se tornado parte de uma disciplina híbrida sob a designação de *neuropsiquiatria* que, como o próprio nome indica, conjugava a psiquiatria e a neurologia. O mais importante aqui é que o ensino dessa disciplina ficava sob responsabilidade de neurologistas e, no âmbito da reforma de Faure, houve uma separação motivada por pressão do *Syndicat des Psychiatres Français* (SPF) que queria a autonomia da psiquiatria enquanto disciplina acadêmica, inclusive garantindo que fosse lecionada unicamente por psiquiatras (HOLLAND, 2015).

Nessa direção, o texto de Lacan pode ser encarado como um ensaio sobre as relações entre o saber, o objeto *a* e o “furo” – figura invocada por Lacan desde o título do texto. Lembremos que eu havia colocado anteriormente que se tratava de um texto sobre as relações entre saber, verdade e gozo. Mantenho essa tríade agora renomeada segundo os moldes que o

próprio Lacan coloca no texto: o objeto *a* dizendo respeito ao gozo (o que só será completamente formalizado no seminário 17, como vimos, quando receberá o estatuto de objeto mais-de-gozar) e o furo como aquilo que localiza a verdade na falha (no furo) do saber.

Lacan parte de uma crítica à reforma do ensino em psiquiatria, apartada da neurologia, lembrando das razões pelas quais essas disciplinas se conjugaram: por um lado a dificuldade epistemológica de sustentação da psiquiatria como disciplina científica e, pelo lado da neurologia, a dificuldade de sustentação da prática terapêutica diante de problemas clínicos que não podem ser explicados unicamente pelo modelo neurofisiológico. Desse modo, a psiquiatria teria se alicerçado nas “bordas queimadas [flaring edges]” (LACAN, [1969] 2015, p.16. Tradução nossa) desse furo no saber da neurologia, mas ao invés de responder a isso trazendo uma abordagem da causalidade psíquica a partir do real no sintoma, a psiquiatria ofereceu respostas de controle e normatização social. E ao se separar da neurologia, portanto, se encontraria apenas em sua função de controle social do anormal – razão pela qual Lacan chama essa psiquiatria de “sociatria” (LACAN, [1969] 2015, p.15). Ele é enfático em sua denúncia de que uma psiquiatria apartada da neurologia resultaria em um problema grave que se dá numa via de mão dupla.

Primeiro porque a psiquiatria deveria ser responsável justamente pela consideração e tratamento dos fenômenos que não podem ser subsumidos aos caminhos da rede neural e, portanto, não se trataria de demandar um lugar independente na “ciência”, mas justamente, ao contrário, de manter seu lugar junto à neurologia impedindo que ela resuma o sofrimento psíquico à neurofisiologia. Então, ao demandar sua independência da neurologia, os psiquiatras estariam cedendo o campo para essa, que o dominaria. Retroativamente, para se sustentar enquanto disciplina autônoma, a psiquiatria utiliza como recurso as drogas psicotrópicas que são produzidas pelo modelo neurológico de ciência. Nas palavras de Lacan, “colocar a farmacodinâmica ao alcance da incompetência (autorizada) foi o suficiente para deixá-los pensar que são cientistas, em virtude da certeza de que as drogas que eles prescrevem são produzidas e testadas cientificamente.” (LACAN, [1969] 2015, p.16, tradução nossa)<sup>17</sup>.

Por meio da indicação de um deslocamento na função que o saber passa a assumir no sistema capitalista, Lacan é capaz de fazer incidir sua crítica ao mesmo tempo sobre a psiquiatria e a universidade. Isso é posto de forma a mostrar que a suposta

---

<sup>17</sup> Traduzido de “Putting pharmacodynamics within the reach of (authorized) incompetence has been enough to let them think that they are scientists, by virtue of the certainty that the drugs they prescribe are produced and tested scientifically.”

democratização/popularização do acesso à universidade correspondia apenas a uma tal ideia de saber que precisa ser quantificável. Isso se faz trazendo para o âmbito universitário a mesma lógica presente no capital enquanto equivalente geral das mercadorias. Nesse ponto, Lacan comenta a revolta do Maio de 68 dizendo que ela precipitou aquilo que a teria causado, ou seja, a transformação da universidade em um “mercado do saber”:

“O “crédito universitário” [unité de valeur] promovido à medida de um grau que se atinge por merecimento, professa, como enorme ato falho, o que definimos como a redução do saber a serviço do mercado. Quanto ao “setor” psiquiátrico, não menos do que para as novas creches chamadas de universidades, suas funções estão sendo esboçadas a partir de como o sistema vai acabar se a ciência da qual ainda faz uso sucumbir a ele: nomeadamente, o campo de concentração generalizado.” (LACAN, [1969] 2015, p.20. Tradução nossa)<sup>18</sup>

É em referência a isso que Bousseyrroux vai dizer que:

“O campo de concentração generalizado seria, então, aos olhos de Lacan (ibid.), o fim para onde tende todo o sistema que pretende, em nome da política do setor psiquiátrico, assim como em nome da política da interdisciplinaridade, de-segregar o que desde séculos se segregava tanto nos asilos como nas Faculdades? Dito de outra forma, o discurso da universidade, na medida em que ele evolui cada vez mais para um discurso de experts e de tecnocratas, seria, em sua finalidade, um discurso fundamentalmente de-segregador – e, portanto, concentracionário.” (BOUSSEYROUX, 2012, p.110)

Por essa via é que procurarei a partir de agora retomar os desenvolvimentos de Lacan juntamente com o que trabalham alguns autores como Askofaré (2009c), Soler (2010), Bousseyrroux (2012), Braunstein (2010), entre outros acerca de dois aspectos: a degenerescência do *Significante Mestre* no *discurso universitário* e a aliança dessa modalidade discursiva ao capitalismo. Com base nisso podemos ver algumas diferenças entre *exclusão*, *segregação* e *concentração* de modo a poder situar melhor o problema.

---

<sup>18</sup> Traduzido de “The “course credit” [unité de valeur], promoted as the measure of a degree that has been earned, professes, like an enormous slip of the tongue, what we are defining as the reduction of knowledge to the function of the market. As for the psychiatric “sector,” no less than for the new daycare centers that are called universities, the features are being sketched out of how the system will end up, if the science that still makes use of the system succumbs to it: namely, the generalized concentration camp”

### 2.2.2 – *Discurso universitário, discurso capitalista*

Nesse ponto, porém, como vou seguir por uma discussão a respeito do *discurso universitário* e de sua aliança ao capitalismo, penso ser indispensável tratar de um aspecto espinhoso no campo da teoria dos discursos quando falamos das referências ao capitalismo. Isso porque há uma forte polêmica acerca de uma estranha fórmula para o *discurso capitalista* que abre margem para diferentes interpretações da teoria. Com relação a isso, Braunstein (2010) traz algumas contribuições que me parecem imprescindíveis. Ele nos guia por uma leitura da obra lacaniana que ajuda a esclarecer as condições da polêmica acerca do *discurso capitalista*.

“Tudo começa por uma noção que já é quase convencional e que leva a distinguir entre o *mestre antigo* – que promovia a formação de indivíduos juridicamente regulados em sua relação com o Soberano, súditos obedientes dotados de direitos e deveres – e o *mestre moderno* – que incita a satisfação direta de aspirações e demandas, roçando e perfurando as linhas de fronteira (*borderlines*) da lei. Um mestre era aquele da repressão e um novo mestre era este, que comanda o gozo. Um novo discurso, variante do anterior, teria emergido há uns três séculos e decretado paulatinamente o ocaso do discurso do mestre clássico. Essa nova modalidade de dominação foi proclamada e enunciada por Lacan com um termo pertinente: *discurso capitalista*.” (BRAUNSTEIN, 2010, p.148)

Para entender o contexto dessa polêmica em sua obra é necessário entender que o surgimento desse sintagma, *discurso capitalista*, em 1970 não acarretava nenhum problema a princípio uma vez que podia ser compreendido na mesma chave de um discurso filosófico, discurso científico, enfim. Um sintagma que adjective um discurso não remete invariavelmente à exigência formal de uma escrita algorítmica do discurso. Mas uma vez que é proposta tal escrita no Seminário 17, tal sintagma ganha outra relevância justamente a partir dessa exigência. Como trouxe anteriormente, ainda neste capítulo, a respeito da estrutura do discurso, ele constitui uma máquina que promove um giro não permutável dos termos por sobre seu eixo. Ou seja, se produzem estritamente 4 e não  $24^{19}$  possibilidades de montagem do discurso. Daí vejamos como se dá a aparição desse sintagma “discurso capitalista” na obra de Lacan no período entre o Seminário 16 (em 1968-69) e a conferência de Milão (em 1972).

Ao longo do Seminário 16, Lacan trabalha largamente as relações entre o capitalismo e a ciência no contexto moderno, mas essa articulação será retomada ao longo do Seminário 17,

---

<sup>19</sup> Matematicamente, uma permutação simples entre 4 termos (por exemplo  $S, S_1, S_2, a$ ) permitiria 24 possibilidades combinatórias se pudéssemos alternar a ordem dos termos. Isso se mantemos fixos os 4 lugares (verdade, agente/semblante, outro e produção), caso contrário as possibilidades seriam ainda mais numerosas.

quando Lacan propõe uma sucessão histórica para três discursos: o *do mestre*, o *universitário* (ou *capitalista*<sup>20</sup>) e o *do analista*. É importante fazer uma ressalva aqui para notar que o fato de propor uma sucessão histórica para o aparecimento de um discurso ou outro, não implica que estes não coexistam, nem que se substituam em absoluto, ou mesmo que não houvesse um ou outro antes desse aparecimento histórico. Quando Lacan fala dessa sucessão, nos esclarece Askofaré (2009a), o que está propondo “são as coordenadas de uma verdadeira *subjetividade*, quer dizer, de uma forma histórica e determinada de traços, de posições e de valores que os sujeitos de uma época têm em comum, em suas relações com o Outro, como discurso;” (ASKOFARÉ, 2009a, p.170). Ou seja, da prevalência de um discurso em relação aos demais numa dada época.

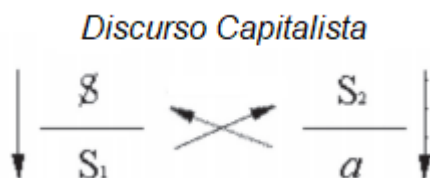
Retomando, então, é no Seminário 17 que Lacan profere: “Não se esperou, para ver isso, que o discurso do mestre tivesse se desenvolvido plenamente para mostrar sua chave no discurso do capitalista, em sua curiosa copulação com a ciência” (LACAN, [1969-70] 1992, p. 103). O que interessa no momento são as condições de instauração de uma polêmica sobre a possibilidade do *discurso capitalista* figurar como um quinto discurso. Se ao longo do Seminário 17 *discurso capitalista* e *discurso universitário* são dois nomes para mesma coisa, será apenas no Seminário 18 que ele ganha essa nuance que o colocará numa chave enigmática quando Lacan diz: “Se tivesse querido divertir-me, vale dizer, se eu procurasse a popularidade, poderia ter-lhes mostrado o **ínfimo giro**” (LACAN, 1970-71, leçon du 2 décembre de 1971 apud Braunstein, 2010, grifo nosso). Este “ínfimo giro” tampouco geraria polêmica uma vez que um dos aspectos dinâmicos do discurso é justamente aquele do quarto de giro – ínfimo, portanto – dos termos por sobre as posições. Desse modo continua claro que um quarto de giro nos termos do *discurso do mestre*, em sentido levogiro, levaria ao *discurso universitário*, ou *capitalista*. Ainda assim, que seria esse “poderia ter-lhes mostrado”? Afinal, em se tratando do quarto de giro do mestre para o capitalista/universitário, isso foi mostrado.

Mas a conferência *O discurso psicanalítico* (LACAN, 1972) proferida em Milão em maio do ano seguinte ao início do Seminário 18 trará uma nova referência a esse “ínfimo giro” que, agora sim, instaura polêmica. Na transcrição da conferência temos a escrita de uma “quinta” fórmula, além das quatro habituais, para o discurso. Trata-se de uma escrita do *discurso do mestre* que faz uma torção invertendo os lugares do agente e da verdade. Então, no lado esquerdo do *discurso do mestre*,  $S_1$  vai para baixo e  $\$$  para cima. Além disso também se

---

<sup>20</sup> Ao longo do Seminário 17, Lacan se refere ao *discurso universitário* por diversos nomes alternadamente: *discurso capitalista*, discurso do mestre moderno, do mestre pervertido, entre outras referências.

inverte o sentido do vetor que vai de um a outro desses lugares e desaparece aquele vetor que vai do *agente* ao *outro*. Lacan chama a isso de *discurso capitalista*, trazendo uma escrita que rompe com suas proposições desde o Seminário 17.



Trata-se da única ocasião em que Lacan traz essa escrita. E isso numa conferência em que traz reiteradamente o que havia trabalhado no Seminário 17. Diz:

“O discurso é o quê? É o que, na ordem... no ordenamento do que pode ser produzido pela existência da linguagem, faz função de laço social. Talvez haja um laço social, assim, natural, é dele que se ocupam os sociólogos... mas pessoalmente não creio.

E não há trinta e seis possibilidades, há somente quatro...” (LACAN, 1972, n.p.)

Embora tenhamos apenas essa única menção (deveras enigmática) de Lacan a essa forma aberrante de discurso, há inúmeros trabalhos de psicanalistas que trazem esse como um quinto discurso. Também vemos em alguns trabalhos uma espécie de solução de compromisso em que esse discurso é referido como a fórmula de um “laço associal”. Enfim, há aí mais uma margem para a contenda entre os estudiosos de Lacan.

Para os fins desse trabalho, proponho a leitura conforme indica Braunstein (2010) de que não apenas esse não deva ser lido como um quinto discurso, mas que continua sendo o *discurso universitário*. Para a sustentação disso há que se considerar o que vetaria a admissão dessa quinta fórmula como discurso, mas há ainda outro desafio que é indicar ao menos uma razão dessa escrita aparecer – já que é inconsistente. Então, quanto ao que impede a aceitação dessa quinta escrita como discurso, aponto três coisas: 1) conforme nos indica Braunstein (2010), não cabe chamar de discurso uma fórmula na qual o *agente* não tem *outro* ao qual se dirige; 2) ademais, não se pode sustentar que algo de fato promova a restituição do mais-de-gozar (*a*) ao sujeito dividido (\$) – como indica o vetor diagonal que vai da *produção* ao *agente* – a menos que estejamos admitindo a invalidação da teoria psicanalítica; 3) finalmente, não bastando a restituição do mais-de-gozar ao sujeito, essa fórmula indica o acesso à verdade, lugar de onde, originalmente, partem vetores em direção tanto ao *agente* quanto ao *outro* e para onde nenhum vetor aponta – já que é resguardada como inacessível.

Mas então o que indica essa escrita? Qual a razão de sua apresentação? Ela talvez deva ser lida, propõe Braunstein, como “a apresentação clínica induzida pela dominância do discurso do capitalista.” (BRAUNSTEIN, 2010, p.152) entendendo este último como o próprio *discurso universitário*. Ou seja, essa escrita aberrante pode ser tomada como o modo pelo qual o sujeito procura se apresentar no capitalismo e não o modo pelo qual ele efetivamente experimenta sua subjetividade. É desse modo que podemos ver

“que o discurso capitalista tem sua fórmula no seio dos quatro discursos e ela não é outra senão a do discurso universitário, no qual o saber toma o lugar do *agente* que repete e comunica os ditames do mestre, dirigindo-se a um *outro*  $\perp$  que já não é o escravo senão o proletário anônimo, sem rosto, sempre substituível, imagem mesma do objeto *a*. (vetor  $S_2 \diamond a$  no discurso universitário). É possível dar-se conta da novidade que implica o discurso capitalista, o discurso do mestre moderno, mostrando sua equivalência com o discurso universitário... e os discursos continuam sendo quatro. E assim não é necessário mais que “o rigor da leitura [do matema] em pedaços””. (BRAUNSTEIN, 2010, p.154)

Braunstein retoma de Lérès (1999 apud BRAUNSTEIN, 2010) uma leitura em pedaços desse algoritmo distópico, indicando que nele o que figura no lugar do agente é de fato o mesmo sujeito dividido, desejante, que fica também como agente no *discurso da histórica*. Porém, neste caso, ao invés do sujeito (\$), quem se dirige ao saber ( $S_2$ ) para que produza objetos *a*, “forçando-o a atuar de acordo com sua vontade, como Aladim quando impõe ordens ao gênio da lâmpada” (BRAUNSTEIN, 2010, p.152) é o próprio mestre moderno ( $S_1$ ) – conforme indica o vetor diagonal da *verdade* para o *outro*. O que indica que ele seja o mestre moderno (do *discurso universitário*) é justamente o fato de que um *Significante Mestre* ocupando o lugar da verdade é degenerado, só pode ocupar tal lugar se for degenerado pois não teria consistência para isso. Não é função do  $S_1$  que seja consistente, mas que exerça uma injunção sobre o saber de modo a limita-lo – trago esse ponto mais detalhadamente logo adiante com Soler (2010). A consistência aqui aponta para sua dimensão imaginária, afinal Lacan é claro no seminário 17 quando diz que o  $S_1$  que ocupa o lugar da verdade no *discurso universitário* é um *Eu ideal*. O saber sem sujeito ( $S_2$ ) do *discurso universitário* só se autoriza de um *Eu ideal*<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> O ponto em que Lacan traz isso com maior clareza é na aula de 21 de janeiro de 1970 quando diz: “Esta é a operação de raiz, última, aquela justamente em que se sustenta irredutivelmente o que designo da articulação do discurso universitário – e isto é o que mostra que encontra-la aqui não é um acaso. O Eu transcendental é aquele que qualquer pessoa que de uma certa maneira enunciou um saber contém como verdade, é o  $S_1$ , o Eu do mestre. O Eu idêntico a si mesmo, é precisamente daí que se constitui o  $S_1$  do puro imperativo. O imperativo é precisamente aquilo em que o Eu se desenvolve, porque está sempre em segunda pessoa. O mito do Eu ideal, do Eu que domina, do Eu pelo qual alguma coisa é pelo menos idêntica a si mesma, a saber, o enunciador, eis precisamente o que o

“O saber, de todo modo, sem escutar as injunções procedentes do lugar do *agente*  $\perp$  ( $\$$ ), senão as que vêm do lugar da *verdade*  $\neg$  (isto é, do significante mestre), opera por meio do saber científico ( $S_2$ ), produzindo esses objetos desejáveis, os *servomecanismos*. Então, qual é a “verdade” que fundamenta esta in-diferença, esta não relação, recíproca do sujeito e do saber, de  $\$ \perp$  a  $\perp S_2$  (o saber do *trabalhador*, que no princípio era o *do escravo* e que em etapas mais próximas a nós é o saber *da ciência*)? A fórmula do discurso capitalista inscreve essa “verdade” ocupando seu lugar, abaixo e à esquerda: o (significante) mestre ( $S_1 \perp$ ). O sujeito, na cegueira de suas demandas, sem sabê-lo, inconsciente, acreditando na força do “eu”, faz atuar a ordem do mestre. O agente do discurso capitalista ( $\$ \neg$ ) “faz semblante” de ser o mestre, acredita não estar sujeitado a nada. Mesmo que, mais que um Aladim, seja o “aprendiz de bruxo” de Goethe: um impotente que desencadeia efeitos que não consegue dominar e que imagina que com as palavras e com suas invocações pode criar um mundo obediente a seus desígnios. É o sujeito, desconhecedor de sua incurável divisão, de sua servidão a essa “verdade” que o transcende; é o sujeito que a fenomenologia sociológica de nosso tempo, influenciada pela psicanálise, chama “narcisista”.” (BRAUNSTEIN, 2010, p.152)

Lérès (1999 *apud* BRAUNSTEIN, 2010) aponta que devemos ler no saber ( $S_2$ ) a tônica do discurso do mestre moderno (o *discurso universitário*) conforme Lacan nos indica no Seminário 17. O que encontramos de fato na lição de 11 de março de 1970, onde se lê: “O  $S_2$  tem aí o lugar dominante na medida em que foi no lugar da ordem, do mandamento, no lugar primeiramente ocupado pelo mestre que surgiu o saber.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.97).

É diante dessa referência na formalização de Lacan que Lérès conclui: “Se o saber está em posição dominante e se as diferentes regras regendo os discursos são respeitadas, o que se escreve então não é outra coisa que o discurso universitário”. (LÉRÈS, 1999 *apud* BRAUNSTEIN, 2010, p.153)

Vejamos aí que Lérès indica uma “posição dominante” para o saber ( $S_2$ ) também na “quinta” fórmula. Essa precisão na leitura “em pedaços”, que faz figurar a fórmula aberrante ainda como o *discurso universitário*, precisará deste outro ponto de apoio que Lacan traz no Seminário 17 quando esclarece que “o agente não é forçosamente aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir.” (LACAN, [1969-70] 1972, p.161). Portanto, parece que essa leitura em

---

discurso universitário não pode eliminar do lugar onde se acha a sua verdade. De todo enunciado universitário de uma filosofia qualquer mesmo aquela que se poderia etiquetar como sendo-lhe a mais oposta, a saber, em se tratando de filosofia, o discurso de Lacan –, surge irredutivelmente a *Eu-cracia*.” (LACAN, J. [1969-70] 1992, p.59)

equivalência do *discurso capitalista* (da “quinta” fórmula) com o *discurso universitário* indica que em ambos os casos o agente é o S<sub>2</sub>. Dito de outro modo, na “quinta” fórmula o sujeito (\$) que ocupa o lugar do *semblante* é paciente, ele é ainda o produto do *discurso universitário*, um assujeitado.

Daí essa vantagem de tomar a “quinta” fórmula como uma apresentação clínica do sujeito no capitalismo. Não se perde o sentido da teoria dos discursos se tomamos essa aparição aberrante ao modo de um “como se”: o sujeito se apresenta *como se* fosse agente do discurso, tal qual o aprendiz de feiticeiro de Goethe. Poderíamos mesmo pensar nessa dupla via de apresentação do sujeito no *discurso capitalista*: pode tanto se apresentar como um *expert* que toma o outro por um objeto, no caso propriamente de se pôr no lugar do *agente* do *discurso universitário* – o que só pode se sustentar a partir de um S<sub>1</sub> degenerado, um *Eu ideal*; mas também pode apresentar-se em sua face mais “vitimada”, digamos assim, em que é o paciente<sup>22</sup> (no sentido de que sofre a ação) do capitalismo. Ou seja, nessa segunda forma de apresentação – tão mais prevalente – esse assujeitado que é o produto do *discurso universitário*, expropriado de sua subjetividade singular, procura (e é induzido a) se crer autônomo, sozinho que está, em sua relação com os *servomecanismos*<sup>23</sup> conforme cunhou Braunstein (2010).

Mas Braunstein (2010) nos guia adiante pela conferência de Milão apontando para o que ficou, segundo ele, esquecido entre o que dizemos e o que ouvimos a respeito dessa conferência. Destaca precisamente esta citação:

“Na verdade, acho que não se falará do psicanalista na descendência, se posso dizer, de meu discurso... meu discurso psicanalítico. Alguma outra coisa aparecerá que, com toda certeza, deve manter a posição do semblante, mas se chamará talvez discurso PS. Um PS e depois um T, isso estará por todo lugar, inteiramente conforme à maneira como se diz que Freud via a importação do discurso psicanalítico na América... seria o discurso PST. Acrescentem um E e isso vai dar PESTE. Um discurso que seria enfim verdadeiramente pestilento, totalmente dedicado ao serviço do discurso do capitalista.

---

<sup>22</sup> Ao chamar essa posição de *paciente*, espero poder denotar que a anterior cabe tão bem ao médico, ao especialista.

<sup>23</sup> *Servomecanismos* seriam quaisquer objetos que ocupam o lugar da produção na fórmula aberrante, equivalentes aos *gadgets*, ou, como Lacan cunhou no Seminário 17, *latusas*. Braunstein esclarece: “Lacan chega a batizar esses objetos com um neologismo que, estranha e distintamente de muitos outros que propôs, não teve repercussões e está quase esquecido: *latusas* (1969 1970/1991, p. 188). Nós preferimos usar uma palavra mais convencional e rica em sentido: *servomecanismos* para designar esses artefatos que a ciência permite fabricar e enviar ao mercado para seu consumo massivo e que estão destinados a uma rápida obsolescência, objetos que chamaríamos *prêt à porter*, ou melhor, *prêt à jouir*, que funcionam como análogos do objeto causa do desejo” (BRAUNSTEIN, N. 2010, p.149).

Isso poderia talvez servir um dia para alguma coisa, desde que a coisa não se afrouxe antes.” (LACAN, [1972] 2019, n.p)

Esse discurso indicado por PS, PST, Peste, ao que Braunstein (2010) acrescenta Pós-capitalista, Pós-industrial de modo jocoso, será proposto pelo autor como *discurso dos mercados*. E é sua estrutura que causa maior espanto. Parte-se então do ponto em que:

“Para defini-lo em sentido estrito como um novo discurso (e não uma modalidade descritiva, como nos sintagmas “discurso filosófico” ou “discurso da ciência”), deveríamos indicar os matemas que o singularizam em relação aos outros discursos e mostrar os elementos que participam no lugar do *agente*, do *outro*, do *produto* e da *verdade*.” (BRAUNSTEIN, 2010, p.155)

Ao definir o que ocupa cada um dos quatro lugares no discurso dos mercados, Braunstein (2010) propõe sua estrutura como sendo aquela própria do *discurso do analista*. Descreverei sucintamente: no lugar do *agente* desse discurso o *servomecanismo* – não um corpo humano que faz semblante de causa-de-desejo, mas uma mercadoria que faz semblante de mais-de-gozar, de todo modo um *a*; no lugar da *verdade*, o saber ( $S_2$ ) – não um saber sobre a divisão do sujeito e da problemática sexuada, mas a ciência moderna no que tem de ignorante de suas determinações sociais e políticas, “Uma “ideologia da forclusão do sujeito” cuja máxima expressão se encontrará na doxa econômica que postula que os mercados funcionam sozinhos, regidos por suas próprias leis” (BRAUNSTEIN, 2010, p.157); no lugar do *outro*, o próprio sujeito (\$) – mas, embora sendo o mesmo sujeito da psicanálise, é preciso toma-lo aqui em sua especificidade, lembrando que está posto nesse lugar pelas injunções do *servomecanismo* e do saber da ciência, um consumidor portanto.

Quanto à produção, trago nas próprias palavras de Braunstein:

“Qual é, para concluir, o *produto* que realiza o sujeito como resposta à intimação proveniente dos objetos que ocupam o lugar do *semblante* e aos que “se faz atuar”, conforme lembramos mais atrás? O “homem unidimensional” marcusiano, o consumível *sujeito* da sociedade de consumo, se vê constringido a conjurar os significantes que lhe faltaram em sua constituição como ser falante, a invocar esses Nomes-do-Pai que puderam dar continuidade à sua existência, em meio à desorientação geral, à pululação de ofertas significantes e à falta de garantias de todas elas. O sujeito se vê forçado a criar os deuses que escutem suas preces e o faz adotando significantes que poderiam representá-lo. A falta de Nome-do-Pai produz múltiplos nomes passageiros que o ancoram no mundo. Adere-se a  $S_1$  voláteis e os consagram como dignos de sua servidão (a dele): chefes de grupo, líderes fundamentalistas,

chefões da máfia, emblemas nacionais ou de coletividades, marcas de prestígio com seus correspondentes logotipos, atividades compartilhadas (um esporte, um *hobby* ou um *lobby*), uma particularidade que o identifica com outros (por exemplo, a idade, a preferência sexual ou uma doença). A Internet opera frequentemente como agente ou semblante que se dirige ao sujeito e lhe propõe as opções de *significantes uns* (S1) que o representarão mediante a criação de comunidades virtuais em que não é necessário pôr o corpo e nas quais a imagem pode ser ajustada à vontade. Ele e ela se perguntam “Quem sou?”. E a resposta é “Tu podes escolher quem és, se optas por um dos significantes de identificação que te são oferecidos. Uma vez que escolhas teu S1, saberás quem és”. (BRAUNSTEIN, 2010, p.158)

Um passo atrás, então, para entender o sentido disto. Braunstein toma o ponto da conferência em que Lacan diz que “Na verdade, acho que não se falará do psicanalista na descendência, se posso dizer, de meu discurso... meu discurso psicanalítico.” (LACAN, [1972] 2019, n.p) para mostrar que a estrutura do *discurso do analista* não apenas subsiste no capitalismo como pode ser “totalmente dedicado ao serviço do discurso do capitalista”. Isso apenas nos leva de volta ao rigor da teoria, nos lembrando de que o discurso é um aparelho ordenador de gozo sem palavras. Não devemos, por exemplo, confundir *discurso do analista* com a psicanálise, mas entender que análise se faz por meio dessa aparelhagem. Aliás, podemos dizer sem nenhuma ressalva, enquanto psicanalistas, que a condução de uma análise se mantém invariavelmente e o tempo todo no *discurso do analista*?

De qualquer forma, o ponto aqui é esse: a tal “quinta” fórmula parece se referir muito mais a uma alegoria que permite ver os efeitos do capitalismo (tomado como modelo sócio-econômico) na experiência subjetiva. Parece figurar muito mais como uma extrapolação teórica de caráter meramente didático que Lacan utiliza para mostrar consequências do capitalismo visto a partir dos discursos – particularmente em relação ao *discurso universitário* e ao *discurso do analista*. Não há razão para pensar que o capitalismo inaugura discurso algum, ou precisaríamos admitir que a teoria dos discursos não indica nada de trans-histórico. Mais ainda: se o capitalismo tem a potência de produzir algo novo no que tange aos discursos seria talvez a obliteração dos laços sociais de modo nunca antes visto.

Mas voltemos agora a essa leitura de que o *discurso universitário* seria um discurso de-segregador e que é a via pela qual poderemos entender o que significa dizer que o *discurso universitário* é concentracionário – caminho necessário para que possamos dar o peso devido ao que Lacan chamou *campo de concentração generalizado*. Askofaré (2009c) se propõe a “desembaraçar as coordenadas da noção de segregação no ensino de Lacan e a estabelecer que

se devem distinguir *pelo menos* dois conceitos de segregação: a segregação como *causa*, ou mais precisamente como *princípio* e o *efeito* de segregação.” (ASKOFARÉ, 2009c, p.346. grifos do autor)

Ele propõe esse “desembaraço” e sua conseqüente distinção dos “pelo menos” dois conceitos de *segregação* diante da constatação de que o termo não constitui um dos conceitos fundamentais da psicanálise e que há, no entanto, um uso frequente do termo quando se procura – a partir da obra de Lacan – circunscrever os efeitos do discurso da ciência moderna na civilização contemporânea. Askofaré aponta que o uso do termo “encerra a segregação nos limites de uma noção descritiva sumária se diluindo de modo tendencial nas categorias sociológicas e políticas de *discriminação* e de *exclusão*.” (ASKOFARÉ, 2009c, p. 345-46. grifos do autor).

Partindo então para uma elucidação dos dois conceitos de segregação, Askofaré retoma a lição de 11 de março de 1970 (LACAN, [1969-70] 1992) para apontar uma leitura muito precisa de Lacan segundo a qual a segregação estaria no *princípio* da fraternidade. Trata-se aqui da via pela qual Askofaré (2009c) circunscreve esse primeiro conceito, o *princípio de segregação*. A intenção é demonstrar, a partir do próprio texto do Seminário, o modo pelo qual Lacan se refere à segregação como um princípio de todo discurso e, portanto, para muito além de um *efeito* do discurso inaugurado por dado modelo de ciência. Há uma separação clara entre a segregação como origem ou princípio e como prática ou efeito.

A tese lacaniana quanto a isso é direta: “na sociedade, tudo que existe se baseia na segregação e a fraternidade em primeiro lugar.” (LACAN, [1969-70] 1992, p.107). Esta tese, Lacan a propõe a partir de sua releitura do mito freudiano de *Totem e Tabu*, e faz isso propondo que ao assassinar o pai primevo, os demais homens da horda se descobrem irmãos. Os então irmãos somente o são por estarem todos (juntos) segregados do gozo que aquele pai possuía – de suas mães – e não por consanguinidade necessariamente. Assim como lhes é proibido gozar de suas mães, também estão unidos fraternalmente no que lhes é permitido: exercer seu desejo com as mulheres que não foram do pai. Ou seja: a fraternidade é aqui um efeito de entrada no discurso (no laço social), efeito este que tem a segregação como princípio. Mas há um aspecto particularmente importante:

“(...) essa segregação fundamental, estrutural, que Lacan coloca no fundamento da fraternidade, se instaura a partir de uma dupla referência ao significante-mestre, S1, e ao gozo, e se articula segundo um triplo processo: de separação, de isolamento e de

concentração. Que ela não seja efeito, resultado ou consequência de um discurso, mas do princípio mesmo de discursos que estruturam os laços inter-humanos se verifica no fato de que todas as formas de organizações humanas que se suportam e se nutrem da ideia de fraternidade – da família à nação – (...) não são senão tipos de arranjos em torno de um S<sub>1</sub> ou de modos regidos de tratamento de gozo que não se põe senão se opondo, que só são o *Um* devido ao *Outro*; ou quando o *Outro* se desvanece, é o *Um* que se cinde!” (ASKOFARÉ, 2009c, p.348)

Essa cisão do *Um*, a leio como a própria degenerescência do *Significante Mestre* (S<sub>1</sub>) da qual fala Bousseyroux (2012) para indicar o *discurso universitário* como *discurso do mestre pervertido*. Antes mesmo de examinar os pormenores dessa degenerescência reitero a indicação de que a *segregação* está no princípio do *discurso do mestre*, aquele que se organiza em torno do S<sub>1</sub> como agente para ordenar o gozo. Isso permite retirar o termo *segregação* (na psicanálise) de uma simples equivalência a *discriminação* ou *exclusão*. Mas, principalmente, permite fazer com que o termo assuma um estatuto diferente que torna possível discernir a *segregação* como *princípio* do *discurso do mestre* e o *efeito de segregação*, ou seja, aquilo que admite a *segregação* como prática, que pode vir como *efeito* do *discurso universitário* (ou *capitalista*) e que pode ser entendido como prática *concentraciônica*.

Mas é Soler (2010) quem dá indicações mais precisas sobre essa degenerescência do *Significante Mestre*. A autora procura delinear algumas diretrizes para se pensar o estatuto do *Significante Mestre* e faz isso tendo em vista duas dimensões: por um lado a que ele assume em nossa “realidade transformada pelo capitalismo”, como diz, se referindo à dimensão que este *significante* toma no campo do discurso enquanto laço social; por outro lado aquela que diz respeito a sua função na constituição do sujeito tal como se apresenta em sua singularidade. Essas duas dimensões, no entanto, aparecem numa articulação moebiana e sua distinção é possível apenas para fins didáticos.

Tomemos a conceitualização mais direta tal como Soler a apresenta: “Em todo discurso social ou individual, o *Significante Mestre* é princípio de legibilidade.” (SOLER, 2010, p. 258). Ela ainda acrescenta adiante: “O *Significante Mestre* é o que define a legibilidade. O princípio de legibilidade é, aliás, também um princípio de ordem, mas no campo da linguagem, do discurso.” (Idem). Esse princípio de legibilidade, ao mesmo tempo em que produz o ordenamento do discurso enquanto laço social – dando a ele sua condição de coletivização –, é também o que torna possível a leitura do próprio inconsciente enquanto um discurso ordenado, no sentido de que “(...) é possível captar o(os) termo(os) que ordena(m) todas as suas

manifestações, que restitui(em) o seu visado.” (Idem) – razão pela qual Lacan dirá que o inconsciente se institui a partir do *discurso do mestre* (Cf. LACAN, [1969-70] 1992, p.85)

Para os fins desta pesquisa, dou especial importância ao que a autora desenvolve acerca dessa dimensão do *Significante Mestre* que diz respeito ao laço social. Ao falar do *Significante Mestre* como princípio de legibilidade e de sua degenerescência pelo *discurso universitário* em nosso tempo, Soler diz: “Ora, notem que uma das características de nossa época é que ela se tornou ilegível. Tem uma multidão de leitores em potencial, mas nenhum que convence suficientemente para se impor. É a Babel das leituras.” (SOLER, 2010, p. 258). Terreno fértil para a ascensão de novas perspectivas nosológicas, por exemplo, ou para quaisquer formas de identificação, esquadramento, classificação.

A partir da indicação de Lacan de que o *Significante Mestre* não pode desaparecer – uma vez que se impõe como necessário à estrutura da linguagem –, para pensar sua degenerescência temos que nos interrogar sobre as formas pelas quais esse significante pode mudar de lugar, estilo e função. Tal é a chave proposta por Soler para ler aquilo que Lacan traz no Seminário 17 sobre o *discurso universitário* como sendo o *discurso do mestre pervertido*. Dito de modo direto, ela propõe, com Lacan, que pensemos a mudança de lugar e (consequentemente) de função do *Significante Mestre* do *discurso do mestre* para o *universitário* como uma degenerescência que permite não o seu apagamento, mas uma pluralização na qual ele perde sua função como princípio da legibilidade.

Nessa mudança, o *Significante Mestre* que ocupava o lugar do agente do discurso dá seu lugar ao saber e passa a figurar agora no lugar da verdade que sustenta esse saber. Essa mudança tem como consequência um novo estilo pelo qual se procura estabelecer poder sobre o outro. Enquanto originalmente o *Significante Mestre* operava no lugar do *semblante* (outro nome para o lugar de *agente*) e se dirigia ao saber ( $S_2$ ) no lugar do outro, o que esse discurso promovia era uma intervenção em relação ao saber (SOLER, 2010, p.263). Intervenção por meio da qual esse saber (reconhecido no campo do outro e não do agente) sofria a incidência de um limite (um saber castrado). Ou seja, a posição desse significante no *discurso do mestre*, enquanto *agente* dirigido a um saber no lugar do outro, era o que garantia o ordenamento, a limitação, o exercício de um poder restritivo sobre o saber.

“Para o mestre e para o arbitrário do Significante Mestre, pode-se pedir que prestem conta das razões de seus poderes. Foi o que Sócrates fez em relação aos mestres antigos, se acreditamos em Lacan. Mas em relação ao saber, não há apelo: ele dispensa

qualquer justificativa e se impõe como vindo do real, notadamente quando se trata do verdadeiro saber da ciência, aquela que é dita *dura*. E essa tirania se redobra em nossa época de ideologia pseudocientífica, com tudo que pretende autorizar-se do saber. Por quais fins? Com o fim de assentar sua autoridade sobre a competição dos produtos (na publicidade) e sobre as práticas diversas (de governo, de educação, de saúde e dos saberes “psi”).” (SOLER, 2010, p.257)

Nessa mesma direção, Alberti (2015) traz alguns desenvolvimentos particularmente importantes para este trabalho sobre as possibilidades de sustentação da psicanálise em sua inserção entre as políticas de saúde e o Estado. Ela propõe uma retomada da “possibilidade de medir a eficácia da psicanálise em função do valor de *a* que ela comporta” (ALBERTI, 2015, p.195) a partir do que Lacan traz em seu Seminário – livro 24. Isso para fazer contraposição às tentativas de verificação estatística da eficácia de serviços que o Estado propõe – particularmente no que concerne às políticas públicas em saúde – sob uma suposta garantia deduzida de quantificações de atendimentos tendo como parâmetro apenas medidas técnicas protocolares, ou seja, garantia deduzida de um saber sem sujeito.

Nessa direção, Alberti (2015) retoma a lição de 14 de dezembro de 1976 em que Lacan traz o seguinte:

“Contrariamente ao que se imagina, a ciência dá voltas, e não temos razão de pensar que os homens da pedra lascada tinham menos ciência que nós. A psicanálise sobretudo não é um progresso. É um viés prático para se sentir melhor. Esse *se sentir melhor* não exclui o embrutecimento, tudo indica – com o índice de suspeita que fiz pesar sobre o todo. **Com efeito, não há todo a não ser crivado, e moeda a moeda. A única coisa que conta é se uma moeda tem ou não valor de troca. A única definição do todo é que uma moeda vale em qualquer circunstância, o que não quer dizer senão circunstância qualificada como toda para valer, ou seja, homogeneidade de valor. O todo não é mais que uma noção de valor, o todo é o que vale em seu gênero, o que em seu gênero vale um outro, a mesma espécie de unidade.**” (LACAN, [1976] 2017, p.1, grifo nosso)

Alberti (2015) demarca muito bem que essa articulação trazida por Lacan sobre o *todo* e a noção de *valor*, ele a faz a partir de Marx. Mas, para falar de como isso interfere nas mensurações feitas pelo Estado sobre os sujeitos a autora trará o exemplo do cálculo que se faz quando se quer medir a área de um terreno irregular. Explica que, para isso, compõe-se essa área em triângulos “cujos tamanhos dependem dos acidentes do terreno. Quanto mais acidentado, menores serão os triângulos, de maneira que cada triângulo cubra uma extensão a mais plana possível.” (ALBERTI, 2015, p.197). Ou seja, os referidos triângulos funcionam

como unidade de valor (de troca), como a abstração necessária para que algo valha “em seu gênero, o que em seu gênero vale um outro, a mesma espécie de unidade” como propôs Lacan ([1976] 2017, p.1).

“Daí as “minorias” que nem sempre eram menores na materialidade de suas existências: havia muitos negros, mas valiam menos que os brancos, por exemplo, ou 2 negros = X = 1 branco; 2 brasileiros = X = 1 americano; 2 suburbanos = X = 1 play boy de Copacabana; 2 loucos = X = ½ homem. (ALBERTI, 2015, p.199)

Atualmente, aponta Alberti (2015), há diferenças e os terrenos se tornaram mais acidentados, mais irregulares. Isso ocasiona a formação de novos tipos de “todo”, de novas categorias que concentram os sujeitos. Multiplica-se assim o número de “triângulos” como demonstra, por exemplo, o aumento de categorias nosográficas na sucessão das edições dos manuais diagnósticos em psiquiatria, ou o aumento de cursos ofertados pelas universidades. Aqui estamos, portanto, no mesmo terreno dos desenvolvimentos de Bousseyroux (2012) e Askofaré (2009c) acerca da *concentração* que se impõe sobre a segregação. Bousseyroux (2012) talvez seja quem trás isso de modo mais direto:

“O que Lacan (1969b/1987) considera estar naturalmente no princípio do universo concentracionário é a *recusa da segregação*: nos campos, não mais se discrimina, junta-se, uniformiza-se, confunde-se, reduz-se as formas do humano ao disforme, aniquila-se as diferenças. No princípio do campo de concentração está a recusa absoluta da diferença. Os campos têm por princípio a produção industrializada de um puro concentrado de indiferença.” (BOUSSEYROUX, 2012, p.110)

Essa nova montagem discursiva, do mestre pervertido, permite uma pluralização de saberes coexistentes, equivalentes e validados cada qual sobre seu próprio  $S_1$  degenerado. Uma verdadeira esquizo no campo do saber por meio da qual não se tem mais a condição de legibilidade senão apenas dentro de um certo campo. Assim parecem ir se formando mais e mais campos para concentrar cada “tipo” de sujeito. É preciso ler aí a verdadeira empresa do *discurso universitário*: pretende recobrir tudo com o saber, tem em seu norte um todo-saber – que não é o mesmo que saber de tudo, mas justamente uma ignorância daquilo que o saber não recobre, uma inadmissão de que sequer exista. E como o que garante o saber é um  $S_1$  qualquer, equivalente a qualquer outro, quando esse  $S_2$  que figura como agente não dá conta de tudo saber daquilo sobre o que se debruça, determina-se um limite desse campo de saber que concentra de modo serial seu tipo de sujeito e abre-se outro para o próximo “tipo”. Nada é singular, se algo

escapa a um campo de  $S_2$ , recorre-se a outro que venha complementá-lo, numa eterna relação de complementaridade que não admite espaço vazio.

*O campo de concentração generalizado* é na verdade uma soma de infinitos campos de concentração. Quanto mais próximo da borda do terreno, cheio de acidentes, mais e mais triângulos, sem fim, não pode sobrar nenhum espaço sem mensuração! Sua generalização está no fato de que passamos a não poder existir fora de um campo. Não existe o fora como atestam, num eloquente exemplo, as pessoas lançadas à miséria espalhadas pelas ruas das grandes cidades. Invisibilizadas aos olhos do Estado (e mesmo aos nossos), passam a ser vistas apenas quando atrapalham a especulação imobiliária. Aí então passam a ser concentradas em seus devidos campos: albergues quando seus nomes são substituídos por “pessoa em situação de rua”, prisões quando são “delinquentes”, manicômios e comunidades terapêuticas quando são “portadores de transtorno mental” ou “dependentes químicos”.

Os exemplos são tão abundantes quanto os triângulos numa agrimensura. Seria preciso dias para lista-los todos, pois há uma massa de proporções continentais desde os corpos que são enclausurados nas diversas instituições, até aqueles que são assassinados em terra (seja pelos grileiros, pelos capatazes de fazenda ou pela própria polícia) ou então que são lançados ao mar por não caberem em dado território nem aceitos por outro, como temos visto. Assustador como não mais apenas o “tempo é dinheiro”, mas também o espaço. Claro, não se deve pensar que a lógica concentracionária não possui nuances: quando falamos de clausura ou assassinato estamos falando de corpos que passam por um recorte de raça e gênero, além de classe<sup>24</sup>. Mas isso não significa que os demais corpos, os que podem circular, não estejam por isso fora de triângulos: os que são “livres” o são para consumir. Se algo emperra aí, são rapidamente concentrados no campo necessário para que voltem para o consumo, nem que seja de medicamentos ou procedimentos de saúde. Eis aqui, inclusive, o perigo que sempre pairou (desde antes do contexto atual) sobre a RAPS – discuto isso de modo mais direto no próximo capítulo.

---

<sup>24</sup> Embora não consiga dar conta do tema neste trabalho, cada vez mais me convenço de que não é possível levar às últimas consequências uma posição antimanicomialista sem entender que ela implica uma luta que, para além da questão de classe, deve ser uma luta feminista e abolicionista. Apenas a título de indicação rápida, o trabalho de Angela Davis (2016) me parece fundamental pelas impressionantes aproximações que permite entre as pautas antimanicomiais e do abolicionismo prisional.

Porém, Alberti (2015) retoma aquilo que na referida lição de Lacan pode ir mais além: há um limite para a abstração que permite as equivalências e esse limite está na materialidade e no que dela se impõem enquanto valor de uso.

Com isso a autora chama atenção para aquilo que Lacan já havia trazido desde *A ciência e a verdade* (LACAN, [1965-66] 1998b), ou seja, a proposição de que a psicanálise trabalha com a causa material – numa referência à *Física* de Aristóteles – por trabalhar com o objeto *a*. Nessa direção a psicanálise pode fazer valer sua eficácia justamente por sua subversão de qualquer discurso que procure concentrar os sujeitos em categorias e nomenclaturas nosográficas. “Nenhuma dessas nomenclaturas permite vislumbrar as emergências subjetivas, as maneiras como cada sujeito aí se vira porque não há espaço para o valor de uso, o uso que cada um faz do sintoma.” (ALBERTI, 2015, p.198). Para fazer valer este aspecto, defendo, é necessária uma escuta da singularidade e os resultados desta podem muito bem servir à crítica empreendida pela militância (longe de se oporem a ela) contra as práticas de controle, segregação e concentração. Além do quê, essa perspectiva permite que tenhamos atenção para que a própria luta política dos movimentos sociais não caia na armadilha de demandar serviços especializados para as categorias em que são concentrados. Ou seja, proponho uma retomada da discussão sobre a exclusão, acrescida da perspectiva que a psicanálise pode oferecer.

Daí pensar o valor que comporta a psicanálise na medida em que pode tomar a exclusão como sintoma (articulado entre o individual e social) e que, por meio disso, pode ser capaz de ofertar uma escuta que acolha (ao invés de enclausurar) a singularidade de um sujeito que figure como excluído. Essa escuta, por fim, pode ser aquilo que dê condição de elaboração de um saber que permita, nas palavras de Askofaré, “que a vida dos “inclusos” não seja indigna.” (2009b, p.407). É a partir disso que gostaria de apontar uma aliança possível entre a política da psicanálise e a Reforma Psiquiátrica em seu caráter antimanicomial.

### **CAPÍTULO 3. A RAPS SOB O RISCO DO *CAMPO DE CONCENTRAÇÃO* *GENERALIZADO***

Chegando então ao terceiro e último capítulo desta pesquisa, discuto o problema que apresentei em relação ao que pode determinar um caráter antimanicomial para uma reforma psiquiátrica, especialmente quando expunha o processo de consolidação e os problemas da psiquiatria de *setor* na França. Agora, porém, voltando a análise para o contexto brasileiro e acrescentando a perspectiva do *campo de concentração generalizado* conforme a visada que articulei a partir da teoria dos discursos de Lacan.

Para poder dar sequência, retomo rapidamente o problema a partir do contexto próprio ao *setor* na França. Isso porque, como quis sustentar concordando especialmente com Passos (2009), há semelhanças que fazem da psiquiatria de *setor* francesa um exemplo especialmente didático em relação ao que vemos no Brasil atual – contra certa tendência de olhar para o processo italiano no qual nos espelhamos, mas talvez não sejamos tão parecidos quanto gostaríamos na prática. Quando discuti, no primeiro capítulo, a experiência francesa de reforma psiquiátrica com a consolidação da psiquiatria de *setor* como política pública oficial para a saúde mental, apontei um impasse que deve ser lido em duas linhas paralelas. O sistema proposto no *setor* encontrou, por um lado, uma dificuldade de integração na lida com múltiplas demandas de atendimento que acabava produzindo uma rede de serviços especializados, organizando-se por divisões de faixa etária e tipo de problema atendido – o que dificultava a formulação de diretrizes comuns; por outro lado, ao mesmo tempo, não foi capaz de retirar da centralidade do atendimento em saúde mental os serviços hospitalares – que permanecem sob financiamento tanto da previdência social quanto dos municípios e impedem o desenvolvimento dos serviços ambulatoriais.

Esse cenário é verificado, por exemplo, pelo *Relatório Massé* em 1992, conforme nos lembra Desviat (2015), que finaliza com a manifestação do receio de uma evolução da psiquiatria em duas velocidades: uma, das práticas “de ponta” referentes à neurobiologia, que produz drogas capazes de tratar demandas entendidas como mais brandas, ou de melhor prognóstico, sem que seja necessário conter corpos em manicômios; e outra, encarregada de gerir a cronicidade de casos “mais graves” e que lança mão do hospital psiquiátrico para isso. Como procurei apontar no primeiro capítulo, se trata de uma complementaridade de práticas de controle social que costumeiramente se disfarça de concorrência entre duas perspectivas. Essa

análise por si só já deve nos servir de alerta quando pensamos em nossa Luta Antimanicomial que está sempre diante do risco desse engodo, ou seja: de crer que por demandar o fim dos hospitais psiquiátricos esteja atacando o cerne das práticas de controle às quais se opõe, ao mesmo tempo em que aceita certos modelos diagnósticos e terapêuticos – de suposto embasamento neurobiológico, mas que constituem na prática uma tecno-burocracia – como se os muros fossem a condição de um campo de concentração.

Mas ainda antes de dar sequência para o que diz respeito ao nosso contexto, gostaria de lembrar de dois apontamentos que trouxe rapidamente quando realizei esse primeiro passo da discussão, ainda sobre a psiquiatria de *setor*. Primeiro, Michel Audisio (1980, p.94 *apud* DESVIAT, 2015) nos lembra que toda a teoria do *setor* (de extração neoesquiroleana, recordemos) foi concebida prevendo sua relação com os hospitais, de modo que os *setores* não se fizessem exclusivamente extra-hospitalares e, com isso, voltassem as costas para a reconstrução dos asilos que ocorreria diante de qualquer fracasso dos serviços ambulatoriais. Mas também Rivière (1991 *apud* DESVIAT, 2015), por um outro ângulo, impunha duras críticas aos sistemas de atendimento extra-hospitalares que propunham o fechamento dos hospitais. Sua crítica vinha no sentido de denunciar que essas propostas – na Grã-Bretanha e Itália – encobriam uma política de poupança dos governos.

Relembro essas duas perspectivas aqui, não para defender a existência dos hospitais psiquiátricos, mas por entender que cada uma aponta algo que pode servir para a análise do que vemos acontecer no Brasil. Dito diretamente, penso que enquanto voltamos nosso olhar para os italianos, especificamente para a experiência triestina, e com isso buscamos no cerne de nossa última reforma psiquiátrica a radicalidade da eliminação dos hospitais psiquiátricos, deixamos de olhar para alguns aspectos fundamentais. Primeiro para o fato de que a experiência triestina é local e não configura uma política pública ampla sobre toda a realidade nacional italiana. Embora tenha sido o pivô para mudanças legislativas amplas, não modifica completamente as políticas públicas de saúde mental na Itália a ponto de se tornar seu modelo – o que parece demonstrar semelhanças sim, embora por tempo determinado, apenas na experiência santista na década de 1990 no Brasil. Daí que enquanto a tomamos como norte para nosso processo de reforma no Brasil, talvez tenhamos sido desatentos quanto ao fato de que nossos problemas (em nível nacional) trazem especificidades que não se resolvem unicamente pela adoção das diretrizes da Psiquiatria Democrática italiana.

Se é, sem dúvida, apropriado que nos espelhemos na experiência italiana e no legado de Basaglia para formular nosso horizonte político, assumindo uma direção radicalmente antimanicomial para nossa reforma psiquiátrica, não podemos por isso rechaçar o processo francês, deixando de ver tudo que ele nos ensina sobre nós. Em relação ao aspecto operacional não podemos deixar de ver que o setor hospitalar – agora também mascarado sob o nome de “comunidades terapêuticas” – reergue-se há algum tempo no setor privado às costas da RAPS – e não apenas às costas, uma vez que as comunidades terapêuticas são integradas à rede assistencial em sua própria consolidação, voltarei a isso. Claro que aqui devemos ler corretamente que se há fracassos na rede pública, composta por serviços abertos, que possam servir de justificativa para a presença de uma rede privada manicomial, tais fracassos não dizem respeito simplesmente a uma teoria mal elaborada ou fraca, mas a um enfraquecimento intencional via desinvestimento. Esse ponto, por sua vez, nos levaria a ver que, assim como Rivière aponta sobre a Grã-Bretanha e a Itália, aqui certamente houve muita economia dos cofres públicos com o fechamento de leitos (quando feito sem cuidado) e conseqüente sobrecarga tanto dos CAPS quanto da Atenção Básica. O que além de poupar os cofres públicos também engorda alguns outros.

Com isso quero dizer que a radicalidade nos ideais antimanicomiais, se não for acompanhada de um forte embasamento que exige formação e aprimoramento constantes, pode servir facilmente para que uma gestão seja apoiada pelos movimentos sociais ao realizar (sob uma falsa justificativa antimanicomial) o desmantelamento de uma rede de assistência por objetivos econômicos escusos. Mas, claro, o problema é ainda mais complexo do que isso. Procuro então trazer elementos para uma análise de alguns aspectos do processo brasileiro que seguirá por duas linhas paralelas. Estas devem indicar não apenas a complementaridade de dois tipos de práticas de controle social, mas também esclarecer que mesmo antes do atual projeto de remanicomialização da atenção em saúde mental em âmbito público (me refiro ao que vemos com mais clareza desde 2017), o risco do *campo de concentração generalizado* já nos acompanhava pela via de uma tecno-burocratização da *atenção psicossocial*.

Vale lembrar, neste ponto, de uma conceitualização feita por Amarante (2007) sobre quatro dimensões fundamentais que compõem o campo da saúde mental e da *atenção psicossocial* e que devem ser utilizadas para classificar as mudanças almejadas por uma reforma psiquiátrica alinhada à Luta Antimanicomial. As quatro dimensões são: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Desse ponto de vista, meu enfoque aqui se dará especialmente (ainda que não exclusivamente) sobre as dimensões jurídico-políticas e

teórico-conceituais. Assim, este capítulo tem uma estrutura um pouco diferente dos anteriores e é dividido em duas partes. Começo pela apresentação de uma trama jurídico-institucional bastante complexa que se refere ao nosso presente e que procuro trazer de modo a poder apontar algumas de suas condições de possibilidade. Estas, por sua vez, nos levam à segunda parte que implica um retorno ao passado recente para observar como se produziram algumas fragilidades em nossa reforma psiquiátrica antimanicomial. Nessa segunda parte trago alguns aspectos históricos que permitem rever alguns pressupostos da reforma em sua imbricação com o processo de criação dos CAPS e NAPS entre o final da década de 1980 e início da década de 1990. Isso permite que vejamos melhor o que chamo – apoiado numa leitura de Luciano Elia (2015a) – de tecno-burocratização da *atenção psicossocial* ao longo da última década.

Ou seja, dizer que assistimos atualmente a uma remanicomialização no âmbito das políticas públicas em saúde mental, embora seja a constatação de um fato, não dá conta de explicar a complexidade do ataque à reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. Pois, se estamos assistindo a uma contra-reforma, é importante destacar que ela não vem sendo proposta enquanto tal. Pelo contrário, se propõe como um avanço técnico em continuidade com o processo iniciado no período da redemocratização do país. Essa falácia, convém dizer, só é possível por haver no cenário dos movimentos populares que integram a Luta Antimanicomial, uma cisão no que concerne ao projeto societário.

Quanto a isso, Rachel Passos (2017) traz uma importante contribuição destacando que há pelo menos três posições principais em disputa no campo da reforma psiquiátrica atualmente. Se há uma posição conservadora que quer a retomada e manutenção da perspectiva manicomial tradicional e que é representada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) – à qual se alinha fortemente a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) conforme apontam Guimarães e Rosa (2019) –, pelo lado dos movimentos sociais alinhados à Luta Antimanicomial há ainda uma cisão entre duas posições. Há uma posição radical alinhada ao ideário antimanicomial que não admite qualquer concessão quanto ao que está em curso e que sustenta seu projeto societário com base no lema “por uma sociedade sem manicômios”; e há outra que, embora se proponha alinhada à Luta Antimanicomial em alguma medida, é “simpática” às mudanças de caráter legislativo e assistencial entendendo-os como suficientes para a reforma psiquiátrica.

Entenda-se aqui que esta última perspectiva sustenta uma preocupação com o bem-estar dos usuários e familiares e, por isso, preocupa-se com a garantia de serviços assistenciais e com

o respeito aos direitos humanos. Isso faz com que possa se alinhar à Luta Antimanicomial sem que se dê conta de que não se sustenta pelos mesmos pilares. Quando digo que a referida falácia só é possível por haver uma disputa interna no campo da Luta Antimanicomial, é importante destacar que essa última posição permite alinhamentos e pactuações com a primeira, representada pela ABP porque a preocupação com o bem-estar dos usuários e familiares no fundo independe de um projeto societário antimanicomial. Isso se verifica numa narrativa que procura sequestrar o léxico próprio aos movimentos sociais da Luta Antimanicomial no enunciado do projeto de manicomialização (aspecto que fica disfarçado) da RAPS, enquanto na enunciação mantém a hegemonia da primeira perspectiva – aquela conservadora e manicomial que não tem compromisso algum com os movimentos sociais (ou mesmo com o bem-estar dos usuários e familiares).

Como se trata de uma trama na qual os atores não são facilmente localizáveis – pois essas perspectivas formam intersecções por entre os movimentos, associações, coletivos, órgãos profissionais, etc, não correspondendo necessariamente à posição oficial de um ou de outro – para tornar isso claro foi necessário escolher um caminho dentre outros possíveis. Por isso na primeira parte deste capítulo, dedicada mais diretamente aos aspectos jurídico-políticos – para utilizar a denominação de Amarante (2007) –, seguirei como fio condutor uma narrativa extraída de dois documentos: a Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019a) e uma *Carta Aberta à População Brasileira* redigida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2017).

### **3.1 PARTE I – Da narrativa ao projeto de fato**

Antes de tudo, gostaria de esclarecer algumas razões para tomar como uma das linhas de condução da discussão final a Nota Técnica Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019a) e a *Carta Aberta à População Brasileira* redigida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2017) já que esses dois documentos poderiam ser considerados irrelevantes, uma vez que foram retirados de circulação pelos emissores oficiais e a própria Nota tendo sido suspensa pelo Ministério da Saúde. Primeiro, os tomo porque trazem um caráter absurdo e desrespeitoso para com toda a história dos movimentos sociais envolvidos na reforma psiquiátrica deste país desde os anos 1970, para depois serem retirados do ar ou voltarem atrás. Não! Se os tomo aqui é para que o que foi dito tenha consequência. Mas também porque se oferecem como uma espécie de mapa do que está havendo. Afinal, o fato de terem sido retirados

do ar, ou mesmo suspensos, não significa que a reorientação que propõem não esteja em andamento.

É preciso agora explicar a relação entre esses dois documentos, que têm entre si mais de um ano de distância.

A Nota Técnica nº 11/2019 foi publicada em 04 de fevereiro de 2019 e gerou forte comoção no cenário ligado à saúde mental e à reforma psiquiátrica. Houve uma série de posicionamentos públicos contrários ao conteúdo da Nota, como por exemplo da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), mas também de diversos Conselhos de classe, núcleos de pesquisa em universidades, entre outras entidades favoráveis à Luta Antimanicomial. A maioria desses posicionamentos (expressos geralmente na forma de notas de repúdio) bem como diversos textos opinativos incorriam em dois equívocos principais: primeiro, o de fazerem oposição a uma nota técnica que, em si, não institui nada e, por conseguinte, de endereçarem sua indignação ao governo Bolsonaro que emitiu tal documento. Ora, vejamos que uma nota técnica é um documento elaborado por técnicos especializados em determinado assunto e é emitida quando se identifica a necessidade de fundamentação formal ou de informação específica acerca da matéria de que trata. Não pode instituir nada por si mesma.

O próprio texto da Nota é claro quanto a isso. Já na primeira página do documento consta: “Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” (BRASIL, 2019a, p.1), em seguida listando todas as portarias e resoluções das quais tratará. Todas elas datadas do período entre 17 de dezembro de 2017 (data da reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT que trouxe a resolução nº 32/2017, que por sua vez dá origem à portaria nº 3588, entre outras coisas) e 15 de agosto de 2018 (data da Portaria nº 2.434, que trata do reajuste do valor das diárias de internação hospitalar acima de noventa dias).

Com isso não tenho nenhuma intenção de livrar o atual governo da crítica. Muito pelo contrário. Minha intenção é remontar as jogadas de um xeque de modo que possamos entendê-lo.

Seguindo, importa atentar para o fato de que a Nota trata de um conjunto de portarias e resoluções que remontam diretamente à reunião da CIT em 17 de dezembro de 2017. Pois bem, a *Carta Aberta...* da ABP foi publicada no dia 11 de dezembro de 2017, dias antes da referida

reunião, mostrando a presença e as intenções de um lobby. Isso se verifica pelas relações que se apresentam entre o texto da *Carta...* e os rumos da referida reunião da CIT. A Nota Técnica nº11/2019, por sua vez, possui um alinhamento direto com o que está expresso na referida *Carta...* e pactuado na posterior reunião da CIT, havendo até mesmo trechos da Nota que praticamente a repetem. E, no geral, a Nota não apenas lista o conjunto de portarias e resoluções a serem discutidas, mas também traça toda uma linha argumentativa de interpretação e uso dessas. Portanto, se tomo esses documentos é por observar que cruzando-os temos acesso a uma verdadeira narrativa que permite ver como se imbricam as peças jurídico-políticas do projeto em curso.

Ou seja, realizo essa discussão procurando mostrar que as mudanças na política de saúde mental brasileira a que somos submetidos no presente foram construídas em alguns passos que não podem ser lidos em bloco, muito menos como uma ação contínua e linear. Não se trata de um ataque frontal, único, desferido pelo atual governo contra uma política anterior. É preciso ler o que acontece atualmente como um movimento tático inserido em uma estratégia ampla de alinhamento de certas concepções biologicistas da psiquiatria contemporânea com interesses mercadológicos. Desse modo se pode ver que a direção política do que estamos vendo encontra as condições de possibilidade de seu avanço em pontos diversos da história da reforma psiquiátrica antimanicomial que viemos realizando, mais precisamente a partir de certas mudanças no cenário que coincidem com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). E, de todo modo, diante da complexidade do que vemos, penso ser importante ler esse processo não apenas pela chave de um retrocesso. Embora estejamos mesmo assistindo a um retrocesso do ponto de vista da Luta Antimanicomial – no sentido em que seguimos de volta para a manutenção do alicerce lógico manicomial –, o fato de que esse projeto é capaz de se impor agora como se fosse uma continuidade de nossa reforma precisa ser observado.

Toda a narrativa que procura justificar a falácia da continuidade se apoia sobre o argumento do “avanço técnico”. Talvez devêssemos ler a coisa de fato por essa chave. Claro, esse “avanço técnico” – que trago com alguma ironia desde o título do trabalho – não se refere a um suposto avanço das técnicas de tratamento que, como diz a Nota, deveriam seguir “as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas.” (BRASIL, 2019a, p.6), mas um avanço das técnicas de sujeição e controle dos corpos. Técnicas essas que implicam a despolitização e a dissolução da historicidade do que se pratica, colocando no lugar um discurso que se anuncia científico enquanto na verdade representa a ascensão de uma tecnoburocracia. Eis aqui o que chamei de movimento tático: a construção de uma narrativa que

enreda diversas modificações legislativas e institucionais bem como os enfrentamentos políticos dos quais são fruto, procurando com isso estabelecer efeitos de sentido que sequestram a narrativa antimanicomial que orientava a reforma psiquiátrica desde a redemocratização do país na década de 1980. O esforço, portanto, será de desmontar essa falácia em seus pontos de apoio, denunciando sua real intenção e sobre o que ela de fato avança.

No intuito de deduzir uma narrativa do cruzamento entre Nota Técnica e a *Carta Aberta...* devo começar mostrando o seu enredo. Isso permitirá ver por quais vias o projeto em curso procura justificar não apenas o uso das ferramentas legais, mas sua tradução em equipamentos e o modo como os dispõe na reorganização da RAPS. Todavia, para que não seja necessário posteriormente um retorno aos pontos que apresento aqui, realizarei ao mesmo tempo a apresentação e a crítica do enredo dessa narrativa.

Assim, começo apontando que a premissa fundamental da falácia trazida por essa reorientação política, como consta na Nota Técnica, é a de que: “Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01.” (BRASIL, 2019a, p.3).

Essa abertura articula já uma ideia de continuidade (não de desmonte ou reorientação) de um “processo evolutivo” à suposta necessidade de aprimoramentos. Mas se é válido dizer que um processo evolutivo implica aprimoramentos, é importante atentar para quais seriam eles. E o que poderia fazer com que esses aprimoramentos não perdessem “a essência de respeito à lei 10.216” seria a atenção ao fato de que sua essência possui implicação política e histórica – sem o que há múltiplas interpretações possíveis do texto da lei. Desde que se esteja alerta para isso, vê-se com facilidade que os tais aprimoramentos propostos por esse projeto podem até respeitar regras textuais da lei, mas não têm respeito à essência, tampouco implicam a evolução que almejava a reforma psiquiátrica alinhada à Luta Antimanicomial. Trata-se de um artifício retórico a afirmação de respeito à essência da Lei 10.216. Nesse sentido vejamos como é feita a abertura da *Carta...* ainda em 2017:

“A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), instituição que representa mais de 9.000 psiquiatras brasileiros, há tempos vem demonstrando preocupação com a condução da Política Nacional de Saúde ao longo dos últimos anos. O **escasso embasamento técnico-científico** marcava as ações do Governo Federal na prestação de assistência aos pacientes que apresentam transtornos mentais, bem como a seus familiares.” (ABP, 2017, grifo nosso)

Já neste primeiro parágrafo, de apresentação, vemos aquilo que figura como um dos pontos centrais da argumentação presente também na Nota Técnica nº 11/2019, ou seja, a ideia de que haveria “escasso embasamento técnico-científico” na orientação da política de saúde mental no país. O tempo todo, seja na Nota ou na *Carta...* essa é a justificativa central das mudanças propostas, mostrando já um primeiro movimento do sequestro da narrativa: ao invés de se colocar como uma perspectiva contrária, esse projeto se apresenta como preenchimento de uma lacuna, como um complemento do que está em curso. Mas um aspecto interessante, que também marcará essa narrativa como um todo, é a tentativa de associação entre embasamento e autoridade. Nesse momento de abertura da *Carta...* por exemplo, temos de antemão esse posicionamento de que a preocupação com a condução política ao longo dos últimos anos é de “mais de 9.000 psiquiatras brasileiros” que aqui são postos como se fossem uma espécie de tropa de elite.

Esse dado nos traz clareza sobre a perspectiva a partir da qual se enuncia essa carta. Pois “mais de 9.000 psiquiatras” em um país onde havia 10.396 deles até 2018 (SCHEFFER, 2018) é de fato um número relevante. Mas seria relevante se comparado à somatória de todos os profissionais de outras áreas (psicologia, assistência social, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, entre outros) que atuam no campo da saúde mental? Seria essa opinião um consenso entre todos? Isso sem contar os demais atores que são especialistas – população em geral, usuários, etc. De qualquer forma, não é sequer necessário o levantamento demográfico comparativo para expor a inconsistência em questão. Qual seja: não há qualquer coerência na tentativa de sustentar uma afirmação pela simples apresentação do número de pessoas que concorda com ela. Especialmente se a afirmação é de que há escasso embasamento técnico-científico sobre o que quer seja. Ora, apontar um problema de embasamento, em qualquer contexto acadêmico, implica revisão bibliográfica. Ciência – ainda que haja diversos modelos dependentes de diferentes aspectos epistemológicos – não é algo que se alcança por meio de métodos que permitam concluir algo para além da opinião? Esse aspecto se repete também no texto da Resolução Nº 1, de 9 de março de 2018, que é o documento que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Ali, encontramos no Art. 1º que “A orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, **em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas**” (BRASIL, 2018a. Grifo nosso). Nessa afirmação podemos ver de modo direto não apenas que o projeto faz largo uso de opiniões, mas também quem é o maior alvo da manicomialização.

Discutirei com maiores detalhes logo adiante como o projeto em curso mira as pessoas que fazem uso de drogas e a que isso serve. Para isso será necessário trazer outras peças dessa trama jurídico-institucional, ou seja, as próprias portarias e resoluções listadas na Nota, além de outras. Por enquanto é necessário explorar outros aspectos da narrativa que persigo.

Avançando, parece ser então com base na opinião de uma classe profissional que se afirma que:

“Os pífios resultados dessa Política podem ser observados no aumento de pacientes com transtornos mentais desassistidos morando nas ruas, presos ou superlotando as emergências médicas à espera de vagas para internação. Além disso, as altas e crescentes taxas de suicídio têm assolado o país.” (ABP, 2017)

Isso inclusive é reafirmado na Nota com maior detalhamento:

“Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica .” (BRASIL, 2019a, p.5)

Essa série de afirmações de caráter epidemiológico que se repetem desde a *Carta...* até a Nota trazem uma única fonte como referência que seria um suposto diagnóstico a respeito da situação da RAPS realizado pelo então Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior. Vejamos como isso aparece em ambos os documentos.

Na *Carta...* isso aparece no parágrafo seguinte ao supracitado, onde se escreve:

“Nesse contexto, o atual Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Dr. Quirino Cordeiro Júnior, apresentou recentemente um diagnóstico ainda mais preocupante da atual Política Nacional de Saúde Mental. Ficava claro o mau uso do dinheiro público, a falta completa de monitoramento das ações da Coordenação, serviços que funcionavam muito aquém de sua capacidade instalada, além de serviços que eram custeados sem sequer existirem.” (ABP, 2017)

Quirino teria apresentado esse diagnóstico a quem e em que contexto? A intransparência constitui uma das marcas da atuação de Quirino Cordeiro Júnior desde a ocupação do cargo na

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde em 2016. Uma demonstração disso é que a publicação *Saúde Mental em Dados*, que tinha periodicidade praticamente anual até 2015, é interrompida em sua gestão. Tratava-se de um informativo eletrônico publicado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, compilando os dados sobre a execução da Política Nacional de Saúde Mental.

De qualquer forma, estamos diante da afirmação, em 2017, de que existe tal diagnóstico ainda que não tenhamos acesso a ele. Na Nota Técnica, no início de 2019, as afirmações apresentadas apontam o mesmo diagnóstico como referência, vejamos:

“Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico **inédito** feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. **Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.**” (BRASIL, 2019a, p.5, grifos nossos)

É notável primeiramente o termo “inédito” que indica que o suposto diagnóstico não teria sido ainda publicado oficialmente. Notável porque estamos falando de algo que tem pelo menos um ano. Além disso é citado como a base sobre a qual se propõem as resoluções e portarias que vemos desde a reunião da CIT em dezembro de 2017. Qual a justificativa então para, no início de 2019, constar numa Nota Técnica oficial que esses dados foram “apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.”? Caso não tenha ficado claro, a pergunta é: como se justifica que, após um ano, a base diagnóstica das ações propostas numa ampla modificação do funcionamento da RAPS (que já estavam em andamento ao longo desse período de um ano) ainda estejam sendo encaminhadas para órgãos de controle e auditoria do SUS?

Estamos, portanto, diante um projeto que se orienta por opinião, enquanto diz que está se orientando por um diagnóstico ao qual não temos acesso. E mesmo que tivéssemos, o que é dito sobre o tal diagnóstico é que versa sobre a condução da política, sobre utilização de recursos, repasses financeiros, realização de obras. Não se explica como se concluiu que houve aumento da desassistência, ou do número de pessoas acometidas de transtorno mental em situação de rua – o que mesmo se fosse verdade (como saber?) deveria impor uma pergunta prévia: houve aumento do número de pessoas em situação de rua como um todo? Se sim, o que provocou o aumento? –, que há superlotação de emergências médicas – outras perguntas também caberiam aqui: houve aumento de demanda, ou diminuição do número de serviços, ou de corpo profissional? Qual o impacto percentual dos casos de saúde mental na superlotação dos serviços de emergência? –, altas taxas (e crescentes) de suicídio... De onde vêm todas essas afirmações? Não sabemos. De qualquer modo, não fazem muito sentido se tomamos como referência a última publicação do informativo *Saúde Mental em Dados* (BRASIL, 2015).

Independentemente da validade dos dados, temos condições de perceber o perfeito e coerente alinhamento entre a *Carta...* e a Nota. Do ponto de vista da narrativa produzida vimos até agora que na montagem de seu enredo o que está sendo proposto figura como a continuidade da reforma psiquiátrica que já estava em curso e não seu enfrentamento. E continua-la implicaria aprimoramento e avanço técnico. Então, em um passo seguinte, enumera-se quais seriam os pontos fracos sobre os quais há necessidade de ação. Mas ao fazer isso se utiliza de artifícios retóricos que não apenas disfarçam opiniões de dados científicos, fazem mais: no próprio modo pelo qual esconde que os supostos dados são na verdade opiniões, realiza uma cooptação da opinião pública (que é de fato a única opinião em questão no projeto). Nessa direção, a narrativa faz coincidirem as supostas necessidades de ação identificadas pelos cientistas às supostas demandas da sociedade, tornando claro que na verdade o projeto não é simplesmente orientado por opinião, mas um projeto de orientação da opinião pública.

Isso aparece de modo claro na introdução da Nota quando diz que “Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2019a, p.5) conforme havia citado. As tais medidas presentes na Nota são citadas de modo resumido já na *Carta...* em 2017, no penúltimo parágrafo quando diz:

“Agora, o Ministério da Saúde apresenta propostas de mudanças na atual Política Nacional de Saúde Mental, que incluem os seguintes pontos: criação de Sistema Ambulatorial com Atendimento Multidisciplinar; qualificação e financiamento mais apropriado de Hospitais Especializados; estímulo ao processo de Desinstitucionalização, incentivando a saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos, porém sem promover o fechamento dos Leitos, mas sim os qualificando para o tratamento de pacientes com quadros clínicos agudos; estímulo a unidades de Saúde Mental em Hospitais Gerais, com obrigatoriedade de Equipe Multidisciplinar completa; Criação de CAPS especial para áreas de grave consumo de crack e outras drogas, também chamadas Cracolândias; Programas de Prevenção ao uso de Álcool e Drogas e Prevenção do Suicídio; regulamentação adequada das Comunidades Terapêuticas, integrando-as à rede assistencial.” (ABP, 2017)

São exatamente essas as medidas efetivadas pelas portarias e resoluções aprovadas desde o final de 2017 até o final de 2018 e das quais trata a Nota. Nela, inclusive, consta que “As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país.” (BRASIL, 2019a, p.3). No entanto, não há qualquer indicação de quais seriam as tais entidades. O que temos acesso, contrariamente ao que diz a Nota, é que na reunião da CIT em 2017 apenas foi apresentada a pactuação, em seguida abrindo o debate para as deliberações a respeito das portarias em questão à época. Isso foi feito de forma a restringir o debate apenas aos responsáveis pelo que vinha sendo pactuado, ou seja, os dirigentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – instâncias componentes da CIT em conjunto com o Ministério da Saúde. Na ocasião foi negada a palavra não apenas a Paulo Amarante, mas a Ronald dos Santos (presidente do Conselho Nacional da Saúde à época) bem como foi negada também a presença na reunião de representantes dos movimentos sociais ligados à Luta Antimanicomial (ABRASCO, 2017).

Fica claro, assim, que quando vemos a palavra *população* no título da carta da ABP, ou quando a Nota fala em responder aos anseios dos movimentos sociais, há endereçamento a um público específico e não à real população brasileira (com sua imensa multiplicidade) e à posição majoritária dos movimentos sociais que compõem o campo. As medidas listadas na Nota Técnica procuram se justificar da seguinte maneira:

“Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim,

não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. **O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares.**” (BRASIL, 2019a, p.3, Grifo nosso)

Sabemos que esse posicionamento, que implica tomar como possível o alinhamento de um CAPS a um hospital psiquiátrico ou uma comunidade terapêutica de maneira “harmônica e complementar”, é característico de associações como a AFDM (Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais) entre outras que não apenas apresentam um perfil marcadamente conservador, mas um alinhamento explícito com a ABP e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), por exemplo. Associações estas que há décadas representam forças contrárias à Luta Antimanicomial e alinhadas a movimentos lobistas associados ao setor hospitalar (Cf. AMARANTE, 1995; SOUZA, 1999; PASSOS, 2017). Assim, quando a Nota conclui sua introdução dizendo que “a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.” (BRASIL, 2019a, p.8), podemos inferir às demandas de quem se refere.

Mas é preciso, por fim, atentar para essa relação proposta entre oferta e demanda. No primeiro capítulo, quando falava sobre o processo de consolidação da psiquiatria de *setor* na França, mencionei uma circular emitida pela Diretoria de Saúde Mental francesa em 1960 (DESVIAT, 2015). A circular, conforme expus, foi responsável pela operacionalização dos princípios basilares da política de *setor* e trazia já em seu prefácio a necessidade de transformação dos asilos em hospitais psiquiátricos especializados no atendimento às doenças mentais. Apesar de que, como mencionei, trazia também a preocupação de que os hospitais não figurassem na centralidade da rede de serviços de saúde, entendendo que a hospitalização constituía apenas uma parte do tratamento que já deveria ter sido iniciado nos centros de prevenção e pós-cura (serviços ambulatoriais abertos) e nos quais deveria ser concluído. A semelhança com a Nota Técnica nº 11/2019 é notável, por exemplo em trechos como:

“O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos.” (BRASIL, 2019a, p.4-5)

Mas a semelhança é apenas aparente se atentamos para relação entre oferta e demanda. Pois a circular francesa (hexagenária, recordemos) trazia uma preocupação bastante direta implicando que não se atendesse à demanda do modo como era formulada na atenção às doenças mentais. Isso porque reconhecia que nesse contexto a demanda de atendimento é comumente formulada como demanda de exclusão e tutela. Portanto, ao invés de atender a esse tipo de demanda, a oferta deveria visar seu tratamento (da própria demanda). O que, por sua vez, significava intervir no meio social (e não apenas na condição individual do sujeito atendido), especialmente o meio familiar, para que fosse aceita uma proposta terapêutica visando a autonomia como prioridade. Desviat (2015) nos conta que, mesmo diante dessa preocupação, esse projeto não alcançou a desinstitucionalização que propunha, uma vez que deu origem a uma burocratização da organização sanitária em seu processo de implementação.

Todavia vemos um projeto que mostrava forte preocupação com a desinstitucionalização, ainda que mantivesse a presença do hospital psiquiátrico na rede de serviços. Mais ainda: um projeto que entendia que o foco de intervenção deveria considerar a formulação da demanda caso quisesse promover autonomia ao invés de exclusão e tutela – mais do que considerar a qualificação ou humanização do hospital. O mesmo que vemos, mais radicalmente, no contexto italiano cuja maior lição que nos trouxe – conforme aponte também no primeiro capítulo – é de que a organização institucional de uma rede de serviços de assistência deve pôr em questão sempre se é definida pelas reais necessidades de pessoas ou se refletem a necessidade de organização social conforme à manutenção do poder estatal e/ou econômico de certa classe. E é importante que fique claro: colocar em questão se o que define a organização institucional de uma rede de atenção é a real necessidade de pessoas não implica simplesmente atender demandas. Trata-se antes de compreender que faz parte dos mecanismos de opressão fazer com que o oprimido adote uma opinião que o faça demandar o que deseja o opressor. Qualquer embasamento técnico-científico que se proponha a servir aos interesses reais das pessoas deve considerar isso.

Claro, a desconsideração disso nos atuais rumos das políticas públicas brasileiras em saúde mental não constitui ingenuidade alguma, tampouco incompetência. Trata-se, ao que tudo indica, do próprio projeto. Para concluir este primeiro passo da discussão e poder passar aos próximos, façamos então um resumo da manobra narrativa que este projeto realiza, agora retificando a ordem de seus termos: 1) Diante de um objetivo específico, define-se o público que deverá ser convencido de que esse objetivo não é mero desejo de alguém, mas uma necessidade concreta; 2) Em seguida, identifica-se o perfil desse público de modo a poder

correlacionar suas demandas a seus valores; 3) Então monta-se uma narrativa que faça coincidir o objetivo do proponente às demandas do público; 4) Para que as ações propostas figurem como resposta às demandas do público, apresenta-se supostos dados que são na verdade apenas os valores do próprio público traduzidos em linguagem técnica.

Agora o público será persuadido a acreditar que os dados são válidos porque a narrativa substitui o embasamento pela autoridade: a validade dos dados é garantida pela autoridade do proponente, que ao enunciar os valores (ou mesmo os preconceitos) do público em forma de dados e em linguagem técnica (que o público não domina), o conduz a intuir que sejam verdade. O que vemos aqui é um dos modos possíveis de operacionalização do *discurso universitário*. Mas para além de uma manobra retórica de convencimento de um público, o que representa apenas o alinhamento desse projeto à tática mais utilizada pelo atual governo, interessa verificar agora como essa narrativa permite encadear as mudanças ocorridas na RAPS e conjecturar os seus rumos. Dessa maneira, essa narrativa – de que estamos em um processo evolutivo da reforma psiquiátrica (não seu desmonte) e que essa evolução implica avanço técnico devido ao escasso embasamento científico com que vinha sendo praticada – servirá como fio condutor para que a trama se faça mais compreensível para nós.

### 3.1.1 – A montagem do aparato repressivo da Política Nacional de Saúde Mental.

Tendo identificado o cerne da manobra que procura sequestrar a narrativa atinente à reforma psiquiátrica – neutralizando seu caráter antimanicomial –, passo agora à discussão das efetivas modificações que o projeto em curso implica. Isso permite ver algumas de suas condições de possibilidade, mas também conjecturar seus rumos de modo a deixar claro que não há nenhum movimento conciliatório com a Luta Antimanicomial a não ser na retórica falaciosa da narrativa. Se a narrativa é de que estamos em um processo evolutivo da reforma psiquiátrica que necessita avanço técnico, mostrarei adiante como as modificações propostas avançam para um modelo marcadamente manicomial, absolutamente incompatível com a direção política que vinha sendo almejada até então.

As modificações mais diretas propostas para a Política Nacional de Saúde Mental remetem todas à Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 que é, inclusive, a linha condutora da Nota Técnica nº 11/2019. Na Resolução estão listadas em 13 artigos as diretrizes da nova política. Essas diretrizes têm sua implementação garantida fundamentalmente pela portaria

Portaria 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017, mas também por outros documentos oficiais. Resumirei essas modificações em quatro pontos, concordando com Guimarães & Rosa (2019) e com Amarante (2018), para em seguida acrescentar alguns aspectos fundamentais de um quinto ponto que penso merecer toda a atenção e que não foi tratado por esses autores: a criação do CAPS AD IV – que figura como ponto nevrálgico do que penso ser a face mais nefasta do projeto.

O primeiro ponto, então, diz respeito ao passo inicial do favorecimento do setor hospitalar, com o asseguramento da presença dos hospitais psiquiátricos reconhecidos agora como pontos de atenção componentes da RAPS – conforme consta no item 10 do Art. 1º da Resolução nº 32. A isso se soma um investimento financeiro com o reajuste do recurso destinado pelo Governo Federal ao custeio das diárias de internação, que aumentam em até 60% (Cf. BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018b). Ainda sobre este mesmo ponto, é importante que fique claro o contraste quando se nota que desde 2011 não há aumento do repasse para qualquer uma das modalidades de CAPS – mas veremos adiante que a nova modalidade criada por esse projeto, por sua vez, contraria isso.

O segundo ponto se refere ao aspecto mais crítico do favorecimento e fortalecimento do setor hospitalar, não se limitando aos hospitais psiquiátricos especializados. É importante notar que no Art. 5º da Resolução nº 32, está disposta como diretriz da Política Nacional de Saúde Mental: “Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária.” (BRASIL, 2017b). Porém, o Art. 9º traz como diretriz “Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” (BRASIL, 2017b) e seu inciso I localiza que essa ampliação se refere ao estímulo para qualificação de leitos em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais. Tal estímulo, por sua vez, se refere ao que está disposto em seus incisos III e IV: a necessidade de reajuste de valor das diárias para internação em hospitais especializados e o monitoramento sistemático da taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Aqui é necessário seguirmos um pouco mais detalhadamente para entender o que isso significa. Em primeiro lugar chama atenção que o inciso que dispõe sobre o reajuste de valor das diárias de internação em hospitais psiquiátricos especializados (e que vale também para leitos especializados em hospital geral) conste no artigo que dispõe sobre ampliação da oferta

de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Isso mostra uma redação preocupada em manter retoricamente a ideia de respeito ao modelo assistencial de base comunitária – conforme consta no Art. 9º – enquanto favorece, na prática, um modelo de internação. É de modo profundamente cínico que o projeto parece querer manter a aparência de respeito à essência da lei 10.216/01 (como enuncia a Nota Técnica nº 11/2019) reafirmando um modelo de base comunitária enquanto monta, ao mesmo tempo, as condições de favorecimento do modelo manicomial. E não se trata apenas de utilizar os hospitais gerais para a ampliação de leitos psiquiátricos, há aspectos que intensificam a gravidade desse segundo ponto do projeto.

Se a Resolução nº 32 coloca as diretrizes, é a Portaria 3.588 (BRASIL, 2017c) que implementa a autorização para que hospitais gerais utilizem até 20% de sua capacidade para alas psiquiátricas. Soma-se a isso que a condição para a manutenção do repasse de verbas com esse destino (sobre o qual também incidiu o aumento), depende da ocupação de pelo menos 80% dos leitos destinados à psiquiatria. Temos então, não apenas a habilitação de novos leitos, mas seu enfático incentivo. E como se não bastasse, a Portaria 3.588 ainda habilita duas modalidades de internação: chama de “tratamento de curta permanência” a internação de até 90 dias e habilita também o internação com duração superior a 90 dias (sem qualquer especificação de limite para a ultrapassagem desse período). Esse último aspecto não é válido apenas para tratamento em regime de internação em leitos de hospitais, ele autoriza também o aumento da duração de tratamento em privação de liberdade nas comunidades terapêuticas.

Chegamos então ao terceiro ponto do projeto, que é a ampliação da participação e aumento do aporte financeiro também para as comunidades terapêuticas. Mas aqui há que ser feita uma ressalva: se o atual projeto amplia a participação de comunidades terapêuticas na RAPS, é preciso que se entenda que sua presença na rede remonta à própria instituição da RAPS. Além disso, este ponto se relaciona já com o foco principal do aspecto propriamente repressivo do atual projeto da Política Nacional de Saúde Mental que tem parte de suas condições materializadas já no final do governo Temer e início do governo Bolsonaro – que intensifica o aparato repressivo. Desse modo, a discussão desse terceiro ponto exige uma contextualização maior.

As comunidades terapêuticas são incluídas na RAPS a partir de sua própria instituição. É sob a gestão de Roberto Tykanori como coordenador nacional de saúde mental – estando o Ministério da Saúde sob gestão de Alexandre Padilha – que temos a instituição da Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria nº3.088 de 23 de dezembro de 2011. No Art. 9º da referida

portaria, que dispõe sobre o reconhecimento e definição dos serviços considerados pontos de atenção residencial de caráter transitório na RAPS, estão elencados apenas dois tipos de serviços em seus dois únicos incisos: as Unidades de Acolhimento que são uma espécie de adequação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – destinados aos egressos de hospitais psiquiátricos – ao contexto do tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e as comunidades terapêuticas, ali elencadas sob o nome de Serviços de Acolhimento em Regime Residencial. Para ser mais exato, cito o próprio texto da Portaria:

“II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” (BRASIL, 2011)

Ou seja, trata-se do mesmo momento a instituição do que renomeia de Rede de Atenção Psicossocial, até então conhecida como *rede substitutiva ao manicômio*, e a inclusão nela de pontos de atenção manicomial. Quando me refiro às comunidades terapêuticas como manicomiais, estou apenas concordando com o que mostra o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas* (CFP, 2018) que, ao realizar uma ampla inspeção, com metodologia detalhada e clara apresentação de dados, constata o que já se sabe no campo da Luta Antimanicomial há tempos:

“A privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclaram realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender somente internações voluntárias, embora não oportunizem aos internos condições reais de interromper o “tratamento”. Trata-se, portanto, da imposição real de barreiras, que vão desde retenção de documentos, intervenção para dissuadir a vontade apresentada, até a não viabilização de transporte para a saída de instituições isoladas dos perímetros urbanos. Além desses obstáculos, não há política ativa de informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma e soberana acerca de quando cessar o “tratamento”.” (CFP, 2018, p.10)

E, como se não bastasse, no ano seguinte à instituição da RAPS as comunidades terapêuticas passam a receber incentivos financeiros, estando incluídas na Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Esta Portaria é responsável pelo incentivo financeiro de custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no contexto da RAPS (BRASIL, 2012). De qualquer forma, tratava-se de um período diferente do atual em

que isso de fato figurava como uma incoerência profunda na Política Nacional de Saúde Mental. Isso porque desde 1992 a perspectiva antimanicomial esteve em voga nas políticas públicas brasileiras (PASSOS, 2017) e a própria Portaria nº 3.088 trazia em diversos pontos o resguardo das perspectivas de desinstitucionalização no tratamento em saúde mental e da redução de danos no contexto do tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas – ambas incompatíveis com o modelo proposto já desde aquele período pelas comunidades terapêuticas.

Nada comparado ao que acontece agora no Brasil. Se ali o incentivo financeiro incluía as comunidades terapêuticas, isso não fazia com que deixasse de ser destinado também aos demais serviços da rede, muitos vinculados aos CAPS. Além disso, o incentivo de que trata a Portaria nº 131 é irrisório se comparado aos R\$90 milhões – sendo R\$40 milhões deste montante oriundos do Ministério da Saúde – destinados ao Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), cuja destinação principal foi a criação de 12.000 vagas em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019d). Isso em um país que aprovou há pouco tempo a Emenda Constitucional n.º 95 que congelou por 20 anos o teto de gastos públicos com a saúde, entre outros (BRASIL, 2016c), estrangulando o já fragilizado Sistema Único de Saúde.

Esse aspecto, porém, envolve questões ainda mais específicas que ultrapassam o privilégio do setor hospitalar e adentram aspectos relativos à política de guerra às drogas – que, por sua vez, envolve também um aspecto de criminalização da pobreza alinhado a certos interesses da especulação imobiliária. Deixarei a apresentação desse detalhamento para um pouco mais adiante, quando trouxer o quinto ponto referente ao CAPS AD IV.

Até aqui, com esses três primeiros pontos – presença dos hospitais psiquiátricos na RAPS; incentivo à criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; ampliação da participação das comunidades terapêuticas na RAPS –, gostaria de marcar que o projeto conclui a montagem de sua estrutura de internação, mostrando que na prática esse é um dos aspectos fundamentais do modelo de tratamento da nova Política Nacional de Saúde Mental. Quando digo “um dos aspectos” me refiro precisamente ao fato de que, como vimos anteriormente, o alicerce lógico manicomial é mais amplo do que a simples prática de internação e enclausuramento. Esse alicerce envolve a aliança entre um saber psiquiátrico e uma fundamentação jurídica na direção da manutenção da ordem pública. E de uma ordem pública bastante específica que implica o privilégio de uma classe sobre outra.

Por esse ângulo, uma particularidade do projeto que vemos atualmente na Política Nacional de Saúde Mental é que ele não disfarça de concorrência a complementaridade efetiva entre duas práticas de controle social: nele são apresentadas já em regime de complementaridade as estratégias de poder repressivo – mais relativas ao que o *Relatório Massé* (DESVIAT, 2015) chamou de psiquiatria “pobre” –, que dizem respeito ao complexo manicomial para internação, e aquelas outras de um poder disciplinar – a psiquiatria “rica” –, que se articula no tratamento extra-hospitalar de modo mais capilarizado e que entenderá a “cura” como adaptação, disciplinarização. Se algo se disfarça nesse projeto não é a complementaridade dessas duas práticas (como se disfarçava no tempo da instituição da RAPS), mas sim o fato de que constituem o *modus operandi* da lógica manicomial (incompatível, portanto, com a essência da reforma psiquiátrica cuja construção teve início na redemocratização do país).

Se temos a construção de um verdadeiro complexo de campos de concentração a partir dos primeiros três pontos que destaquei do projeto, é preciso que se entenda que não constituem por si mesmos o que aponto como um risco do *campo de concentração generalizado*. De fato tais dispositivos – hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e mesmo as alas psiquiátricas em hospitais gerais – funcionam (com raras exceções) sob uma lógica concentracionária e com práticas de segregação e enclausuramento<sup>25</sup>. Mas, infelizmente, isso por si só (o que já é, sem dúvida, um grande volume do absurdo) não dá conta de subsumir todo o perigo.

Nessa direção, quando a Resolução nº 32 diz em seu Art. 3º: “Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidado na RAPS.” (BRASIL, 2017b) precisamos ler mais do que uma tendência às práticas de internação. Daí que chegamos ao quarto ponto que se refere à inclusão de serviços ambulatoriais especializados para o atendimento em saúde mental na RAPS. Esse tipo de equipamento, que havia sido superado, retorna agora fortalecido pela proposta de criação de Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental para atendimento de transtornos mentais moderados. Vale observar que a única definição do que seriam considerados transtornos mentais moderados está na Nota Técnica nº 11/2019 que se dispunha a detalhar esse entre outros pontos da Política Nacional de Saúde Mental. Ali constava que essas

---

<sup>25</sup> Se o leitor tem dúvidas com relação ao fato de que estamos diante não apenas do retorno, mas da ampliação do que foi reconhecido como holocausto brasileiro, tão bem descrito nas obras de Daniela Arbex (2013) e Hiram Firmino (1982), remeto à leitura dos relatórios de inspeção nacional realizados nos anos de 2017 e 2018 – portanto em plena implantação do atual projeto de Política Nacional de Saúde Mental – para verificação das condições dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas no país (Cf. CFP, 2017; CFP, 2018).

equipes teriam como função “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade” (BRASIL, 2019a, p.19). Impressionante como vemos a “dependência química” figurar como um verdadeiro coringa no jogo dos diagnósticos – servindo para que uma pessoa seja incluída em praticamente todos os dispositivos de atendimento disponíveis.

Continuando pelo que trazia a Nota, vemos que o atendimento prestado por essas equipes deve acontecer por meio de consultas e psicoterapia realizadas em ambulatórios gerais e especializados, além de policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e psiquiátricos. Ou seja, trata-se de equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico especialista em psiquiatria (ou com experiência em psiquiatria), um psicólogo e um assistente social – havendo possibilidade de composição mais robusta, incluindo mais profissionais com essas formações, até o acréscimo de profissionais de outras formações em saúde mental (Cf. BRASIL, 2019a, p.20)

Quanto a este quarto ponto do projeto, precisamos ter atenção redobrada pelo simples motivo de que pode não parecer um problema à primeira vista. Mas, para além do modelo de atendimento (ambulatorial, medicalizante e individualizante) que pressupõe a doença como uma espécie de ente que acomete um indivíduo, constitui uma alternativa à implantação dos CAPS. Constava na Nota que:

“Municípios de pequeno porte e que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um CAPS I, incluindo questões relacionadas ao RH, podem optar por uma equipe AMENT [sigla utilizada pelo documento para designar Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental]. É facultado ao Município, considerando o contexto de sua Rede e suas necessidades mais prementes, planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários/Ambulatoriais. Municípios maiores, e que já apresentam outros Serviços da RAPS, também são incentivados a constituir AMENTs para dar maior potência e volume aos atendimentos de base comunitária, diminuindo, assim, o "gap" assistencial que domina parte considerável dos territórios no país.” (BRASIL, 2019a, p19)

Discutirei logo adiante como o CAPS surge, entre outras coisas, enquanto resposta justamente a este modelo (que existia na década de 1980 e se mostrou falho). E farei isso no sentido de construir um caminho capaz de fazer a discussão que proponho aqui passar para sua reta final: onde pretendo discutir justamente os perigos de modalidades de tratamento em meio

aberto que não por isso deixam de se alicerçar pela lógica manicomial – constituindo uma base importante da modalidade disciplinar (não diretamente repressiva) do projeto. No momento preciso ainda avançar por um último, e não menos importante, ponto da primeira modalidade do projeto em curso. Nesse sentido, gostaria de apontar que além das tais Equipes Multiprofissionais constituírem mais um passo dessa verdadeira “rede desubstitutiva ao manicômio”, é preciso atentar para o risco de um modelo de atendimento medicalizante e individualizante num contexto em que já foram facilitadas ao máximo as internações. Refiro-me aqui à Lei 13.840 que foi sancionada em junho de 2019 e que autoriza a internação involuntária de “dependentes de drogas” com a simples autorização de um médico.

### 3.1.2 – Um ponto a mais: o CAPS AD IV

Passo agora ao quinto ponto – que afirmei que traria em acréscimo aos que trazem Guimarães & Rosa (2019) e Amarante (2018) – relativo ao posicionamento do CAPS AD IV como peça desse projeto. Este equipamento aparece pela primeira vez na Resolução nº 32 e é instituído pela Portaria nº 3.588. Vejamos que se trata de um equipamento inédito na rede, uma vez que é a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as diferentes modalidades de CAPS (BRASIL, 2002). Nela constam as diferenças de caráter organizacional e de custeio para CAPS de modalidade I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Soma-se a isso ainda dois tipos específicos de CAPS, indicados pelo acréscimo de “i” para definir a especificidade do atendimento infanto-juvenil e “AD” para atendimento de problemas relativos ao álcool e outras drogas. Se não há qualquer previsão na portaria para a modalidade AD IV, vemos que se trata, seguindo a lógica da própria Portaria nº 336, de uma modalidade de atendimento de demanda específica relativa ao álcool e outras drogas ampliada em termos de porte/complexidade e abrangência populacional. Mas soma-se a isso uma especificidade territorial: em seu parágrafo 3º, o Art. 50-B da Portaria nº 3.588, especifica que essa modalidade de CAPS deverá funcionar junto a cenas abertas de uso de drogas (BRASIL, 2017c). Na prática, isso significa que se trata de um equipamento a ser instalado nas regiões conhecidas popularmente como “cracolândias”.

Nas disposições gerais tais como constam no texto da portaria, não há muitos aspectos que chamem atenção. Na realidade, há especificamente dois: além do aspecto territorial supracitado, consta ainda no parágrafo 1º do mesmo artigo que o CAPS AD IV “poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.” (BRASIL,

2017c). Se no restante do texto que dispõe sobre seu funcionamento não há outros pontos que chamem tanta atenção, o simples fato de haver esses dois já deve ser suficiente. Basta que nos perguntemos duas coisas: o que justifica a necessidade de criação de uma modalidade nova, uma vez que a única diferença de abrangência que um CAPS III não comportaria é o número de leitos para observação, leia-se internações pontuais (no CAPS III são permitidos no máximo 5 leitos conforme disposto na Portaria nº 336, enquanto o CAPS AD IV deve dispor de no mínimo 10 e no máximo 20 conforme prevê a Portaria nº 3.588)? Além disso, o que justifica que este serviço ofereça atendimento a qualquer faixa etária, podendo fazê-lo conjuntamente?

Havendo a possibilidade de instalação de serviços já previstos (CAPS AD e CAPSi, já havendo inclusive experiências promissoras de CAPS ADij no país, como no município de São Bernardo do Campo - SP) não parece fazer muito sentido a proposição desse novo tipo. No entanto, se analisamos o momento e o ponto de sua proposição em relação a tudo mais que está havendo em termos de movimentação política em torno da questão das drogas, a proposta passa a ganhar um sentido possível e que é bastante alarmante.

Note-se que a proposição desse serviço vem na esteira de um aspecto geral do projeto: a colocação em evidência de uma política de guerra às drogas. Vejamos que na Resolução nº 32 – que estabelece as diretrizes do atual projeto, recordemos – há uma insistência enfática com relação ao fortalecimento de uma rede específica para o atendimento de demandas relacionadas ao uso de drogas. Faço questão de trazer ponto por ponto para que fique explícito. Pela ordem em que aparecem:

“Art. 2º - Habilitar e incentivar todos os serviços da RAPS que estejam tecnicamente aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (CG-MAD/DAPES/SAS) e garantir a continuidade do financiamento das obras de serviços desta Rede que também estejam tecnicamente aprovados.” (BRASIL, 2017b)

Trata-se aqui do encaminhamento de uma pendência no que tange à sustentação de uma rede manicomial: a inclusão das comunidades terapêuticas na RAPS (em 2011) e a posterior ampliação de seu financiamento (em 2012) geravam polêmicas e forte oposição no campo da Luta Antimanicomial, que utilizava como argumento o fato dessas instituições não atenderem às exigências necessárias para que fossem considerados serviços de saúde. Isso foi contornado ainda no final de 2016, com a Portaria nº 1.482, que trata da inclusão dos Polos de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde na tabela de tipos de estabelecimento saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) onde passaram a ser incluídas as

comunidades terapêuticas (BRASIL, 2016a). Isso permitia uma facilitação burocrática para que recebessem verba do SUS, além do que, como afirmam Guimarães & Rosa, isso promovia uma tendência de divisão do trabalho na rede entre as comunidades terapêuticas e os CAPS AD,

“[...] em que as primeiras ficam encarregadas de um público mais seletivo, que apresenta maior possibilidade de êxito nos resultados, o que sinalizará maior eficiência dos serviços não governamentais. De outra maneira, o SUS ficará encarregado do público refratário, que tende a apresentar respostas limitadas, requerendo maior investimento dos profissionais e do serviço na atenção psicossocial. Ademais, há uma reatualização do coronelismo, em que o proprietário da CT [sigla para *comunidade terapêutica*], no geral associado a um líder religioso, figurará como o “salvador” a quem se deve gratidão, ou seja, o usuário é destituído da condição de cidadão, sujeito de direitos.” (GUIMARÃES & ROSA, 2019, p.122)

A Resolução nº 32 vem, então, reforçar uma política de facilitação para esse tipo de serviço entre outros. Em seguida, constam os artigos 7º e 9º que tratam, respectivamente, da aprovação da criação do novo CAPS AD IV e, como eu já havia exposto anteriormente, ampliação da oferta de leitos em hospitais gerais com ênfase no tratamento de questões relativas ao uso de drogas. Sendo que no artigo 7º consta especificamente que o CAPS AD IV deve “ofertar linhas de cuidado em situações de cenas de uso de drogas, especialmente o crack (“cracolândias”)” (BRASIL, 2017b). E adiante temos ainda:

“Art. 10º - Financiar pesquisas que subsidiem a implantação de Programas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas para adolescentes e jovens.

Art. 11º - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.” (BRASIL, 2017b)

Essas diretrizes se referem à promulgação da Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017, que institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade (BRASIL, 2017d). Por transversalidade, esta Portaria (interministerial) se refere à articulação presente no Comitê Gestor Interministerial entre Ministério da Justiça e Segurança Pública, **que o coordenará**, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e o já extinto Ministério do Trabalho. É preciso entender essa portaria como o fundamento jurídico que permite certa orientação para o que vem sendo feito com a inclusão de equipamentos manicomial na RAPS,

além do destaque para o fato de que uma política (primeiramente) de saúde – estamos falando de uso e não de tráfico de drogas – fica então subjugada à segurança pública. Ou seja, ainda que apenas no referente aos problemas relacionados com o uso de drogas, temos nessa portaria o pleno restabelecimento jurídico-institucional do alicerce lógico manicomial no país, que tem por uma de suas principais características a vinculação da doença mental à periculosidade (ponto central a ser combatido quando se quer restabelecer o estatuto de cidadão à pessoa portadora de transtorno mental, conforme vimos no percurso basagliano no primeiro capítulo).

Destaco dessa portaria o inciso III do artigo 5º, que define que caberá ao tal Comitê, entre outras coisas, definir e coordenar as ações custeadas com recursos dos orçamentos da União para execução de ações alinhadas à política nacional sobre álcool e drogas, inclusive aos serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativas; acrescentando no inciso V que é de sua responsabilidade também definir parâmetros para quantificação das vagas a serem disponibilizadas pelas entidades privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços de acolhimento. Ou seja, o tal Comitê aparece como uma espécie de instância total no que concerne às ações relativas à política nacional sobre álcool e drogas.

Soma-se a isso o que traz o artigo sexto:

“Sem prejuízo das ações voltadas à prevenção, formação e pesquisa no âmbito da política nacional sobre álcool e da política nacional sobre drogas, o Comitê priorizará as ações de cuidado e reinserção social, **com foco no acolhimento residencial transitório** de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, **dentre elas as comunidades terapêuticas.**” (BRASIL, 2017d, grifo nosso)

Na esteira da criação do Comitê Gestor Interministerial temos uma sequência de marcos na legislação a respeito da políticas de drogas: a Resolução nº1, de 9 de março de 2018, que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD); depois o Decreto Nº 9.761 de 11 de abril de 2019 que aprova a nova Política Nacional sobre Drogas (revogando a anterior, referente ao Decreto nº 4.345 de 2002); e a já mencionada Lei 13.840, de junho de 2019, que é responsável pela facilitação da internação de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Para que tenhamos uma boa noção do que é a direção da atual política brasileira com relação às drogas, vejamos algumas das diretrizes principais dispostas no artigo 1º da Resolução nº1:

“I - O realinhamento da política nacional sobre drogas **deve considerar prioritariamente estudos técnicos e outros elementos produzidos pela comunidade científica**, capazes de avaliar as práticas atuais e apontar caminhos de efetiva e eficaz utilização dos recursos disponíveis para estruturação de programas e projetos;

II - A orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, **em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas**;

III - Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, **promoção da abstinência**, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes;

IV - O fomento e incentivo aos programas [...] devem ser direcionados **exclusivamente às iniciativas cujos resultados de impacto sejam satisfatoriamente mensuráveis no cumprimento dos objetivos de proteção**;

[...] §2º - A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, **inclusive em comunidades terapêuticas**, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos para orientação das parcerias com a União.” (BRASIL, 2018a. Grifos nossos.)

Têm-se então alterações na política que passam a priorizar a abstinência, perspectiva contrária à anterior, fundamentada na redução de danos, além de se alinhar às perspectivas conservadoras tomadas como opinião majoritária da população brasileira e, por fim, priorizar o tratamento alinhado à perspectiva das comunidades terapêuticas. Daí temos a produção do seguinte cenário:

“Ao longo do ano de 2018, mais de R\$ 87 milhões foram assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas através do Edital nº 01/2018 SENAD, havendo um aumento 100% no volume de recursos inicialmente previstos para este edital que eram R\$ 37 milhões, devido a adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. Tal investimento permitiu o aumento do valor do repasse mensal por vaga para as comunidades terapêuticas, reajustado para R\$ 1.172,88 por adulto; R\$ 1.596,44 por adolescente e R\$1.528, por mãe nutriz, acompanhada do lactente (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018), sendo credenciadas 492 CT's [sigla para Comunidades Terapêuticas] em todo país que corresponde a 9.395 vagas, vale destacar que este edital previa inicialmente 6.000 vagas, sendo 46 na região Centro

Oeste, 98 no Nordeste, 21 no Norte, 168 no Sudeste e 159 no Sul.” (GUIMARÃES & ROSA, 2019, p.126)

Isso para, em 2019, ser aprovada a Lei 13.840 que facilita ao máximo a internação involuntária, podendo ser feita com um simples encaminhamento médico sem necessidade de nenhuma outra autorização. Mas já que a política enfatiza que “deve considerar prioritariamente estudos técnicos e outros elementos produzidos pela comunidade científica” (BRASIL, 2018a), precisamos nos perguntar sobre a razão de colocar em primeiro plano o problema do uso de crack, inclusive com a criação de uma modalidade de CAPS destinado a isso, quando temos pesquisas como o III Levantamento Nacional Domiciliar sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Trata-se de uma pesquisa de nível nacional, encomendada pela própria Secretaria Nacional de Política de Drogas (SENAD), que investigou o perfil de consumo de substâncias lícitas e ilícitas no território brasileiro. O estudo, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi o maior já feito sobre o tema – foram ouvidas 16.273 pessoas em 351 cidades – e, entre outras coisas, constatou não apenas que a dependência de crack não possui a importância epidemiológica que a Política Nacional de Saúde Mental parece conferir a isso, mas que a dependência de álcool, ou de tranquilizantes benzodiazepínicos têm prevalência consideravelmente maior (Cf. ICICT/FIOCRUZ, 2017). Isso para não falar dos diversos estudos (não apenas em contexto nacional) que demonstram a eficácia das estratégias de redução de danos, comparada à escassez de estudos que mostrem a eficácia dos métodos relativos à abstinência e que fazem uso da internação.

Cabe, então, questionar se em um contexto onde linhas de cuidado são articuladas por meio dessas diretrizes, o CAPS AD IV tem outra finalidade que não a de ser uma espécie de ralo da higiene social posicionado em zonas urbanas que interessam à especulação imobiliária. Isso porque, se as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas claramente não consideram os estudos realizados pela comunidade científica sobre a eficácia dos modelos de tratamento, ou mesmo sobre o perfil epidemiológico, talvez esteja considerando outras coisas. Vejamos, por exemplo, que se a prevalência do uso de crack (ou mesmo outras drogas) não justifica a intervenção prioritariamente sobre espaços urbanos abertos – afinal o uso de álcool e benzodiazepínicos, mais prevalente, se dá majoritariamente em contextos privados ou culturalmente aceitos – há outras justificativas possíveis para esse tipo de intervenção.

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) mostrou recentemente dados interessantes sobre o aumento da pobreza extrema na América Latina:

“A pobreza na região é resultado de dinâmicas que diferem entre países. O aumento que se constata para o agregado regional entre 2015 e 2018 se explica principalmente pelo incremento da pobreza no Brasil e na República Bolivariana da Venezuela, enquanto que no resto dos países a tendência foi de redução da pobreza, ainda que em ritmo mais lento que no período compreendido entre 2008 e 2014.” (CEPAL, 2019, p.18. Tradução nossa<sup>26</sup>)

Isso, entre outras coisas, certamente tem como impacto um aumento da população em situação de rua nos centros urbanos. De todo modo podemos ver com um pouco mais de clareza um alvo majoritário dessa política: pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Mas, claro, com isso fica posta uma manobra discursiva que oculta o fato de que a população que sofrerá de modo mais grave as consequências dessa política, é específica. Ora, o cenário que tento evidenciar aqui vem se desenhando há muito tempo sob uma tentativa de imposição de uma ideologia cientificista que permite a associação direta (e injustificada) entre pobreza, periculosidade e uso de drogas. Essa manobra, que agora realiza um sequestro discursivo do ideário antimanicomial que sustentava a reforma psiquiátrica no Brasil, já vem sendo denunciada há algum tempo por alguns pesquisadores (Cf. SAPORI, 2010; ALENCAR, 2012; ELIA, 2015b) e agora apenas ganha forma e aparece à luz do dia, para quem quiser ver. O cenário da medicalização e suas consequências, nas palavras de Luciano Elia (já em 2015 e agora mais atual que nunca),

“[...] se alastra para a patologização crescente de problemáticas que em si mesmas nada têm de psicopatológicas, como o uso abusivo de drogas por populações jovens em grandes cidades, muitos em situação de rua (a ponto de falar-se em dependência química – numa versão mais psiquiátrica – ou mesmo de toxicomanias – numa vertente psicanalítica completamente equivocada – lá onde essas duas categorias seriam rigorosamente inaplicáveis), na judicialização dessas condições psicossociais e finalmente, abaixando suas verdadeiras cartas, na mais franca criminalização da pobreza.” (ELIA, 2015b, n.p.)

Com isso acredito ter exposto os pontos mais importantes do atual projeto da Política Nacional de Saúde Mental no que tange ao seu aparato repressivo. Minha intenção foi tornar o

---

<sup>26</sup> Traduzido de: “La pobreza en la región es resultado de dinámicas que difieren entre países. El aumento que se constata para el agregado regional entre 2015 y 2018 se explica principalmente por el incremento de la pobreza en el Brasil y la República Bolivariana de Venezuela, mientras que en el resto de los países la tendencia fue de reducción de la pobreza, aunque a un ritmo más lento que en el período comprendido entre 2008 y 2014.”

mais claro possível que estamos caminhando para um novo – estamos já nele – holocausto manicomial no Brasil. Mas, como disse anteriormente, não é isso por si só que configura o risco do *campo de concentração generalizado*, muito embora seja o aspecto mais concretamente violento do projeto. Será necessário passar agora para a discussão de uma estratégia mais ampla de alinhamento de certas concepções de uma psiquiatria neurobiológica com interesses mercadológicos, pois se estamos falando de controle social é importante atentarmos para o fato de que a direção desse controle é a manutenção do consumo. É isso que podemos depreender, por exemplo, da aliança entre ciência e capitalismo denunciada por Lacan nas reformas psiquiátrica e universitária na França da década de 1960 – aplicáveis agora com mais força a múltiplos contextos –, como procurei trazer ao longo do segundo capítulo.

Para poder adentrar este último passo da discussão que proponho, creio ser importante firmar outro tópico. Trata-se do contexto em que surge o CAPS como resposta transversal aos problemas encontrados tanto no setor ambulatorial quanto hospitalar da organização do sistema público de saúde no Brasil da década de 1980. Isso permitirá ver que a simples distinção entre tratamentos em regime de internação ou tratamentos de cunho ambulatorial (em meio aberto) não é suficiente para compreender a complexidade que envolve uma proposta de rede substitutiva ao manicômio. Bem como tornará mais claro o que significa o CAPS no cenário da *atenção psicossocial* de modo a mostrar que o projeto que temos atualmente na Política Nacional de Saúde Mental é concretamente o seu ocaso, mas que as condições disso já se colocavam (pelo menos) ao longo da última década.

### **3.2 PARTE II – Do projeto inicial às cooptações discursivas**

É importante trazer uma reconstituição mínima da história dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que permita ver, pelo contraste, a gravidade dos impasses que ocorrem atualmente no contexto da RAPS. Isso porque o CAPS configura um ponto nevrálgico na história da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira, tanto por constituir o principal dispositivo institucional gerado diante do enfrentamento da lógica manicomial, quanto por ser o nascedouro da *atenção psicossocial*. No entanto, se o CAPS constitui, já há praticamente um par de décadas, o nome de um tipo de dispositivo, devemos levar em conta uma diferenciação entre a construção de dois modelos experimentais que foram seus antecedentes: se temos a construção do CAPS Itapeva na cidade de São Paulo como um marco na história da reforma psiquiátrica, não podemos desconsiderar outro marco de importância equivalente – talvez maior

– que foi justamente o processo de reforma da assistência à saúde mental operada no município de Santos (SP) que deu origem aos NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial).

Veremos que a diferenciação entre esses dois dispositivos (CAPS Itapeva e NAPS) aponta para suas raízes, que são, respectivamente, a *Clinique de La Borde* na França e o sistema de atenção à saúde mental da cidade de Trieste na Itália.

Assim, no estado de São Paulo, a história dos CAPS remonta à década de 1980. Foi entre os anos de 1982 e 1987 que se criaram os primeiros projetos de atenção à saúde mental na, então em ascensão, atenção primária à saúde. O que mais chama atenção no tocante a esse processo foi o fato de, na saúde mental, toda a mobilização ter acontecido na tentativa de dar conta dos atendimentos a psicóticos (GOLDBERG, 1994). Nesse período, a maior parte das ações e atendimentos em saúde mental se dava nos hospitais psiquiátricos e tinham como ponto de apoio a figura do médico. O panorama do Estado era expressão do que acontecia em todo o Brasil e estava em voga o clássico modelo manicomial de assistência psiquiátrica. Os equipamentos operavam isoladamente e desenvolviam ações restritas, sem grande preocupação com a prevenção, ou mesmo atenção relativa à iatrogenia dos grandes hospitais psiquiátricos.

Tendo em vista o que descrevi anteriormente a respeito do projeto atual, em especial sobre a implantação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, gostaria de transcrever um trecho escrito por Goldberg em 1994, tratando da situação do sistema de saúde em 1982:

“As ações de saúde mental se realizariam preferencialmente em unidades mais simples e de acordo com a gravidade do caso se reportariam sucessivamente a unidades mais complexas. Um paciente com qualquer demanda na área de saúde mental deveria se remeter a uma unidade simples como um Centro de Saúde, com equipe especializada. A ideia era que tal procedimento atuaria na prevenção de demandas mais complexas, operando como espécie de filtro para as ações ambulatoriais e hospitalares, reservadas aos casos mais graves. As urgências poderiam contar com internação direta em hospital, dos casos provindos de Centros de Saúde e Ambulatórios. Após a alta, o paciente retornaria a seu equipamento de referência – agora necessariamente próximo de sua região de origem – para o seguimento pertinente.” (GOLDBERG, 1994, p.103)

O que se segue é ainda mais impressionante:

“Conforme já dissemos, o Programa constatara a precariedade da rede de centros e ambulatórios e a inoperância de sua atuação, frente a uma pesada demanda e à falta

de profissionais e materiais. Assim, os centros de saúde que já existiam, destinados aos atendimentos de maior complexidade – programas para crianças, gestantes, para hanseníase, tuberculose e para saúde bucal – passaram a contar com programas de saúde mental, a cargo de recém-criadas equipes mínimas, integradas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social.” (GOLDBERG, 1994, p.103-104)

Impressiona a tamanha precisão dessa repetição da história, especialmente se levarmos em consideração que tal modelo encontrou problemas que ocasionaram sua revisão já em 1986. Foi precisamente por conta dos problemas de tal modelo que se viu a necessidade da criação de novos dispositivos institucionais, discussão que levou à criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, conhecido amplamente como CAPS da Rua Itapeva em 1987 (GOLDBERG, 1994). Mas, antes de chegarmos à sua criação, é importante expor os problemas institucionais desse modelo “pré-CAPS” que vemos se repetir atualmente numa espécie de versão pervertida.

O programa de saúde mental em construção, rapidamente encontrou problemas na medida em que foi concebido como uma tecnologia institucional que primava pela eficiência no atendimento público de larga escala. O que se seguiu à sua criação foi justamente uma burocratização do atendimento que distanciava as necessidades do paciente do centro da preocupação – muito semelhante às primeiras experiências da psiquiatria de *setor* na França. Nesse contexto foram os psicóticos os sujeitos capazes de evidenciar os problemas da rede na maneira mesma com que viviam seu sofrimento. Diante da dificuldade de tratamento da psicose em conjunto com os grupos terapêuticos e demandas neuróticas, ou mesmo da resistência ao cerceamento institucional – podemos dizer dificuldade de inserção no laço social – o que aconteceu na prática foi uma gradativa retomada da figura do psiquiatra como responsável pelo atendimento, em detrimento de outros profissionais das equipes. Novamente o poder psiquiátrico se fazia presente, diante da fragilidade do atendimento burocratizado e ineficaz, denunciado pelo psicótico.

“[...] tanto porque ele é tido como uma causa médica por excelência, um feixe de disfunções orgânicas enraizadas incuravelmente no cérebro, como também porque as demais especialidades julgam-se desautorizadas a abordá-lo. Daí os ambulatórios recém inaugurados persistirem no privilégio hierárquico do médico, no atendimento a tais pacientes.” (GOLDBERG, 1994, p.107)

Tal aspecto denuncia nada menos do que a imprecisão clínica e a ausência de direção do tratamento, o que ocasiona, quase como um efeito colateral, uma resposta que não pode fazer mais do que a própria tentativa de controlar. Quais seriam, então, as condições para a criação

do CAPS em um contexto em que a assistência à saúde mental se deparava ainda com um cenário medicalizante, individualizante e segregacionista? É necessário lembrar que a década de 80 foi marcada pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), bem como pelo grande movimento dos trabalhadores da saúde como um todo. Havia grande clamor pela reforma do sistema de saúde e o país passava por um momento histórico onde se primava pelo estabelecimento de sistemas orientados democraticamente. Foi este o contexto, como sabemos, que possibilitou a Constituição Federal de 1988, documento que inaugura o Sistema Único de Saúde (Cf. AMARANTE, 1995; KYRILLOS NETO, 2007).

Em São Paulo, o estancamento institucional que vinha acontecendo no atendimento à saúde mental se inseria em um contexto no qual a Secretária da Saúde se encontrava organizada de maneira vertical e setORIZADA, onde cada esfera do sistema (hospitalar, laboratorial, ambulatorial, etc.) estava sob uma gestão isolada e hierarquizada. O governo do estado estava sob a gestão de André Franco Montoro, que em sua plataforma já colocava um planejamento estratégico de horizontalização da gestão do sistema de saúde. Esse planejamento, no entanto, foi levado a cabo apenas no final do mandato, quando houve a descentralização da gestão do sistema de saúde com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Tais instâncias dividiam o Estado em um esquadramento regional no qual cada ERSA ficava responsável pela gerência integral dos serviços de saúde em sua área adscrita. (GOLDBERG, 1994)

Tal arranjo ocasionou alguns problemas, ao mesmo tempo em que abria condições para a inovação inclusive no contexto da atenção à saúde mental. Tratava-se de um momento no qual a desmontagem de um arranjo organizacional e o processo de transição para um novo, encontrava sérios problemas por conta de certo despreparo por parte da rede. Não é um processo simples a criação de um modelo novo.

Faço questão de frisar que os problemas da rede composta pelos Centros de Saúde e iniciativas de prevenção decorrentes do movimento sanitarista, bem como a tentativa de implantação das equipes mínimas de saúde mental, encontrava problemas que se fazem presentes até os dias atuais. Tais como a insuficiência de corpo profissional, também de espaços de atendimento, materiais, etc. Mas, como nos conta Jairo Goldberg (1994), o que se mostrava mais problemático era o atendimento de pacientes psicóticos, considerados graves, que desafiava a operacionalização de um arranjo que não recorresse ao manicômio, muito disso, também, por certa ausência de formação clínica por parte dos profissionais. E, para ser mais justo, não se tratava simplesmente de um contexto de dificuldade no atendimento a psicóticos,

mas do atendimento de crises como um todo – não devemos cair no argumento patologizante que pressupõe o desencadeamento de crises que envolvem despersonalização, comportamentos agressivos, passagem a ato, ou outros agravos, como atinente necessariamente à estrutura psicótica se quisermos nos manter em uma perspectiva psicanalítica mais do que psiquiátrica.

É na mudança organizacional operada pelos ERSAs que se cria então, em 1986, o documento *O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – Projeto Docente-Assistencial Multicêntrico* (GOLDBERG, 1994), ou seja, o projeto piloto do CAPS Itapeva, primeiro no Brasil inaugurado em 1987 – dois anos antes dos NAPS em Santos (SP). Tratava-se de um projeto inovador para a constituição de um centro capaz de se interpor entre os serviços de baixa complexidade do território e o hospital psiquiátrico. O CAPS seria, portanto, uma instância intermediária, um ambulatório diferenciado para o atendimento de pacientes apresentando desde quadros agudos, ou de reagudização, até quadros graves de caráter mais crônico envolvendo significativas limitações ou incapacidades sociais. Isso implica pensar o CAPS, entre outras coisas, como uma estratégia de prevenção. Não uma prevenção da doença mental propriamente, mas, sob a égide das discussões reformistas, uma estratégia de prevenção à internação psiquiátrica.

Importante notar que o caminho seguido é balizado, claro, pelo papel desse equipamento em uma organização sanitária dos serviços de saúde. Mas, ao mesmo tempo, na perspectiva mais imediata dos profissionais que exerceriam esse trabalho havia grande preocupação do ponto de vista clínico. Ou seja, começava a haver um reconhecimento das limitações clínicas no tratamento de transtornos psicóticos, além de outros quadros que envolvessem desencadeamento de crises, e da necessidade de inovação e criação de arranjos capazes de oferecer tratamento, sem recorrer aos antiquados e polêmicos métodos do hospital psiquiátrico convencional. As dificuldades se davam diante de uma questão basal: como dispensar um tratamento a pacientes graves e em crise sem o cerceamento absoluto de sua liberdade como nas práticas manicomial clássicas? Foi o que levou os profissionais do projeto piloto que constituía o CAPS Itapeva a recorrerem aos intercâmbios com a *Clinique de La Borde*, motivo pelo qual as primeiras práticas clínicas daquele dispositivo tinham tanta influência da Psicoterapia Institucional – desde perspectivas sobre a transferência até a disposição das múltiplas ofertas terapêuticas (GOLDBERG, 1994).

É importante deixar claro que isso marca uma diferença constitutiva entre o CAPS Itapeva e os primeiros NAPS de Santos. Amarante & Torre (2001) demarcam alguns aspectos

dessa diferença: diante da observação dos documentos que instituem ambos os serviços – sendo que os NAPS são na verdade um conjunto de serviços desde sua criação –, vemos que o projeto do CAPS é um documento formulado antes de sua abertura no intuito de justificar a captação de recursos para sua implementação. Enquanto isso, os NAPS se constituem durante um processo amplo de reformulação da assistência em saúde mental no município de Santos e o seu documento inaugural trata então da institucionalização de uma prática já em exercício. Antes de adentrarmos por algumas particularidades do processo santista, gostaria de expor imediatamente isso: o próprio processo de constituição desses dois serviços é capaz de explicar a razão do CAPS Itapeva trazer uma preocupação maior com a fundamentação clínica do trabalho, e isso acontece porque ele foi um projeto planejado nesse sentido enquanto os NAPS foram uma resposta operacional direta à desmontagem da Casa de Saúde Anchieta – manicômio de referência do município. Isso foi feito sob forte influência da experiência triestina e da Psiquiatria Democrática italiana.

O processo santista de reforma da assistência em saúde mental se deu de maneira diferente do que estava ocorrendo na cidade de São Paulo. A atmosfera política era outra e a audácia nos projetos foi maior. A cidade passava pelo início da gestão de Telma de Souza e tinha como secretário de saúde David Capistrano. Esses nomes, especialmente o de David, marcam a história dos movimentos sociais antimanicomialistas até o presente. Na época, havia influência direta do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que iniciou as grandes discussões sobre a reforma da assistência à saúde mental no final da década de 70. No ano de 1978 foi realizado no Rio de Janeiro o primeiro Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, evento que contou com a presença de Félix Guattari, Robert Castel, entre outros grandes nomes (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007). Também é importante ressaltar o acontecimento de alguns outros eventos históricos no contexto da nossa reforma psiquiátrica: o Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 1977, o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental em 1979 e o Congresso Mineiro de Psiquiatria, também em 79 – este último contando com a presença de Franco Basaglia. Todos estes eventos discutiam o tema da humanização do tratamento psiquiátrico e criticavam as condições precárias do modelo manicomial presente no país (AMANCIO, 2012). Estes eventos tiveram significativa influência sobre as perspectivas adotadas para a transformação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Em Santos, optou-se por realizar uma reforma radical baseada na experiência de Trieste na Itália e orientada pela perspectiva basagliana. Portanto, tudo se deu em torno da desmontagem da Casa de Saúde Anchieta e a estratégia para a construção de uma rede

substitutiva foi sendo erguida sobre as necessidades decorrentes desse processo como eu disse há pouco. O que vemos em Santos, diferente do caso paulistano, é um movimento da gestão do município muito mais voltado a uma transformação radical, bem como a tentativa de levar a cabo a erradicação do manicômio e não a humanização do tratamento entendida como melhoria das condições extra-hospitalares. É isso, justamente, que conduz à criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). Estes, diferentemente do CAPS, não deveriam ser instâncias mediadoras entre o primeiro contato do paciente psiquiátrico e a possibilidade de sua internação hospitalar, mas dispositivos de substituição efetiva ao hospital psiquiátrico. Seu funcionamento deveria acontecer 24 horas e não se tratava de um único local, mas de um conjunto de NAPS capazes de atender, em tese, a toda a demanda municipal – diferente do CAPS Itapeva, que além de constituir um único serviço, funcionava apenas durante a semana em período diurno. A possibilidade de contemplar a totalidade do tratamento em saúde mental, ao invés de representar uma instância mediadora, foi inclusive o que designou a nomeação de Núcleo, ao invés de Centro para os dispositivos institucionais do município, entendendo essa nomeação como algo que designa uma instância final e não intermediária entre atenção primária e hospitalar. (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007).

Tendo feito essa primeira contextualização, vejamos agora alguns aspectos mais específicos do funcionamento tanto dos CAPS quanto dos NAPS que vieram a servir de fundamento para sua transformação em um tipo de serviço regulamentado inicialmente no âmbito do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde ainda no início da década de 1990.

Desde o documento inaugural, no qual o CAPS Itapeva já figurava como *Projeto Docente-Assistencial Multicêntrico*, a justificativa para a construção desse serviço considera que deve se colocar em oposição ao modelo centrado na internação hospitalar para tratamento de pacientes graves. Essa oposição estaria posta por seu caráter não burocrático, não cronificante e sua ligação com a comunidade e a sociedade, pautado portanto numa ideia de desinstitucionalização do tratamento. Suas práticas deveriam valorizar o respeito às diferenças e às singularidades da população atendida e, além disso, seu caráter docente-assistencial se refere ao dever de constituir-se como um espaço de formalização e transmissão de experiências, como bem apontam Amarante & Torre (2001). Nessa direção, deveria instrumentalizar profissionais por meio do oferecimento de espaços de troca de experiências e saberes e, do lado dos pacientes, fomentar espaços de troca e intercomunicação de vivências assistidos pelos técnicos, promovendo maior capacidade para o convívio em sociedade.

A concepção clínica proposta pelo CAPS Itapeva, como observa Tenório (2002), não rejeitava a psiquiatria, colocando-a, por outro lado, submetida a uma compreensão mais ampla tanto da doença mental quanto do cuidado. Nisso podemos ver a influência da Psicoterapia Institucional tanto na concepção em si, quanto nas práticas de tratamento que ofertavam a possibilidade de comparecimento diário em uma série de atividades além de atendimentos com diferentes profissionais e, no geral, o estabelecimento como um todo servindo de espaço de convivência e experimentação.

Quanto aos NAPS, por sua orientação teórica explicitamente baseada nos princípios da Psiquiatria Democrática e na obra de Basaglia, enfatizavam mais o aspecto da não segregação do louco. Para isso, tomava-se a necessidade apresentada pelo usuário na centralidade das ofertas de cuidado, motivo pelo qual foram os NAPS que introduziram a ideia de projeto terapêutico singular como maneira de unificar diferentes técnicas e saberes sob uma mesma direção de trabalho do ponto de vista ético (AMARANTE & TORRE, 2001). Embora possamos ver algo comum entre CAPS e NAPS nessa disponibilidade constante para se colocar em crise e repensar as próprias práticas a partir dos acontecimentos clínicos, Amarante & Torre (2001) nos lembram de que duas características dos NAPS ainda o destacavam do CAPS: o funcionamento 24 horas e a regionalização do atendimento. Isso constituía a base de sua ancoragem na perspectiva triestina, ou seja, a consideração em primeiro plano do caráter efetivamente substitutivo ao manicômio (e não preventivo), que só seria possível se o serviço tivesse disponibilidade integral no tempo e espaço.

Ainda, essa concepção fundamenta um aspecto territorial por meio do qual não se pode ofertar um cuidado integral às necessidades do usuário sem que se tenha atenção ao que acontece na comunidade em que está inserido. Portanto, exige-se do serviço que tenha diálogo constante com a população e as organizações comunitárias presentes em seu território, bem como conhecimento das práticas e da cultura local. Devemos entender, aqui, a noção de território numa acepção como a de Milton Santos, na qual:

“O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população.” (SANTOS, 2000, p.96-97)

Temos, à vista disso, um conjunto de experiências entre esses dois serviços que vão dando condições de alicerçar práticas de cuidado em saúde mental que não partilhem da lógica manicomial. Esta é entendida aqui como um conjunto de práticas que se balizam por uma fundamentação reducionista das noções de doença mental entendida: como afecção estritamente orgânica – mesmo quando não se consegue estabelecer rigorosamente sua etiologia –; que acomete um indivíduo, sem levar em conta seu meio; e que por sua desrazão é associado à periculosidade, tendo sua reclusão como destino. Mas estamos falando ainda de duas experiências locais, mesmo que uma delas se refira à reorganização da assistência em um município inteiro. Precisamos entender agora como passam ao caráter de política pública.

Em nível nacional, temos a criação dos CAPS – não mais nos referindo ao CAPS Itapeva, mas agora à instituição dessa nomenclatura como referência de um tipo de equipamento institucional – ainda no início da década de 1990, como havia mencionado anteriormente, com sua inclusão no Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Isso se deu por meio das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde. Ambas fazem referência de maneira unificada às duas nomenclaturas: Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial. A Portaria nº 189 é propriamente a responsável pela inclusão dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial na lista de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (BRASIL, 1991), tornando possível a inclusão desses nas diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental, implementadas pela Portaria nº 224 (BRASIL, 1992).

Isso trouxe algumas consequências que resumirei rapidamente. Primeiro, no mesmo passo em que reúne as duas nomenclaturas em uma única, designa esses serviços como intermediários entre atenção ambulatorial e hospitalar. Ou seja, não preconiza que sejam substitutivos ao hospital, neutralizando já esse aspecto dos primeiros NAPS. Apesar disso, fica determinado que esses serviços têm responsabilidade adscrita ao território e que podem ter funcionamento ininterrupto, 24 horas. Ou seja, os novos NAPS/CAPS passam a ser uma espécie de meio termo entre os dois projetos iniciais. Além disso, essas primeiras portarias não qualificam o público que deve ser atendido por esses serviços, embora determinem que estão habilitados para atender situações de crise. Amarante & Torre (2001) apontam como consequência dessa homogeneização, o enfraquecimento das discussões conceituais que as primeiras experiências – do CAPS Itapeva e NAPS de Santos – mantinham por serem distintas.

Isso só se modificará em termos normativos após a promulgação da Lei 10.216 em 2001 e, no ano seguinte, da Portaria nº 336. Esta última, conforme trouxe quando falava do CAPS

AD IV, classifica diferentes modalidades de CAPS conforme abrangência e tipo de público – incluindo a determinação do atendimento prioritário de pessoas portadoras de transtorno mental severo e persistente. Mas, para além disso, também reforça o caráter de responsabilidade territorial dos CAPS ao mesmo tempo que os dispõe como ordenadores da rede de saúde mental. Esta última disposição era fundamental no funcionamento da rede enquanto substitutiva ao manicômio, mas já vinha se perdendo mesmo antes das atuais mudanças e a razão desse arrefecimento tem a ver com um processo de burocratização da *atenção psicossocial*.

Quero enfatizar um aspecto aqui: a despeito do enfraquecimento das discussões conceituais por consequência da homogeneização, vemos nascer nesse processo a *atenção psicossocial* desde a nomeação dos dispositivos gerados pelas primeiras experiências. E, antes de prosseguir, é importante destacar que tomo a *atenção psicossocial* pela leitura de Luciano Elia (2013) que, como ele mesmo afirma, traz algo de próprio e que não está na concepção mais comumente utilizada no campo da reforma psiquiátrica. Se faço essa escolha é pela ênfase que esse autor dá à *atenção psicossocial* “como categoria que designa algo de absolutamente inédito, inventivo, democrático, transformador e irredutível a qualquer outra invenção que a tenha precedido no mundo, inclusive na psiquiatria italiana” (ELIA, 2013, n.p.), o que permite resgata-la do esvaziamento de significado ao qual a vemos submetida cada vez mais – tendo até mesmo sido mantida enquanto nomenclatura que designa a rede (RAPS) no atual projeto em curso, com o qual não pode se alinhar em nenhum grau como mostrarei.

Retomando, então, historicamente teremos uma proliferação dos CAPS pelo território nacional desde o início da década de 1990 e intensificada nos anos 2000 por mudanças trazidas pela promulgação da Lei 10.216, além das portarias que passavam a regulamentar o formato desses serviços e a destinação de recursos para eles. Motivo pelo qual os hospitais psiquiátricos não eram, então, superados apenas em capacidade de atendimento, mas pela primeira vez em porcentagem de investimento de recursos financeiros, conforme nos lembra Couto (2007). E embora contassem com diretrizes normativas comuns, os CAPS ao redor do território nacional produziram trabalhos muito diversos. Podemos, porém, reunir alguns aspectos comuns nos diversos CAPS que se produziram pelo Brasil, conforme nos aponta Daniel Elia (2013), tais como: a utilização do projeto terapêutico singular articulado a uma equipe ou técnico de referência. Tais aspectos privilegiam ações interdisciplinares no funcionamento das equipes, bem como o vínculo entre usuário e serviço/equipe/técnico enquanto garantidor do atendimento singular e ordenador do projeto terapêutico.

“Isso quer dizer que, ao privilegiar o vínculo, e não uma mera distribuição administrativa de pacientes por técnico de referência, a organização do serviço aposta na relação terapêutica como meio de conduzir o tratamento. Isso significa também que a escolha do técnico de referência não deve ser simplesmente por profissão, na medida em que este vínculo pode acontecer com qualquer integrante da equipe. Assim, procura-se superar modelos de cuidado hierarquizados e fragmentados, já que a discussão de equipe, como forma de gestão partilhada tanto da organização dos serviços quanto dos casos clínicos, é a forma também de sustentar a lógica de cuidado da atenção psicossocial como direção de trabalho no CAPS. O vínculo também deve ser entendido como abertura e disponibilidade para que o paciente possa dirigir suas questões para o técnico. Este modelo prioriza a possibilidade de escuta como meio de elaboração do projeto terapêutico.” (ELIA, 2013, p.40)

Nessa direção, Miranda & Onocko Campos (2008) trazem alguns apontamentos cruciais a partir de uma pesquisa que envolveu entrevistas com profissionais em diferentes CAPS para compreender o modo como se dava o trabalho de referência. As autoras apontam que na fala dos profissionais há de fato a compreensão do trabalho nos CAPS a partir da articulação de diversos elementos, tais como: utilização de múltiplas técnicas terapêuticas, identificação dos desejos dos usuários para a condução do caso, mas também de suas limitações e possibilidades, incluindo ainda a articulação do atendimento dos familiares como parte integrante do tratamento. Por outro lado, mostram uma deturpação da função de referência na medida em que é tomada como responsabilização pela situação e destino dos tratamentos. As autoras encontraram falas no sentido de uma reclamação quanto à cobrança exercida sobre os profissionais de referência, ou seja, situações em que esses profissionais são cobrados de prestar contas sobre a situação do caso, sendo responsabilizados pelo bom ou mal andamento. Isso mostra uma deturpação na medida em que não apenas impede a construção compartilhada do cuidado, mas ao mesmo tempo retoma algo da lógica manicomial na qual o hospital, ou o médico deve controlar os aspectos da vida do paciente aos moldes de uma tutela.

Pela parte dos usuários, o que as pesquisadoras encontraram foram falas no sentido de uma valorização da relação com os profissionais de referência. Estes são tomados como personagens com quem os usuários sustentam relações mais afetivas e, por isso, se sentem à vontade para procura-los diante de qualquer necessidade. Também é o que permite que estabeleçam relações de confiança suficientes para trazerem suas questões de uma perspectiva mais íntima (MIRANDA & ONOCKO CAMPS, 2008). Podemos ver nisso não apenas a importância das relações transferenciais, mas um modelo que as considera de modos marcadamente influenciados pelas concepções e experiências da Psicoterapia Institucional –

ainda que não necessariamente traga essas nomenclaturas. De todo modo, o que Miranda & Onocko Campos mostram é que a deturpação das concepções sobre a função dos profissionais de referência, acabam minando potências de uma dimensão efetivamente clínica do cuidado em saúde mental, substituídas por práticas de caráter mais burocrático.

Além disso, como afirma Daniel Elia (2013):

“Outra característica comum na organização das equipes é que os médicos costumam estar excluídos da função de técnico de referência. Sob a alegação de que são poucos médicos e de que todos os pacientes dos CAPS precisam de psiquiatras, o que congestiona suas agendas, eles se restringem, na maioria das vezes, aos atendimentos específicos de sua profissão, sejam atendimentos individuais ou em grupo. Esta característica leva a algumas consequências principais: a ambulatorização do atendimento médico; os médicos não participam dos ambientes coletivos, como a convivência; os pacientes passam a ter um médico e um técnico de referência; o cuidado médico se encontra fragmentado dos demais, pois suas decisões são as únicas que passam por pouca ou nenhuma decisão de equipe; todos, ou quase todos, os pacientes dos CAPS são medicados, sem que este aspecto seja discutido pelas equipes.” (ELIA, 2013, p.42)

Aqui estamos já caminhando para o passo final da discussão que proponho neste trabalho, que implica expor o modo pelo qual a reforma psiquiátrica brasileira já vinha se fragilizando em relação ao seu caráter antimanicomial bem antes do atual ataque. Dito de outro modo, expor por quais vias a RAPS já se encontrava sob o risco do *campo de concentração generalizado* antes do atual projeto de Política Nacional de Saúde Mental – que representa não simplesmente um retrocesso para o modelo manicomial, mas um verdadeiro avanço técnico por meio do qual este modelo articula aspectos repressivos e disciplinares nos interstícios da RAPS. Com isso, destaco um trabalho de Tenório (2007) que nos oferece uma grande contribuição ao realizar uma breve análise de conjuntura do sistema de saúde mental no Brasil no final da década passada. Trata-se de uma discussão a respeito do contexto que antecede em poucos anos a consolidação normativa da Rede de Atenção Psicossocial e que aponta justamente para as modificações no panorama da saúde mental no Brasil que possibilitaram sua implementação.

Nessa direção, retomemos de maneira panorâmica algo do percurso da reforma. Tenório (2007) nos lembra desse percurso resumindo década por década e nesse âmbito sugere uma designação histórica para as duas primeiras: chama de período “germinativo” da reforma os anos 70, em que os seus ideais e valores fundamentais puderam ser inseridos no eixo da crítica ao estado autoritário e ineficiente – pensemos aqui na significativa influência dos congressos

ocorridos nesse período, conforme citei anteriormente, nos quais nossos movimentos sociais e os profissionais como um todo puderam tomar contato com teóricos, profissionais e militantes internacionais tão importantes; em seguida, chamará de período “sanitarista” os anos 80 em que, aponta, “[...] se apostou na moralização, ampliação e aperfeiçoamento técnico do sistema existente, sem crítica aos seus pressupostos.” (TENÓRIO, 2007, p.14). Quanto aos anos 90 em diante, Tenório (2007) não traz uma designação nominal dado o caráter mais recente desse período. No entanto, se quiséssemos uma designação desse tipo, poderíamos chamar os anos 90 de período “consolidador” na medida em que edifica a *atenção psicossocial* como norteadora do trabalho nos CAPS (que passam a existir enquanto tipo de serviço e não mais como aquele, então único, da Rua Itapeva) e, por conseguinte, do cuidado em saúde mental. Bem como poderíamos chamar de “expansionista” o período referente à primeira década deste milênio, se levamos em conta os efeitos da promulgação da Lei 10.216, que permitiu a efetiva construção de uma rede, com investimento público, mediante o desinvestimento nos leitos hospitalares – mas também de portarias como a 336 que dispõe sobre as diferentes modalidades de CAPS, ou também a Lei 10.708 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, entre outras do mesmo período. De qualquer forma deixemos as designações históricas de cunho nominalista de lado. Fiquemos apenas com essa leitura panorâmica, bastante resumida, do processo desses 40 anos.

É preciso dizer, quanto a isso, que a fragilidade de nosso processo de reforma psiquiátrica antimanicomial parece residir justamente na “ampliação e aperfeiçoamento técnico do sistema existente, **sem crítica aos seus pressupostos**” conforme nos diz Tenório (2007, p.14. Grifo nosso) sobre o período “sanitarista”. E a expressão dessa fragilidade se dará com aquilo que nos aponta Elia (2015a) sobre o período das últimas duas décadas, ou seja, sobre a consolidação e a expansão da reforma psiquiátrica. Importantíssimo destacar aqui que a perspectiva de Luciano Elia possui uma particularidade que a difere da de Tenório (2007) por exemplo. Essa diferença de perspectiva incidirá exatamente sobre o ponto em que Tenório afirma, se referindo ao período do final dos anos 90 até o final da década subsequente, que a reforma “deixou de ser uma iniciativa “alternativa” ou “promissora” para se instituir como determinação legal, ancorada em sólido arcabouço normativo” (TENÓRIO, 2007, p.13). Nesse sentido, em concordância com a perspectiva de Onocko Campos (2001), por exemplo, vê a inserção da *atenção psicossocial* no panorama amplo do sanitarismo como positiva. Concordo com Luciano Elia (2013; 2015a) em sua leitura do processo de tecno-burocratização da RAPS chamando a isso de “sanitarização da atenção psicossocial” (ELIA, 2015a, p.77).

Nessa direção poderíamos pensar que o problema está justamente no quão “sólido” – como afirma Tenório – é o arcabouço normativo que incide sobre a reforma psiquiátrica no caminho que a leva à instituição da RAPS. Assim como Tosquelles disse que a Psicoterapia Institucional morre ao ser nomeada – como mencionei no primeiro capítulo –, parece que assistimos a um processo ainda pior, onde a *atenção psicossocial* vem sendo não apenas morta, mas feita em pedaços, a medida em que avança sua judicialização (muito mais do que simples nomeação).

A compreensão disso exige algum aprofundamento. Sobre a nossa reforma psiquiátrica antimanicomial, Elia (2015a) aponta que de fato ela se dá na esteira da Reforma Sanitária que cria o Sistema Único de Saúde, “pelo menos em princípio”:

“Dizemos “pelo menos em princípio” porquanto o SUS jamais se realizou satisfatoriamente como projeto político sanitário por ausência de determinação política dos dirigentes brasileiros. Na sequência da Constituição de 1988 tivemos Collor, Itamar e Fernando Henrique Cardoso, e este último transformou direitos sociais em “serviços” sociais, como os serviços de saúde, assim definidos em Lei, inserindo de vez a questão dos direitos sociais na ordem capitalista das mercadorias a serem fornecidas pelo Estado via terceiro setor “parceiro””. (ELIA, 2015a, p.75)

Isso permitiu algo que poderia ter sido desfeito pelos governos Lula-Dilma que, mesmo se alinhando mais à esquerda, ao invés de procurar por modificações de base para uma reconstrução social do Brasil, projetaram uma tentativa de erradicação da pobreza extrema por meio da ampliação da capacidade de consumo. Isso, embora tenha tido relativo sucesso, não se fez sem alianças e manobras profundamente questionáveis em diversos níveis. No caso da saúde mental, por exemplo, como expus anteriormente, mesmo numa gestão do Ministério da Saúde que colocava Roberto Tykanori – uma personalidade importante no campo da Luta Antimanicomial, participante da experiência da reforma santista que deu origem aos NAPS – na coordenação nacional de saúde mental não se evitou a aliança com as comunidades terapêuticas via terceiro setor “parceiro”. Mas o principal problema no campo da reforma psiquiátrica foi justamente o seu estabelecimento enquanto política pública por uma estratégia normativa. Com isso vimos um processo da sanitização da *atenção psicossocial* que corresponde à sua integração aos demais níveis de atenção – sendo definida explicitamente como modalidade especializada de atenção em saúde (BRASIL, 2011) – e, com isso, sua subordinação à Atenção Básica (ELIA, 2015a).

Isso fez, desde lá, com que o caráter antimanicomial de nossa reforma psiquiátrica pudesse ser contornado, como de fato está sendo atualmente. Lutar contra isso implica retomar a radicalidade do caráter antimanicomial e isso se faz por meio de uma recusa em se satisfazer com meras determinações normativas, entre outras coisas. Fica claríssimo na atualidade, conforme mostrei na primeira parte deste capítulo, que determinações normativas conseguem estabelecer de maneira retórica a ocultação de uma deturpação da história. Contra isso talvez convenha lembrar, como nos aponta Elia (2013;2015a), que quando a RAPS foi “criada” pela portaria nº 3.088 em 2011, já havia uma rede há 20 anos – e, acrescento, era conhecida como *rede substitutiva* e não substituía outra coisa a não ser o manicômio. A *atenção psicossocial*, “como categoria que designa algo de absolutamente inédito, inventivo, democrático, transformador e irreduzível a qualquer outra invenção que a tenha precedido no mundo, inclusive na psiquiatria italiana” (ELIA, 2013, n.p.), não pode ser entendida simplesmente como modalidade de atenção em saúde, pior ainda, como modalidade especializada. Luciano Elia (2013) destaca que o binômio *atenção psicossocial* precisa carregar a ambiguidade que produz: se seu primeiro termo – *atenção* – o coloca no campo da atenção em saúde, o segundo – *psicossocial* – deve permitir sua extrapolação como o faz a própria loucura. Nisso é que podemos pensa-la como um campo basagliano/freudiano conforme a leitura desse autor.

Elia (2013) aponta que uma intervenção sobre a loucura estará destinada ao fracasso se não puder extrapolar o campo da saúde. Concordo com ele desde que entendamos que “fracasso” aí designa, na enunciação, a fala de um antimanicomialista, pois uma intervenção que subsuma a loucura ao campo da saúde é efetivamente o sucesso da lógica manicomial e, acrescento, aquilo que a insere numa lógica concentracionária. De todo modo, o transbordamento em relação ao campo da saúde é o que permite pensarmos a *atenção psicossocial* em termos basaglianos à medida que nos questionamos: “Basaglia aceitaria a absorção de suas propostas no campo sanitário? Seria ele um sanitarista?” (ELIA, 2015a, p.77). E a resposta nos leva a ver que Basaglia, enquanto marxista, tomava o louco no mesmo lugar lógico do proletário e, com isso, não o pensava como ser periférico. Ao colocá-lo na centralidade, no eixo de suas propostas para a transformação social, só pode pensar o sofrimento psíquico grave como *existência-sofrimento*, ou seja: a experiência da loucura articulando o modo como alguém sente seu corpo em relação (de exclusão, opressão, inadequação, etc) ao corpo social.

Já no que diz respeito a Freud, Elia (2015a) procura mostrar que a experiência do sofrimento psíquico é sempre a experiência de um sujeito. E se tomamos o sujeito do

inconsciente, devemos entender tanto o sujeito como o inconsciente como de caráter *público*. Isso no sentido em que são desprovidos de qualidades tanto semânticas, quanto anímicas ou mesmo empíricas. Esclarece, porém, que fala do caráter *público* como um “para todos” em termos de lógica atributiva. Ou seja, *público* em oposição a *privado* na medida em que é a *lei do privado* que constitui o privilégio de algo em relação a um conjunto, destacando-o. O que designa uma qualidade atributiva a algo é que determina o “para alguns” e não sendo o inconsciente e seus efeitos de sujeito privilégio de alguns, só pode ser pensado como *público*, ou seja, para todos. Elia está aqui em perfeita concordância com Askofaré (2009b) quando traz, como apontei no segundo capítulo, que o sujeito pode ser excluído de tudo menos do inconsciente e seus efeitos.

“Assemântico, transindividual e público, esse inconsciente que é também sem qualidade alguma abrirá a via para que a psicanálise se despregue do seu *setting* clássico, o consultório particular (expressão em que o termo *particular* deveria assumir o sentido da particularidade aristotélica mais do que de equivalente a privado, objeto de propriedade, iniciativa privada), e seja amplamente aplicável em diversos dispositivos clínico-institucionais públicos.” (ELIA, 2015a, p. 74)

Mas se tomamos a *atenção psicossocial* como um campo basagliano/freudiano precisamos pensa-lo em sua materialidade, ou correremos o risco de formular apenas palavras vazias que sirvam a uma retórica qualquer, tal qual faz a atual Política Nacional de Saúde Mental. Nesse sentido é que pensar a *atenção psicossocial* de maneira consequente e materialmente presente exige o CAPS como seu ordenador. Isso porque tanto um território quanto uma rede (nos quais poderiam se exercer a *atenção psicossocial*) não existem a priori e menos ainda por determinação normativa. O que realiza o cruzamento dos pontos de uma rede, o que a faz existir e se configurar num território são sempre atos que carregam intencionalidade. Aos modos de uma intervenção clínica, o CAPS – seja ele representado por um técnico, ou por toda uma equipe, de modo sempre contingente – é que deve induzir efeitos de rede articulando, no território – como o pensa Milton Santos –, caminhos possíveis para que os sujeitos em sofrimento possam existir de maneiras melhores. Considero o CAPS, portanto, como o quer Luciano Elia:

“Meu modo de concebê-lo, talvez peculiar, não admite que ele seja definido como um serviço de saúde (talvez como uma instância do direito social à saúde e outros direitos, mas nunca um serviço), e mais: exige que o CAPS, entendido como polo de encarnação territorial de uma política pública e não como um serviço, ordene a rede de atenção psicossocial, em uma lógica de ordenação cujo modo de exercício de poder

não pode ser piramidal, hierárquico, nem mesmo estatal, mas um poder tal como definido por Michel Foucault: poder descentralizado, pactuado, pontual.” (ELIA, 2015, p.77)

Permitir a subsunção total – ao invés de uma articulação – da *atenção psicossocial* ao campo sanitário tem como consequência uma tecno-burocratização que, em nosso caso concreto, implica dois pontos de estrangulamento. Quanto ao primeiro ponto, na medida em que a Portaria nº 3.088 estabelece os CAPS como componentes da RAPS que figuram na “atenção psicossocial especializada” – conforme consta em seu artigo 5º (BRASIL, 2011) –, os obriga a certa restrição como atenção secundária, faz com que passem a figurar quase como um ambulatório especializado. O aspecto que pretende distinguir um CAPS de um ambulatório especializado tradicional é a determinação de que ele seja responsável pelo matriciamento das equipes de referência na Atenção Básica. Nessa direção a porta de entrada da rede de saúde mental é, como para todas as outras do SUS, a Atenção Básica. Isso foi o que facilitou o caminho para que a CIT substituísse, em 2016, o indicador de avaliação da saúde mental: este, que era definido pela cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, passa a ser definido pelas ações de matriciamento dos CAPS com as equipes de referência da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica (BRASIL, 2016b). Isso tem impacto sobre o financiamento de novos CAPS já que prioriza a ampliação da ESF e não da RAPS em si.

Com relação ao segundo ponto de estrangulamento, a Portaria nº 3.088 – no mesmo Art. 5º – não inclui os CAPS como componentes da atenção de urgência e emergência.

“Ao tratar da questão da emergência [...] a RAPS se vê estranhamento acompanhada pela RUE ("Rede de Urgência e Emergência"), dentro da qual o CAPS aparece como uma "alínea", a "b", um recurso entre outros, que deverá "acompanhar" as crises dos usuários. Se isso não é a reintrodução de uma lógica assistencial medicocêntrica, que em última instância evoca as práticas manicomiais em situações de crise, e dissocia a atenção psicossocial (PS de RAPS) da questão da urgência/emergência (UE de RUE), então o que é?” (ELIA, 2013, n.p.)

Perde-se com isso o caráter de ordenação da rede que tinha o CAPS, ao mesmo tempo em que retira dele o que foi desde o princípio seu aspecto principal de resposta substitutiva à lógica manicomial: a atenção à crise. Desse modo, uma rede determinada por instâncias normativas, prevista, idealizada e burocratizada, não pode ser mais do que uma rede como as que recobrem os viveiros de pássaros – que “voam livres” desde que dentro. Substituição conveniente dos muros, que custam mais caro. Indiquei há pouco que os CAPS devem, como

ordenadores da rede, induzi-la em ato com intervenções aos modos de uma clínica. Quando utilizei esse termo, me referia apenas ao sentido clássico que tem a clínica: inclinar-se sobre o leito do doente para, a partir da observação concreta, conjecturar hipóteses diagnósticas que determinem a direção de intervenções cuja finalidade é o tratamento. Por esse ângulo o clínico, em seu ato, confere um sentido aos acontecimentos patológicos. Mas precisamos pensar com o máximo cuidado a relação da clínica (em seu sentido amplo) com os CAPS e com a RAPS, pois como indiquei largamente desde o início do trabalho, a desarticulação entre clínica e política está sempre em questão na determinação de fracassos ou sucessos das experiências de reforma psiquiátrica antimanicomiais.

Havia indicado há pouco uma perspectiva de Tenório (2002) a respeito das concepções clínicas do CAPS Itapeva. Ele entende que essa clínica não rejeita a psiquiatria, mas a coloca numa relação de submissão a concepções mais amplas de cuidado e da própria doença mental. Apontei aí a influência da Psicoterapia Institucional no que tange àquele CAPS, mas pretendo aprofundar essa discussão agora que temos condição de ampliar a questão para a *atenção psicossocial* e os CAPS como um todo.

Gostaria de destacar, nesse ponto, dois desafios apontados por Tenório (2007) para o avanço dos CAPS no contexto do fim da década de 2010 – contexto das vésperas da instituição normativa da RAPS. Destaco apenas dois desafios de uma lista maior porque grande parte da lista já não tem mais sentido dada a reorientação técnica e política a que assistimos. São eles:

“- A difícil missão institucional dos CAPS, de exercer uma função de saúde pública sem deixar de exercer a clínica singular de cada caso e, se possível, sua teorização e a formação de novos profissionais.

[...]

- A não adesão de parte expressiva da comunidade de psiquiatras aos pressupostos e, sobretudo, ao trabalho nos serviços da reforma, o que inclui razões legítimas da baixa competitividade no mercado das condições oferecidas de trabalho e remuneração, mas que, para além disso, deveria nos fazer pensar no seguinte: passamos os últimos 20 anos melhorando a psiquiatria, tentando qualificar sua clínica, e, no entanto, em alguma medida, posamos de anti-psiquiatras; produzimos, no nível da transmissão, uma situação discursiva aversiva aos psiquiatras a à psiquiatria – com o que, naturalmente, a transferência dos jovens psiquiatras dirigiu-se a outras referências.” (TENÓRIO, 2007, p.17)

Deixo claro, de saída, que meu interesse maior nessa contribuição de Tenório é a importância que dá à clínica e à formação/transmissão de saber no campo da reforma psiquiátrica. Mais ainda: ele trabalha esses dois aspectos em articulação, propondo uma perspectiva que leva em consideração uma clínica própria aos CAPS. Não há, entretanto, a pretensão de afirmar uma diferença absoluta nessa clínica, tampouco pensa-la enquanto uma espécie de técnica específica. O autor é claro quanto a isso: “Esta clínica não é uma clínica “nova” – é herdeira da tradição da psiquiatria (também, é verdade, de uma certa posição política e de uma certa possibilidade que a psicanálise construiu de estar presente na psiquiatria e na saúde mental).” (TENÓRIO, 2007, p.24). Com isso, apesar de tomar a psiquiatria e “certa possibilidade” referente à psicanálise como referenciais, não tem a pretensão de propor um paradigma para essa clínica. Indica apenas sua ascendência para apontar critérios norteadores de um horizonte ético para ela.

Ademais, propõe que a teorização desta clínica e sua transmissão constituem um dos principais desafios dos trabalhadores nos CAPS. Eis aí uma retomada de um aspecto fundamental do projeto inicial do CAPS Itapeva: o caráter *docente-assistencial*. Atentar para isso com um pouco mais de profundidade nos leva até articulações importantes para essa pesquisa, vejamos.

Quando fala em psiquiatria, Tenório (2007) não se refere a uma escola específica, mas à psiquiatria enquanto especialidade médica constituída na finalidade de se ocupar de sujeitos reconhecidos em sua diferença, “dissonantes no laço social” como diz. Essa diferença, no entanto, é de um tipo “[...] que não é reconhecido como sendo nem da ordem da religiosidade, nem da ordem da expressão artística, nem também da ordem da criminalidade ou do delito.” (TENÓRIO, 2007, p.24) embora, como sabemos, é reconhecida comumente nesses contextos. No que tange a “certa possibilidade que a psicanálise construiu de estar presente na psiquiatria e na saúde mental”, penso que se refere fundamentalmente a dois aspectos da teorização lacaniana: mais claramente à questão do laço social (o que implica a teoria dos discursos), mas também *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (LACAN, [1957-1958] 1998a)<sup>27</sup>. Isso permite compreender a perspectiva de Tenório em alinhamento com

---

<sup>27</sup> Ou seja, de modo sumário: a consideração preliminar de uma forclusão do significante Nome-do-Pai no campo do Outro, tomada como etiologia da psicose. Isso, ao mesmo tempo, distingue a psicose (enquanto estrutura clínica) da neurose e da perversão; e permite articulações entre a psicanálise e a psiquiatria em termos psicopatológicos. Trata-se de uma contribuição fundamental de Lacan para este campo, ainda que este aspecto da teoria tenha sofrido modificações importantes no decorrer de sua obra, especialmente com as teorizações sobre o nó borromeano – um dos ensinamentos mais tardios de seu seminário.

autores como Kyrillos Neto (2007) ou mesmo Quinet (2006), entre tantos outros no que se refere à psicanálise em seu campo interno; mas também alinhado a uma perspectiva que remonta a autores como Goldberg (1994) e Onocko-Campos (2001) que consideram amplamente a psicanálise, entretanto em suas possibilidades de articulação com campos institucionais diversos.

Mas, apesar desse cuidado do autor em localizar sua perspectiva de maneira ampla no que tange à psiquiatria e psicanálise, é importantíssimo notar que se isso o afasta da possibilidade de uma proposição tecno-burocrática que transformaria um rico referencial em parâmetros normativos para uma “clínica” (que assim só poderia ser tomada em um sentido fraco), não o livra de certa ingenuidade quando propõe razões da não adesão da comunidade de psiquiatras aos pressupostos da reforma – que são antimanicomiais. Como apontou, pensa ser legítima uma razão como a “baixa competitividade no mercado” como se o Estado devesse pagar mais a uma categoria profissional que já ganha, no mínimo, o triplo dos profissionais de outra categoria – por que não pensar a posição profissional (e principalmente orçamentária) dos psiquiatras em relação à realidade média nacional ao invés de entrar numa lógica de competitividade de mercados?

Além disso, diz que “produzimos, no nível da transmissão, uma situação discursiva aversiva aos psiquiatras e à psiquiatria – com o que, naturalmente, a transferência dos jovens psiquiatras dirigiu-se a outras referências.” (TENÓRIO, 2007, p.17). Ora, se isso não é de todo falso, também é preciso considerar que a própria psiquiatria produziu condições discursivas que a afastam – e aos jovens psiquiatras – da perspectiva antimanicomial. Infelizmente, essas mesmas condições permitem agora, e já há muito tempo, sua participação funcionando como uma espécie de doença autoimune no campo discursivo das reformas psiquiátricas antimanicomiais e aqui me refiro àquelas que abandonam a discussão da perspectiva clínica aos moldes da Psiquiatria Democrática. Conforme apontei na conclusão do meu primeiro capítulo, se uma clínica que abra mão da reflexão política envereda para uma direção política de manutenção do *status quo*, parece que – ao menos no campo da saúde mental – uma perspectiva de intervenção política que rejeite a reflexão clínica apenas reencontrará a prática clínica que rechaçou.

### 3.2.1 – A estratégia semiológica da *sociatria*

Para que não caiamos em uma ingenuidade é necessário recorrer à própria epistemologia da clínica e mais: da clínica psiquiátrica. Sustento uma posição de concordância parcial com a perspectiva de Tenório, ou seja, apenas no que diz respeito a uma reforma psiquiátrica que se proponha antimanicomial não ser necessariamente anti-psiquiátrica. No entanto, há que se dizer que existe sim uma psiquiatria à qual devemos fazer oposição se quisermos continuar antimanicomiais e ela não é outra coisa se não aquilo que Lacan ([1969] 2017) chamou de “sociatria”. Com isso aponto, tomando emprestadas as palavras de Sandra T. Serra, que “O limite em que o médico deve atuar, marca o descompasso entre a crescente complexificação do saber biomédico pautado nos paradigmas da ciência, e a prática clínica, que aborda sempre um sujeito singular.” (SERRA, 2009, p.4). E acrescento, aqui, que tomo a psiquiatria em sua dignidade histórica – ou não foram psiquiatras Lacan, Tosquelles e o próprio Basaglia? – por meio da qual, nos lembra Luciano Elia (2013), pode se alinhar à *atenção psicossocial* porquanto apresenta ela mesma sua extrapolação em relação ao campo sanitário. Basta lembrarmos que:

“Nos primórdios da psiquiatria (e parece que os saberes e práticas, em suas fases primordiais, são sempre mais verdadeiros, marcados que são de modo mais genuíno pelas condições de sua emergência) ela própria transbordava a medicina. Podemos afirmar que a psiquiatria foi, ela própria, efeito de um transbordamento do campo médico, do campo da saúde: com Edmar de Oliveira (um psiquiatra piauiense politizado e dos bons, protagonistas da RFB [Reforma Psiquiátrica Brasileira], que mora, trabalha e milita no Rio), podemos dizer que a primeira especialidade médica foi a psiquiatria exatamente porque ela não é uma especialidade médica, por não caber toda na medicina, ela foi cuspidada, expelida para fora, dando a impressão de que era uma especialidade.” (ELIA, 2013, n.p.)

Nesse sentido estaríamos vendo acontecer algo análogo com a *atenção psicossocial* e desde bem antes da atual Política Nacional de Saúde Mental. É, então, justamente em sua tentativa de inclusão na racionalidade médica moderna<sup>28</sup> que a psiquiatria envereda por uma “sociatria” conforme vai se afastando da clínica e dando prevalência à racionalidade científica

---

<sup>28</sup> Trabalhei amplamente com este tema (CAMPOS NETO, M. N. 2015), onde investiguei o modo pelo qual a medicina, em sua inserção no campo da ciência moderna, realiza uma manobra discursiva que, ao adotar o método experimental como via régia de pesquisa, se submete à distinção cartesiana entre *sujeito* e *objeto*. Tal manobra discursiva permite que a medicina faça equivaler certa distinção do caráter *subjetivo* e *objetivo* (no circuito de pesquisa) ao que entenderá, respectivamente, como *abstrato* e *concreto*; essa equivalência constituirá, então, a condição de possibilidade não apenas da hegemonia de uma perspectiva positivista de pesquisa em medicina, mas o entendimento de que o *fato patológico*, uma vez entendido como fenômeno empírico puro, pode ser estudado em termos *quantitativos* em detrimento de seu caráter *qualitativo* relativo à experiência do sujeito que sofre.

que a submete às neurociências. Faço questão de trazer novamente as palavras de Lacan a esse respeito: “colocar a farmacodinâmica ao alcance da incompetência (autorizada) foi o suficiente para deixá-los pensar [se referindo aos psiquiatras] que são cientistas, em virtude da certeza de que as drogas que eles prescrevem são produzidas e testadas cientificamente.” (LACAN, [1969] 2015, p.16).

Dunker (2011), por exemplo, faz uma leitura do desenvolvimento contemporâneo da psiquiatria de modo a mostrar que uma ruptura com a clínica faz com que ela passe ao estabelecimento de uma tecno-ciência médica. Isso acontece na medida em que assume a neuroquímica como paradigma, passando a desenvolver nova semiologia e diagnosticar novas patologias com base na ação terapêutica, mas sem estabelecer rigorosamente as mudanças etiológicas necessárias. Desse modo, “A depressão, por exemplo, torna-se um quadro cada vez mais deduzido dos efeitos inversos aos dos antidepressivos.” (DUNKER, 2011. p. 435). Tal virada, que progressivamente se afasta do que merece ser propriamente chamado de prática clínica, transforma o médico em técnico responsável por protocolar procedimentos do tratamento. Formalmente, realiza uma virada do *discurso do mestre* – em que a psiquiatria se inseria, por exemplo, a partir do tratamento moral ou mesmo outras práticas tutelares como mostrei no primeiro capítulo – para o *discurso universitário*, que faz a aliança da ciência com o capitalismo.

Ainda com referência ao desenvolvimento contemporâneo da psiquiatria, Martins (2008) propõe uma leitura do surgimento da biopsiquiatria a partir da década de 1960, alcançando propriamente seu auge na década de 1980. Retomando o processo, lembra o fato da psiquiatria (desde o séc. XIX) não ter conseguido fundamentar seu saber na racionalidade médica até o período recente, onde pôde se firmar enquanto especialidade médica tendo como ponto de base a noção de corpo somático. Assim é que vai buscar na constituição dos manuais diagnósticos – CID e DSM – a estratégia de afirmação desse campo de pesquisa que podemos chamar tanto de biopsiquiatria quanto de neuropsiquiatria. O que mais me importa destacar é que foi com base em uma estratégia semiológica que a psiquiatria contemporânea passou a criticar os modelos diagnósticos anteriores no sentido da não confiabilidade empírica das descrições clínicas sob as quais tais modelos se fundavam. Por meio da radical ruptura terminológica, promove um distanciamento das compreensões psicológicas e psicossociais das perturbações mentais, fundamentando um discurso hegemônico de caráter empírico-pragmático que passa a deliberar sobre a legitimidade de outros modelos e proposições teóricas. Elimina, assim, alguns modelos explicativos do debate cientificamente autorizado, especialmente o

psicanalítico – mas também o fenomenológico, entre outros –, mascarando sob a proposta de “ateoricismo” dos manuais diagnósticos o que isso representa de fato: a elevação das concepções positivistas ao estatuto de paradigma da ciência (Cf. PEREIRA, 2000; MARTINS, 2008; DUNKER & KYRILLOS NETO, 2011).

Dito isso, me interessa mostrar mais do que o simples fato de que uma evolução da psiquiatria para uma tecno-ciência corresponde ao seu afastamento da prática clínica. Quero argumentar que isso configura uma estratégia que a faz compatível (em nosso caso) com a tecno-burocratização da RAPS e acaba por torna-la cada vez menos permeável a perspectivas que possam se alinhar radicalmente à Luta Antimanicomial – como, conforme sustento, é o caso da psicanálise entre outras. Isso, no entanto, não é facilmente visível por não realizar oposições diretas, tampouco tentativas de integração efetiva. Exponho meu argumento de maneira direta para em seguida detalhá-lo: ao se afastar de concepções clínicas e fundamentar uma terapêutica de ordem pragmática e burocrática, apoiada quase exclusivamente na prescrição medicamentosa, essa psiquiatria acaba por se encaixar no espaço vazio deixado pela clínica que foi rechaçada por certa perspectiva sociologizante no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial. Isso permite que um manicômio a céu aberto, que recobre o tecido urbano, se estabeleça com a aceitação – e até auxílio – do próprio movimento de reforma psiquiátrica antimanicomial. Por essa via, aponto, pouco adianta lutar contra a reconstrução atual do aparato repressivo dos manicômios, enfim, contra os muros, se isso significar apenas voltar para uma rede na qual se cai como um peixe.

Passemos então a alguns pormenores do que acabo de trazer. Antes de simplesmente fazer oposição ao modelo proposto pelos manuais diagnósticos contemporâneos, ou até para que seja possível fazê-lo, é importante dizer rapidamente de sua justificativa inicial. Nessa direção, a discussão em torno da querela das escolas é presente em psiquiatria desde sua origem e a razão disso é a inconsistência de suas categorias diagnósticas que a depender da concepção teórica a partir da qual são formuladas dará privilégio a certos aspectos em detrimento de outros. O que isso produz no campo da prática psiquiátrica é que um mesmo paciente poderá ter diagnósticos distintos a depender da filiação teórica do clínico. Quanto a isso, Pereira (2000) nos lembra de alguns estudos conduzidos na década de 1970<sup>29</sup> – um deles encomendado pela própria Organização Mundial da Saúde – que revelaram a inexistência de consenso mínimo no

---

<sup>29</sup> Trata-se precisamente de dois estudos: “Diagnostic criteria of American and British psychiatrists” conduzido por Kendell, Cooper & Gourlay em 1971 e “Discriminating symptoms in schizophrenia: A report from the international pilot study of schizophrenia” conduzido por Wing & Nixon em 1974 (Cf. PEREIRA, M. E. C. 2000, p.4)

plano internacional para o diagnóstico até mesmo da esquizofrenia, mostrando disparidades diante da comparação entre critérios ingleses e estado-unidenses. Isso fazia com que tanto os dados clínicos quanto epidemiológicos não pudessem ser comparados entre os dois países.

Essas disparidades diziam respeito justamente a diferenças presentes nas concepções psicopatológicas, ou seja, a própria psicopatologia constituía o terreno sobre o qual os embates se davam. Nesse sentido, a proposição de ateoricismo dos manuais ataca justamente o campo da psicopatologia.

“O surgimento do DSM-III, em 1980, constituiu nesse contexto um marco e um divisor de águas na história da psiquiatria. Propondo-se com um sistema classificatório ateórico e operacional das grandes síndromes psíquicas, aquele Manual viria a modificar profundamente a concepção não apenas da pesquisa, mas da própria prática psiquiátrica. Doravante, a psiquiatria disporia de um sistema de diagnósticos preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de substrato para a pesquisa empírico-experimental. Os diagnósticos passariam a ser considerados como meros instrumentos convencionais, dispensando qualquer referente ontológico objetivo. A psiquiatria, do ponto de vista lógico, podia finalmente dispensar a incômoda noção de «doença mental».” (PEREIRA, 2000, p.5)

No entanto, é preciso ver com cautela que o sucesso do DSM-III representa a globalização da perspectiva psiquiátrica norte-americana. E os Estados Unidos têm uma particularidade muito importante em sua história com relação aos sistemas de classificação em psiquiatria: seus primeiros sistemas classificatórios a respeito das perturbações mentais, desde o início do século XX, tiveram o objetivo de mapear as necessidades comunitárias de saúde, ou seja, as categorias serviam a um recenseamento populacional. Muito embora as primeiras experiências classificatórias tenham se restringido ao âmbito da gestão pública, sem grandes interferências na prática direta dos psiquiatras, vemos historicamente que a taxonomia psiquiátrica norte-americana nunca se desenvolveu mediante interesses estritamente clínicos, tendo sempre sofrido forte pressão dos interesses governamentais ligados à administração pública. À medida que surgem as primeiras versões do DSM podemos ver como a concepção norte-americana sempre privilegiou aspectos nosográficos em detrimento da argumentação psicopatológica (PEREIRA, 2000).

As perspectivas psicopatológicas, no entanto, são imprescindíveis para que o aspecto de *pathos* do sofrimento humano – no sentido de estar afetado por algo do âmbito da paixão, que envolve a dimensão dramática do sofrimento requerendo sempre um sujeito para lhe dar

significado – não seja reduzido ao sentido de um *nosos* que diz respeito à doença enquanto entidade objetiva inscrita no corpo somático, reduzindo a experiência humana a uma espécie de expressão comportamental de fatores neuroquímicos. Pereira argumenta ainda que:

Paul Bercherie assinala que um dos grandes problemas da psiquiatria sempre foi o da determinação precisa da natureza dos transtornos mentais. Trata-se, aqui, não mais do estabelecimento de categorias confiáveis, mas da própria «validade» dessas categorias. O conceito de «validade», em nosologia, refere-se à capacidade de uma entidade diagnóstica em expressar de forma pertinente um determinado processo patológico. [...] A escolha do termo "Transtorno" (disorder) para designar a maior parte das categorias diagnósticas do DSM-III e sucedâneos exemplifica bem esse esforço. A designação *disorder* não confere nenhuma especificidade ao quadro clínico que ela nomeia, mas preenche uma função que pode-se chamar "retórica", necessária ao bom funcionamento do sistema: não se trata de conceber uma "doença", no sentido médico do termo, segundo o qual uma etiologia orgânica explicaria as alterações observadas. Busca-se idealmente tratar apenas dos problemas nosográficos privilegiando-se a descrição mais objetiva possível dos quadros, deixando-se de lado os questionamentos etiológicos e dos supostos mecanismos patogênicos. (PEREIRA, 2000, p.11)

Aqui temos uma argumentação em perfeita concordância com a estratégia semiológica que aponta Martins (2008). E seu principal perigo para o fundamento antimanicomial da reforma psiquiátrica é que realiza uma ocultação do caráter normativo que institui. Se essa dita biopsiquiatria quisesse realmente se fundamentar no campo da biologia, mais especificamente da fisiologia conforme requer a racionalidade médica moderna (CANGUILHEM, [1943] 1978), não poderia de modo algum escapar da discussão etiológica. Quando produz um sistema diagnóstico convencional apoiado apenas numa estratégia semiológica, de função “retórica” como apontou Pereira (2000), faz parecer que abre caminho para a pesquisa científica quando na verdade faz esta corresponder unicamente à utilização de métodos empírico-experimentais. No limite, o que essa estratégia verdadeiramente permite é o encobrimento de uma passagem discursiva inadmissível logicamente: faz corresponder o efeito que é o sintoma do sujeito – que só é reconhecível na diferença que produz em relação a uma norma social e de caráter discursivo – a uma causa supostamente orgânica – que compreenderia apenas mecanismos fisiológicos descritíveis nos termos da físico-química. Causa essa que não pode ser mais que suposta, uma vez que não é possível sua comprovação a não ser por dedução dos efeitos inversos às drogas nas quais se apoia a terapêutica.

Assim, essa psiquiatria contemporânea – que se propõe ateórica, quando na verdade é uma teoria anti-psicopatológica – não é outra coisa que uma *sociatria* de fato. Sua ação “terapêutica” apenas incide sobre a inadaptação do sujeito às normas sociais, fazendo da readaptação sua direção de tratamento. Ademais, o efeito adaptativo é alcançado apenas via supressão dos sintomas que seriam a expressão própria do sujeito, índice do ponto em que sua subjetividade não pode ser absolutamente reduzida nem à expressão de construções sociais, tampouco genéticas – ainda que possa contemplar ambos os aspectos até em grande medida. Por essa perspectiva a terapêutica exclusivamente medicamentosa não é outra coisa que uma contenção química, um avanço técnico do controle social. Fazer frente a essa estratégia requer que não recuemos diante de fundamentos psicopatológicos e de uma teoria das causas que permita ver o sintoma de um sujeito como algo mais do que a simples inadaptação a uma norma social e sem pressupor tão rapidamente que a causa dessa inadaptação é apenas endógena.

“Sob essa ótica, a psicanálise tem uma contribuição específica a dar, na medida em que permite uma abordagem racional do subjetivo, do singular e dos aspectos irreduzíveis a grandes leis gerais sobre o sofrimento humano. Essas são exatamente as dimensões que surgem em primeiro plano quando se passa do plano abstrato das definições operacionais para o campo concreto das práticas clínico terapêuticas. Dessa forma, a psicanálise tem uma contribuição decisiva a dar à psicopatologia, no sentido de auxiliá-la a reencontrar sua vocação de disciplina clínica.” (PEREIRA, 2000, p.2)

Todavia uma ressalva se faz necessária aqui: não defendo que se deva rechaçar completamente as drogas psicotrópicas, pois sabemos que o perigo não está na ferramenta e sim no uso. Ora, qualquer clínico responsável no campo da saúde mental é capaz de ver que as drogas psiquiátricas, quando bem aplicadas e bem dosadas – o que implica boa escuta clínica – , podem ser aliadas em um tratamento de quadros graves podendo ser necessárias até mesmo para a preservação da vida do sujeito enquanto o tratamento se realiza. Note-se aqui que o tratamento não é o uso da medicação, mas este pode estar incluído no tratamento. E aquilo a que se deve fazer frente não é o uso de psicotrópicos, mas o regime discursivo a que esta psiquiatria o submete atualmente. Feita a ressalva, voltemos ao que importa no âmbito da Luta Antimanicomial.

### 3.2.2 – A RAPS tornada *campo de concentração generalizado*

É necessário explicar como a reforma psiquiátrica antimanicomial se fragiliza em relação a essa psiquiatria contemporânea. Nesse sentido, é preciso compreender outra manobra retórica atinente ao processo de consolidação da própria reforma psiquiátrica brasileira. Para isso temos uma valiosa contribuição de Kyrillos Neto & Dunker (2004) que descreveram as condições de uma retórica da exclusão produzida no próprio processo de consolidação da perspectiva antimanicomial enquanto política pública no Brasil. Os autores mostram como nossa reforma, amplamente apoiada nas concepções da Psiquiatria Democrática italiana, tomou a loucura como uma experiência constituída e localizada unicamente no campo da exclusão social. Isso fez com que a reforma produzisse um conjunto de práticas que, em resposta a isso, visassem a reinserção da pessoa portadora de transtorno mental no campo social, ou seja, a *inclusão social*.

“Em que pese o fato de essa retórica visar à inclusão, o ponto de onde ela parte e o consenso que ela presume é o de que o sujeito dos transtornos mentais, especialmente aquele que passa pela experiência da internação, está em condição e em processo de exclusão. Observe-se que isso contrapõe, supostamente, uma condição historicamente construída e bem definida (a exclusão) a outra condição ideal e indefinida (a inclusão).” (KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004, p. 117)

E precisamente por esse caráter indefinido, a *inclusão* será tomada em uma estratégia retórica e política em que passa a figurar como elemento norteador de uma formação discursiva que se constrói enquanto antimitelo em relação ao modelo manicomial. Tomando Perelman (1996 *apud* KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004) como referência, Kyrillos Neto & Dunker mostram que a eficácia retórica de um antimitelo se dá na medida em que é capaz de negar e inverter os atributos do modelo do qual deriva de tal forma que ele não encontre paridade possível. É precisamente nesse ponto que a formação discursiva no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial identificará de maneira homogênea qualquer projeto de uma escuta clínica do sofrimento como parte do modelo manicomial. “Deduz-se, daí, que a transformação desejável no estatuto da doença mental é de natureza política, antes que clínica. Está formada uma cena enunciativa onde clínica e política tornam-se significantes em oposição.” (KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004, p. 118). E, nessa cena enunciativa, a estratégia retórica se baseia numa inversão do modelo manicomial entendido como um conjunto de fatores que regulam o poder de participação social, discursiva e política, que é garantido ao cidadão somente pelo reconhecimento daqueles que detém o saber técnico sobre isso. Os técnicos

responsáveis pelo atendimento clínico dos transtornos mentais passam a ser vistos como agentes da exclusão. Nesse sentido, as propostas clínicas são entendidas como estratégias de submissão do paciente a condições discursivas previamente formatadas com a finalidade de manutenção desse poder exercido sobre ele.

Contra isso, os movimentos ligados à Luta Antimanicomial enquanto atores fundamentais da reforma desenvolvem esse antimodelo por meio do qual se visará a inclusão entendida, por inversão, como garantia do direito ao reconhecimento da cidadania e do retorno da palavra ao paciente.

“Aqui assinalamos dois deslocamentos significantes, o *interno* passa a ser chamado de *usuário*, não mais de *paciente*, e o antigo *hospital psiquiátrico* converte-se em *equipamento de saúde mental*. Os centros de *tratamento* tornam-se centros de *atenção*. Há, pois, toda uma redescrição do discurso asilar no qual o enunciado da inclusão social é articulado. O usuário é aquele que se utiliza de um serviço; o paciente é aquele que é objeto de um tratamento.” (KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004, p. 118)

Soma-se a isso que a retórica antimanicomial produzida nesse contexto – ou seja, a retórica da exclusão – adota uma tática diferente, por exemplo, daquela da anti-psiquiatria: ao invés de criticar os mecanismos de poder no terreno próprio da epistemologia referente ao saber psiquiátrico, abandonará esse campo endereçando a discussão à opinião pública. Na intenção de levar o debate para o terreno social amplo, retirando-o do domínio técnico e da discussão acadêmica cientificamente autorizada – entendida como aquela que submete a discursividade às regras do opressor – passa a se preocupar com a interpretação da opinião pública colocando os movimentos da reforma psiquiátrica na função de denúncia. Por esse caminho, tanto os usuários quanto a população como um todo serão convocados à participação na luta política que tem como objetivo a produção comunitária de saber sobre a loucura. O que isso acaba produzindo é uma pedagogia política na qual a opinião pública é convencida da nocividade do manicômio, também de que a loucura é expressão da exclusão social, bem como é conduzida a ver a falácia presente no argumento da periculosidade. Muito embora a dimensão do enunciado produzido nessa retórica de fato mostre a crítica necessária ao alicerce lógico manicomial, o modo como isso se produz revela um deslocamento de poder: no lugar dos técnicos autorizados pelo saber acadêmico, quem passa a ser empoderado é o militante antimanicomial, seja ele um técnico, um usuário, ou mesmo um familiar. Isso faz com que se mostre no campo da enunciação uma nova forma de opressão, pois embora o sujeito seja conduzido para fora de

uma submissão à lógica manicomial, a condição para que se empodere de seus direitos passa a ser a submissão aos termos do antimodelo.

Dessa forma, o sujeito da experiência da loucura, ao ser deslocado para a posição de usuário dos serviços de saúde mental, tem sua demanda revertida de demanda de cura para demanda de inclusão. Sua patologia é definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra e transcendente. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à sua posição de classe. Como tal, sua demanda se objetiva em posições no universo do consumo e do trabalho, de onde a expressão *usuário* afinal deriva. (KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004, p. 119)

Como consequência, ao demandar a inclusão aos modos previstos nessa cena enunciativa, o usuário demandará aquilo que possa retirá-lo do risco de internação – visto como o cerne do problema numa equivalência entre *internação* e *exclusão*. E o que seria isso que o retira do risco de internação? Um conjunto de coisas: a participação no circuito produtivo das relações de trabalho, o direito de ir e vir, inclusive com a garantia de custeio de transporte público no caso de não poder trabalhar, também nesse caso a garantia de pensão que lhe permita custear o necessário para a moradia, alimentação, etc. O usuário passará a demandar sua inclusão num circuito que o retira dos muros do manicômio e o insere no espaço daqueles ditos normais. Sua demanda é, em última instância, uma demanda de inclusão nas normas sociais, cada vez mais fundamentadas pela lógica do consumo do capitalismo atual. Contraditoriamente, para que possa participar do convívio social passa a demandar, também como direito, sua medicação que garante a estabilidade necessária para não destoar demais da norma.

Eis aqui o modo pelo qual uma retórica antimanicomial permite a condução do sujeito de volta à submissão ao poder psiquiátrico. Agora de uma psiquiatria que está aí presente, incólume, por ter avançado tecnicamente para uma modalidade de controle que prescinde de noções clínicas ligadas a teorias psicopatológicas. Agora, inclusive, é o sujeito que busca ativamente sua submissão, docilmente enquanto se crê intrépido. Gostaria de destacar que não parece haver diferença estrutural entre o que trago aqui e aquilo que trouxe a respeito de Trieste na conclusão do primeiro capítulo. Há diferenças periféricas apenas do ponto de vista das peculiaridades históricas sociais e políticas próprias ao nosso país, mas de todo modo vemos uma importação do modelo proposto pela Psiquiatria Democrática – *importação* aqui é, talvez, um eufemismo para mais uma colonização europeia.

Mas também importa ver que é justamente por se constituir amplamente apoiada numa estratégia retórica que nossa reforma psiquiátrica antimanicomial se vê agora sob um ataque realizado por meio de outra estratégia retórica – falo do que expus na primeira parte deste capítulo – que, ademais, realiza a disputa no âmbito da opinião pública. Esta estratégia consegue até mesmo neutralizar, por vezes, o debate científico que deixa de ser o campo de embate, bastando apenas que convença a opinião pública do caráter ideológico dos modelos teóricos que apoiam a Luta Antimanicomial, sem deixar ver que ao fazer isso está apenas conduzindo a opinião pública para outra ideologia – o que, aliás, parece constituir o cerne da estratégia do atual governo não apenas para o campo da saúde mental.

“O problema aqui é delimitar, afinal, qual a diferença entre saber e ideologia. Chauí (2001) considera que a eficácia da ideologia reside no movimento de recusa do não-saber, que habita necessariamente a experiência. A ideologia, diferentemente do saber, projeta uma posição que permite neutralizar a História, abolir diferenças, ocultar contradições e desarmar toda tentativa de interrogação.” (KYRILLOS NETO & DUNKER, 2004, p. 123)

À diferença disso, o saber é um trabalho que se realiza na direção de dar à experiência a dimensão de conceito. Isso somente pode se realizar tendo um não-saber como impulsionador – verdadeiro trabalho de elaboração, em voga no que merece ser chamado de ciência – o que coloca em posição solidária o trabalho do saber e o processo de subjetivação. Um saber, seja o que merece ser chamado de científico, seja aquele produzido por um sujeito em relação ao seu sintoma, exige que a reflexão se depare com a ausência de garantias prévias, advindas de qualquer coisa que não seja o própria experiência concreta. Isso permite ver, como apontam Kyrillos Neto & Dunker (2004), que a retórica antimanicomial produz uma inclusão ideológica, sinônimo de alienação nesse caso, que seria a imersão do sujeito em um sistema simbólico pré-constituído – a condição do empoderamento na retórica antimanicomial, conforme descrevi, ou mesmo a *reaculturação* se quisermos pensar em termos basaglianos. No entanto, os autores fazem a leitura dessa inclusão ideológica nos termos do *discurso do mestre*, ao que eu gostaria de propor uma interpretação alternativa.

É necessário destacar que Kyrillos Neto & Dunker (2004) procuram realizar essa leitura no que tange aos efeitos da retórica apresentada sobre os sujeitos psicóticos, enquanto que aqui proporei uma leitura para qualquer sujeito, sem a consideração de estruturas clínicas. De todo modo, o que apontam é que a retórica antimanicomial denunciada produz um efeito de estabilização em sujeitos psicóticos ao inseri-los no laço social, no plano do discurso, pela via

do *discurso do mestre*. Isso acontece na medida em que esses sujeitos aderem ao imperativo da *inclusão* no lugar do *Significante Mestre* (S<sub>1</sub>), o que lhes permitiria uma suplência que produz a ordenação do delírio no campo do saber (S<sub>2</sub>) – sendo o S<sub>1</sub>, conforme trouxe no segundo capítulo, o princípio de legibilidade na intervenção que produz no saber. Ao que Kyrillos Neto & Dunker colocam a crítica de que se isso os estabiliza por um lado, essa estabilização apenas corresponde aos efeitos de normalização produzidos do ponto de vista de sua inclusão na ordem pública.

Ao propor outra leitura, deixo claro de saída que minha preocupação não é a investigação clínica a respeito da psicose, mas, conforme venho expondo, como todo o contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial está diante dos riscos do *campo de concentração generalizado*. Mais precisamente, de como estamos já nele desde antes da atual Política Nacional de Saúde Mental de um modo que não afeta apenas aos sujeitos psicóticos.

Então, considerando a retórica da exclusão presente na reforma psiquiátrica conforme apontam Kyrillos Neto & Dunker (2004), o que encontramos se, ao invés do *discurso do mestre*, olharmos para este cenário nos termos do *discurso universitário*? Começemos pelo modo como se apresentam os sujeitos, recordando – também conforme indicado no segundo capítulo – que a apresentação clínica do sujeito no *discurso universitário* pode ser lida pela fórmula aberrante do *discurso capitalista*. Sendo que nessa quinta escrita quem se dirige ao saber (S<sub>2</sub>) é o *Significante Mestre* (S<sub>1</sub>) no lugar da verdade, mantenhamos esse significante conforme proposto na retórica da exclusão: *inclusão*. A partir desse imperativo é que o saber (S<sub>2</sub>) – seja o da biopsiquiatria, seja o da pedagogia política produzida no âmbito da militância – produzirá os objetos mais-de-gozar, os *servomecanismos* como chamou Braunstein (2010): uma droga psiquiátrica, uma pensão, um emprego, etc. E o sujeito poderá se crer ativo, incluído, pensando que movimenta a sociedade pela liberação da loucura enquanto é apenas coagido a circular por territórios pré-determinados. Permanece um assujeitado, agora fora dos muros, mas dentro da rede.

Essa modalidade contemporânea da psiquiatria, por sua vez, monta-se no discurso pela fórmula usual do *discurso universitário*: propõe-se agindo como um saber (S<sub>2</sub>) neutro, proposto como vindo do real numa ideia de ciência dita *dura*, conforme apontou Soler (2010). Saber esse, no entanto, que só se autoriza pelas mãos do psiquiatra, cujo título corresponde ao S<sub>1</sub> no lugar da verdade, que coloca o outro que é seu paciente em seu lugar de objeto do saber. Produz-

se desse discurso o mesmo assujeitado que quer se apresentar como agente do *discurso capitalista*. São solidárias essas duas formações discursivas no campo da reforma psiquiátrica.

E, de todo modo, essa biopsiquiatria se apresenta como um pilar paradoxal da RAPS sanitizada, tornada *campo de concentração generalizado*: para que receba seus direitos, incluindo aí a medicação, um sujeito precisa ter legitimada sua condição de vulnerável à exclusão que apenas se garante por meio do diagnóstico – que só pode ser outorgado por um psiquiatra. Ao mesmo tempo em que de-segrega o sujeito dos transtornos mentais – por ser o que lhe permite manter sua condição de cidadão, cidadania mutilada, no entanto –, esse diagnóstico é o que insere o sujeito no universo dos cada vez mais numerosos campos que o colocam no concentrado de indiferença: esquizofrênicos, autistas, dependentes químicos, depressivos, ansiosos... Sem que esses *nosos* digam respeito a qualquer *pathos* que possa dar condição ao sujeito de não equivaler “em seu gênero, o que em seu gênero vale um outro, a mesma espécie de unidade” (LACAN, [1976] 2017, p.1). Na RAPS tornada *campo de concentração generalizado*,

“O Outro só aparece em cena como objeto de ação: reparação, regulação, integração e conhecimento; para o Ocidente e para nós, trata-se, antes de tudo, de identificá-lo, de fazê-lo visível e enunciável, de registrar, detectar e diagnosticar suas semelhanças e suas diferenças, de calibrar sua integração, suas ameaças, suas bondades e sua periculosidade, de legislar seus direitos e obrigações, de regular seus agrupamentos, seus deslocamentos, entradas e saídas. E se o buscamos, o desejamos e o necessitamos é em boa medida para isso, para – atuando sobre ele – fazê-lo intérprete, testemunho, réu e prova da nossa universalidade, para que encarne também ele, nosso olhar, para que em suas palavras ressoe nossa voz e nossa linguagem (PLACER, 2001, p. 88-89).

O louco de-segregado pode então participar dessa sociedade onde estamos todos cada vez mais vivendo (na melhor das hipóteses) confinados em uma casa, em um carro, um escritório, pedindo comida por aplicativos de delivery – quando não somos o pobre que é “livre” para passar sua vigília entregando pedidos –, mas também nos relacionando por aplicativos, enfim, circulando por toda a imensa extensão que a rede permite. Em relação a esse estado de coisas em que somos colocados no contemporâneo, Pacheco Filho (2015) propõe que o sujeito mergulhado no *discurso capitalista* permanece inteiramente cativo dos objetos-mercadorias.

“Com isso, esse sujeito nunca se detém para interrogar-se sobre: a) a origem da fantasia de que a mercadoria possa dar conta absoluta (sem falta) do seu desejo; b) a origem da ‘programação social’ que articula as mercadorias ao objeto mais-de-gozar,

‘domesticando’ sua pulsão nos limites da circunvolução incessante e interminável em torno dessas mercadorias.” (PACHECO FILHO, 2015, p.37).

É precisamente por isso que o *discurso do analista* apresenta a possibilidade de fazer frente à alienação (acelerada e acentuada) promovida pelo *discurso capitalista*. Isso na medida em que, por fazer da transferência sua estratégia, permite fazer incidir um desejo de saber no sujeito sobre o seu sintoma. Tomando pela reversão o que diz Pacheco Filho (2015), entendamos que em análise um sujeito se vê posto em condições de se interrogar sobre “a origem da fantasia de que a mercadoria possa dar conta absoluta (sem falta) do seu desejo”, podendo leva-lo a se interrogar, afinal, sobre “a origem da ‘programação social’ que articula as mercadorias ao objeto mais-de-gozar, ‘domesticando’ sua pulsão nos limites da circunvolução incessante e interminável em torno dessas mercadorias.”. Ou seja, o laço pelo *discurso do analista* tem a potência de desfazer aquela relação entre  $S_1$  e  $S_2$  presente no *discurso universitário/capitalista*, à medida em que recoloca o saber e *Significante Mestre* numa relação de disjunção. O *Significante Mestre*, então, só poderá advir como produto da fala do próprio sujeito, ao mesmo tempo que coloca esse  $S_1$  em relação ao objeto *a* como uma possibilidade (singular) de cifração do real para um sujeito.

Nessa mesma direção, trago uma contribuição de Alberty:

“O lugar do saber, em psicanálise, por sua vez, é tema igualmente amplo e, na realidade, introduzido por Freud desde o início de sua teorização (FREUD, 1895[1940]/1999). Ele o conceituava, então, com os traços mnêmicos que se inscrevem no inconsciente, constituindo-o como lugar do Outro. Muitos anos depois disso, Lacan (1971-72) proferiu um conjunto de conferências as quais chamou de “O Saber do psicanalista”, chamando a atenção para o fato de que a psicanálise não só ensina como demonstra que todo saber se inscreve sobre um fundo de não saber, ou seja, que o conjunto do não saber é infinitamente maior que o do saber! Poderíamos fazer uma analogia disso com a relação entre real e simbólico: se o real se define como o que fica fora do simbólico, e se o que simbolizamos é sempre somente um significante, um traço mnêmico, para retomar Freud, então, necessariamente, o que fica fora do traço mnêmico, ou seja, o que não é simbolizado por ele, é sempre um campo infinitamente maior do que o mero referente simbolizado (ALBERTI & NICOLAU). Assim, a teoria psicanalítica, que surgiu a partir das observações clínicas e da prática, implica, necessariamente, que o campo do saber é até pequeno em relação ao não saber, e a psicanálise precisa, portanto, sempre levar em conta o não saber, tanto como prática quanto como teoria.” (ALBERTI, 2009, p.119)

Motivo pelo qual a psicanálise, enquanto laço social, discurso como propôs Lacan ([1969-70] 1992), é capaz de fazer frente à máxima alienação na qual o *discurso universitário* – que não é o discurso da ciência – envolve o sujeito. Ao rechaçar a discussão clínica como parte do aparato manicomial, a Luta Antimanicomial retira de seu campo aquilo que poderia fazer oposição ao alicerce lógico manicomial enquanto aceita uma terapêutica que efetivamente transforma o território no qual o sujeito vive em um manicômio a céu aberto, um *campo de concentração generalizado*.

## CONCLUSÃO

Chegado o momento de concluir este trabalho, quero dar início por uma rápida avaliação do que trouxe. De modo que é preciso escolher uma forma para isso, dadas as múltiplas possibilidades. Faço isso, então, com base em uma proposta de Deleuze que, diante da pergunta de Arnaud Villani sobre como julgar um livro de filosofia, respondeu:

"Acredito que um livro, se ele merece existir, pode ser apresentado sob três aspectos rápidos: não escrevemos um livro « digno » salvo: 1) se pensamos que os livros sobre o mesmo tema ou sobre um tema vizinho caíam em uma espécie de *erro* global (função polêmica do livro); 2) se pensamos que qualquer coisa de essencial foi *esquecida* sobre o tema (função inventiva); 3) se acreditamos ser capazes de criar um novo *conceito* (função criativa). Naturalmente, é o mínimo quantitativo: um erro, um esquecimento, um conceito. Pouco importa que o livro seja sobre alguém ou sobre alguma coisa. E não falo simplesmente da filosofia, isso vale também para « outros » gêneros, com outras palavras. Por isso, tomarei cada um dos meus livros, abandonando a modéstia necessária, e me perguntarei: 1) que erro ele alegou combater 2) que esquecimento ele quis compensar 3) que novo conceito ele criou." (DELEUZE, 2015, p.86-7. Tradução nossa)<sup>30</sup>

Seguindo essa proposta, penso que se há um erro global no campo das reformas psiquiátricas antimanicomiais é sempre a desarticulação entre uma proposta clínica e uma política. Procurei mostrar isso tanto na reforma francesa quanto na italiana, nossas principais referências, que, seja por uma via ou por outra – deixando de lado uma discussão política ampla e dando privilégio à clínica no caso da França; ou fazendo o caminho inverso no caso da Itália –, acabam se fragilizando em algum ponto que as faz sucumbirem internamente à lógica manicomial. Esta, conforme discuti, é alicerçada pelo alinhamento entre a função reguladora da ordem pública exercida pelo saber jurídico – especialmente no capitalismo, o que significa uma ordem pública que é na verdade garantia do privilégio de uma classe sobre outra – e as concepções psiquiátricas que fundamentam práticas de segregação, clausura e controle como se fossem uma terapêutica necessária diante de justificativas organicistas – ocultando que a

---

<sup>30</sup> Traduzido de: "Je crois qu'un livre, s'il mérite d'exister, peut être présenté sous trois aspects rapides : on n'écrit de livre « digne » que : 1) si l'on pense que les livres sur le même sujet ou sur un sujet voisin tombent dans une sorte d'*erreur* globale (fonction polémique du livre) ; 2) si l'on pense que quelque chose d'essentiel a été *oublié* sur le sujet (fonction inventive) ; 3) si l'on estime être capable de créer un nouveau *concept* (fonction créatrice). Bien sûr, c'est le minimum quantitatif: une erreur, un oubli, un concept. Peu importe que le livre soit sur quelqu'un ou sur quelque chose. Et je ne parle pas seulement pour la philosophie, ça vaut aussi pour les autres « genres », avec d'autres mots. Dès lors, je prendrais chacun de mes livres, en abandonnant la modestie nécessaire, et je me demanderais: 1) quelle erreur il a prétendu combattre 2) quel oubli il a voulu réparer 3) quel nouveau concept il a créé."

necessidade se coloca em relação à manutenção da ordem pública e não da saúde de um sujeito. No Brasil, como temos visto, esse alicerce se reergue com toda a força, mas quis mostrar como isso não é resultado de um ataque direto à reforma psiquiátrica e sim de um aprimoramento técnico. Aprimora-se a técnica envolvida nas estratégias retóricas da implementação legislativa, o que só é possível pelo fato de nunca termos sido capazes de romper radicalmente com os pressupostos manicomiais.

Isso nos leva ao esquecimento em questão: parecemos ter nos esquecido de que reformas psiquiátricas podem ser compatíveis com o alicerce lógico manicomial. Há reformas manicomiais desde Pinel, às vezes mesmo com intenções humanitárias, boas intenções – embora saibamos onde está repleto delas. De tal modo que estamos, de fato, diante de mais uma reforma psiquiátrica e que não implica apenas retrocesso, ainda que seja uma contra-reforma em seu núcleo. Ver isso implica nos darmos conta de que a lógica manicomial também avança, portanto não estamos simplesmente retrocedendo para o holocausto manicomial no Brasil. Embora ele esteja sendo reconstruído, isso vem acompanhado (e se autoriza) de um aprimoramento técnico por meio do qual a psiquiatria mais medicalizante já estava corroendo os interstícios da RAPS desde sua constituição. Ao dizermos “não ao retrocesso” nos furtamos a dizer não a este avanço! É preciso mais do que denunciar um retrocesso, é preciso transpassar certo maniqueísmo para poder dizer que o avanço proposto não nos interessa enquanto sociedade. Ora, não vemos que apenas somos taxados de ideólogos pela retórica que se anunciou à luz do dia com a *Carta Aberta à População Brasileira* redigida e a Nota Técnica Nº 11/2019?

Mas sigamos pelo último ponto dessa avaliação. Não penso ter criado nenhum novo conceito, senão articulado duas noções que são: o que chamei de alicerce lógico manicomial e o que Lacan chamou de *campo de concentração generalizado*. Essa foi a via que encontrei para mostrar como, no campo da nossa reforma psiquiátrica, acabam inseridos no mesmo *discurso universitário* as duas retóricas em disputa pela opinião pública. Desse ponto de vista modificam-se superficialmente as práticas enquanto caminham todas na mesma direção política de controle e domesticação dos corpos. Quando proponho a crítica à estratégia retórica da Luta Antimanicomial, apenas procuro destacar que não parece ser válido, além de cada vez menos eficaz, a realização de um embate de narrativas que disputam pela opinião pública quando vencer somente coloca a narrativa antimanicomial em função de manutenção do manicômio a céu aberto, do *campo de concentração generalizado*.

É preciso um giro de discurso. Nessa direção, quero enfatizar que se pode buscar formas de subversão no lugar de embates frontais e para isso podemos recorrer às indicações do próprio Freud nas Conferências Introdutórias para entender, primeiro, que: “A prova da existência de determinado propósito não é argumento contra a existência de um propósito oposto; há lugar para ambos. É apenas uma questão de saber como se colocam esses contrários, um em relação ao outro, e que efeitos são produzidos por um e por outro.” (FREUD, [1915-16] 1990, p.50). Ou seja, trata-se aqui de recorrer à letra freudiana para tomar algo do aspecto metodológico da psicanálise enquanto estratégia de uma direção política, conforme aponta Elia (2018). E, concordando com os apontamentos deste autor, insisto ainda em algumas palavras do próprio Freud quando afirma que a psicanálise não opera pela contestação de nada, “via de regra, ela apenas acrescenta algo novo – embora, sem dúvida, vez e outra sucede esse algo, que até então foi negligenciado e é agora apresentado como um acréscimo novo, ser de fato a essência do assunto.” (FREUD, [1915-16] 1990, p.29).

Este aspecto metodológico, embora seja o âmago do que embasa a prática clínica de um psicanalista, não deve nos conduzir a pensar na clínica psicanalítica como paradigma para uma reforma psiquiátrica antimanicomial – o que a retiraria imediatamente de seu discurso e a colocaria em outro, de mestria, quiçá pervertida. Aponto aqui uma via pela qual ela pode ser aliada na Luta Antimanicomial, servindo como mais uma presença que impeça cristalizações discursivas já que ensina uma posição de escuta que permite respostas para muito além de uma técnica de tratamento.

Depreendo de algumas contribuições de Alberti (2009; 2015) que se a condição do *campo de concentração generalizado* é, como apontou Lacan, a copulação do capitalismo com a ciência que faz o *discurso universitário*, talvez possamos assumir que esse mesmo discurso produz as condições de seu giro: graças ao próprio *discurso universitário*, um psicanalista, um psicólogo social, um marxista, um basagliano, todos equivalem em seu gênero, o mesmo que vale em seu gênero qualquer outro profissional de nível superior – basta alcançar o título, galgando os créditos necessários – e isso possibilita que estejam ainda presentes na RAPS, na universidade e em qualquer outro espaço de esquadramento institucional. Se pudermos escutar a retórica por meio da qual se reergue o manicômio, talvez sejamos capazes de intervir sobre o real problema. Não se trata de apenas demandar ações do Estado no sentido de uma reformulação técnico-legislativa da Política Nacional de Saúde Mental. Uma vez que essa política é apenas o reflexo de um projeto societário neoliberal muito mais amplo, talvez devêssemos recuperar a origem do lema: “por uma sociedade sem manicômios”. O retorno no

sentido que já tinha no *Manifesto de Bauru* em 1987, na ocasião do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em que se escreve:

“Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.”  
(MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1987, n.p.)

Em um contexto global no qual a humanidade já pode ver uma crise sem precedentes se anunciando, uma em que o sistema capitalista atinge consequências da ordem até mesmo de uma falência ambiental, uma luta antimanicomialista deve poder fiar-se na direção política que depreendo da obra Basagliana: deve ser uma estratégia por meio da qual o horizonte a se atingir não seja simplesmente o fim dos manicômios entendidos como sinônimo do hospital psiquiátrico, mas uma transformação social de fato. Nessa direção, uma luta antimanicomial não é capaz de muita coisa em si mesma se não estiver articulada a todas as lutas que almejam a mesma direção política. Não há reforma psiquiátrica antimanicomial de fato que não se articule à luta pela erradicação da discriminação racial, de gênero e da obscena concentração de renda que faz a desigualdade social avançar para um verdadeiro genocídio.

Por fim, se a direção política da reforma psiquiátrica deve ser a da transformação social em termos amplos e, nessa direção, devemos ainda (talvez mais do que nunca) ser psicossociais em nossa estratégia – ou seja basaglianos/freudianos como propõe Elia (2015a) –, talvez possamos considerar também Tosquelles em nossa tática no presente. Se temos condições de perceber o limite das concepções da Psicoterapia Institucional (quando tomada como direção política) no que tange à preservação da existência do hospital, não deveríamos por isso desconsiderar a contribuição de Tosquelles que nos deixou como legado uma acepção de asilo ao mesmo tempo subversiva e solidária. Parece que, diante de nossa realidade atual, não faria mal nos espelharmos, em nossa prática clínica cotidiana, na atitude de um psiquiatra inventivo que sabe o que fazer em momentos de guerra e diante de campos de concentração. Não se deve recusar a clínica na potência que traz de produções inventivas quando a entendemos como a

posição por meio da qual se pode abordar um sujeito singular, numa direção política de permitir a multiplicidade, de criar um mundo no qual caibam tantos mundos quanto há sujeitos.

“Se o processo de emancipação política, processo esse do qual, à sua maneira, a experiência clínica faz parte, exige o reconhecimento de dessuposições de saber e de advento de novos homens e novas relações sempre enunciados no singular, então não cabe à teoria falar sobre como as relações por vir se darão. A antecipação teórica da reconciliação é um atentado à própria reconciliação. O que a teoria pode fazer é defender a necessidade das transformações subjetivas que permitam aos sujeitos terem a força de revolucionar processos nas formas de vida. Mas ela não pode antecipar a forma e a direção das organizações e práticas que nascerão de tais transformações. Ou seja, a teoria pode falar sobre a forma dos processos de emergência de novos sujeitos, mas não pode falar da forma com que eles se organizarão após suas emergências, isto se quiser evitar o risco de fazer do futuro a mera imagem da realização das possibilidades imanentes ao presente. Neste ponto, a teoria deve parar a fim permitir à práxis realizar-se em suas múltiplas e inumeráveis configurações contextuais. Do contrário, ela se transforma em normatividade a impor sua imagem à práxis.”  
(SAFATLE, V. 2017, p.226)

Sem me atrever a propor quais seriam os meios para criar esse mundo múltiplo, apenas tomo de empréstimo essas palavras para encerrar este trabalho que, espero, talvez possa ter dado sua contribuição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. *Retrocesso na Saúde Mental: CIT aprova novas diretrizes da CGMAD/MS*. 2017. Disponível em: <<http://www.leffa.pro.br/textos/abnt/internet.html>>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- ALBERTI, S. *O valor de a e a política da psicanálise no campo público*. In: BARROS, R. M. M; DARRIBA, V. A. (Orgs.). *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, pp. 195-202. 2015.
- ALBERTI, S. *O discurso universitário*. 2009. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos/11-o-discurso-universitario.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2019.
- ALENCAR, R. *Porque a guerra às drogas? Do crack na política ao crack do sujeito*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP. São Paulo. 2012.
- AMANCIO, V. R. *Uma clínica para o CAPS*. Curitiba: Editora CRV. 2012
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- AMARANTE, P. *Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo. Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV)*, Salvador, n. 15, p. 5-6, jan./fev. 2018.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p.12-25, maio/ago. 2001.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro – Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração editorial. 2013.
- ASKOFARÉ, S. *Da Subjetividade Contemporânea. A Peste*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 165-175, jan./jun. 2009a.
- ASKOFARÉ, S. *O Jogo da Exclusão. A Peste*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 401-407, jul./dez. 2009b
- ASKOFARÉ, S. *Aspectos da Segregação. A Peste*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 345-354, jul./dez. 2009c.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Carta Aberta à População*. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em <[http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/12/Carta\\_ABP\\_11.12.17.pdf](http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/12/Carta_ABP_11.12.17.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- BARROS, D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp, 1994.

BASAGLIA, F. et al. [1968]. *Considerações sobre uma experiência comunitária*. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

BOUSSEYROUX, M. *Práticas do Impossível e Teoria dos Discursos. A Peste*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 101-112, jan./jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991*. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília, DF. 1991. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº 224/92*. Estabelece diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Brasília, DF. 1992. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece as diferentes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)>. Acesso em: 08 Jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12*. Informativo eletrônico. Brasília: DF. 2015. Disponível em: <[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)> Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016*. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília,

DF. 2016a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html)>. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CIT nº 08, de 24 de novembro de 2016*. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Brasília, DF. 2016b. Disponível em: <[https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/12.12.2016\\_III.pdf](https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/12.12.2016_III.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL. Presidência da República. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. 2016c. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html)>. Acesso em 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017*. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF. 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, DF. 2017c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Portaria Interministerial Nº 2, de 21 de dezembro de 2017*. Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Brasília, DF. 2017d. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090)>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Resolução nº 1, de 9 de março de 2018*. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília, DF. 2018a. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis\\_27624178\\_RESOLUCAO\\_N\\_1\\_DE\\_9\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx)>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa)

dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília, DF. 2018b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html)>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF. 2019a. Disponível em:

<<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF. 2019b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019*. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF. 2019c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª. *Agravo de Instrumento nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP*. União Federal e Ministério Público Federal. Relatora: Desembargadora Federal Consuelo Yoshida. 11 de setembro de 2019d. Disponível em: <<http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>>. Acesso em 07 nov. 2019.

BRAUNSTEIN, N. *O Discurso Capitalista: quinto discurso? O Discurso dos Mercados (PST): sexto discurso?. A Peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 143-165, jan./jun. 2010.

CABRAL, N. M. *Lacan e o objeto a: uma articulação entre psicanálise e matemática*. In JORGE, M. A. C & RINALDI, D. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. pp. 77-93. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2002.

CAMPOS NETO, M. N. *A medicina entre o concreto e o abstrato: consequências da exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica*. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

CANGUILHEM, G. [1943] *O normal e o patológico*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama Social de América Latina, 2019* (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1), Santiago, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017* / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; Brasília DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional - 2018* / Conselho Federal de Psicologia; Conselhos Regionais de Psicologia; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1º ed. Brasília: CFP, 2019.

COUTO, R. *Um estudo para investigar a incidência dos discursos na reforma psiquiátrica Brasileira*. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, Rio de Janeiro, 2007.

COUTO, R.; ALBERTI, S. *Contribuições ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira*. *Mental*, n.11, p.15-33, 2008a.

COUTO, R.; ALBERTI, S. *Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, jan./dez. 2008b.

DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DELEUZE, G. *Letres et autres textes*. Paris: Ed. de Minuit, 2015.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. C. *Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis*. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 6, n. 1, p.60-79, 2007.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

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

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. *A psicopatologia no limiar entre psicanálise e psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM*. *Vínculo* [online], São Paulo, v; 8, n. 2. 2011.

ELIA, D. D. S. *O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2013.

ELIA, L. *Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva*. Apresentação de trabalho no XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade. 2013. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/65942-centro-de-atencao-psicossocial-como-dispositivo-de-atencao-a-crise-em-defesa-de-uma-certa-infelicidade-inventiva/>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

ELIA, L. *Política da Psicanálise e política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda*. In: BARROS, R. M. M; DARRIBA, V. A. (Orgs.). *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. p. 69-82. 2015a.

ELIA, L. *Medicalização e Subjetividade*. Palestra proferida no Seminário de fundação do Observatório de Direitos Humanos e Justiça Criminal do Espírito Santo - ODHES, 2015b.

Disponível em: < <http://www.proex.ufes.br/sites/proex.ufes.br/files/field/anexo/06.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

ELIA, L. *Psicanálise, Campo Público e Saúde Mental: Uma articulação necessária entre política e clínica*. 2018. Disponível em <<http://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FERREIRA, J. M. C. *Anarquia e maio de 1968 na França*. Verve, São Paulo, v. 33, pp. 15-45, 2018.

FIRMINO, H. *Os porões da loucura*. Rio de Janeiro: Ed. Codecri. 1982.

FOUCAULT, M. [1966] *Entretien sur Les mots et les choses*. In: FOUCAULT, M. *Dits et Écrits I – 1954-1969*. (pp.513-518). Paris: Gallimard, 1994

FOUCAULT, M. [1966] *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. [1963]. *O Nascimento da Clínica*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2006a.

FOUCAULT, M. [1973-1974]. *O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France*. 1ª Ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006b.

FOUCAULT, M. [1961]. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. 2008.

FOUCAULT, M. [1969] *O que é um autor?* In: FOUCAULT, M. *Ditos e escritos III: Estética: literatura e pintura, música e cinema*. pp.264-298. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

FREUD, S. [1900]. *A interpretação dos sonhos*. In: Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. V, 1987.

FREUD, S. [1915-1916]. *Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise (Partes I e II)*. In: Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XV, 1990.

FREUD, S. [1920]. *Além do princípio de prazer*. In: Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XVIII, 1996a.

FREUD, S. [1921]. *Psicologia de grupo e a análise do ego*. In: Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XVIII, 1996b.

GALLIO, G. & CONSTANTINO, M. (Orgs.). *François Tosquelles - A escola de liberdade*. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúdeloucura*, 4. São Paulo, HUCITEC, p.85-128. 1993.

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

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. *A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista*. *O Social em Questão*. Rio de Janeiro, Ano XXII, n. 44, p. 111-138, mai./ago. 2019.

HOLLAND, J. *Introduction to Jacques Lacan's "On a Reform in Its Hole"*. Disponível em: < <http://www.lineofbeauty.org/index.php/S/article/view/62/81>>. 2015. Acesso em: 28 de Nov. 2017.

ICICT/FIOCRUZ. *III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. – 2017 / Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: <<https://www.documentcloud.org/documents/6111419.html#document/p1>>. Acesso em: 02 dez. 2019

KYRILLOS NETO, F. *Basaglia em desuso?* Ou notas sobre a importância de dialogar com basaglia e basaglianos. *Interações*, Minas Gerais, v. IX, n. 18, p. 75-86, jul-dez 2004a.

KYRILLOS NETO, F.; DUNKER, C. I. L. *Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos*. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 116-125. 2004.

KYRILLOS NETO, F. *Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP. São Paulo. 2007.

LACAN, J. *Do discurso psicanalítico*. 1972. Trad. Sandra Regina Felgueiras. Disponível em: <<http://lacanempdf.blogspot.com/2017/07/do-discurso-psicanalitico-conferencia.html>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

LACAN, J. [1932] *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade*. Trad. Aluisio Menezes, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes Silveira Jr. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1987.

LACAN, J. [1969-1970]. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1992.

LACAN, J. [1957-1958]. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998a.

LACAN, J. [1965-1966]. *A ciência e a verdade*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998b.

LACAN, J. [1962-1963]. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, J. [1968-1969] *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2008.

LACAN, J. [1969]. *On a Reform in Its Hole*. Disponível em: <<http://www.lineofbeauty.org/index.php/S/article/view/63/82>>. 2015. Acesso em: 28 de Nov. 2017.

LACAN, J. [1976]. *Seminário de 14 de Dezembro de 1976: O sistema tórico e a contra-psicanálise*. Trad. Jairo Gerbase. Disponível em: <<http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1123/o-sistema-torico.pdf>> Acesso em: 13 de jan. 2017

MARTINS, A. L. B. *Biopsiquiatria e Bioidentidade: política da subjetividade contemporânea*. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. XX n. 3, 2008. p. 331-339.

MASSE, G.; PETITJEAN, F.; CAROLI, F. *Le secteur de psychiatrie générale*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, 37915 A10. Paris: Esevier, 1984.

- MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. *Análise do trabalho de referência em centros de atenção psicossocial*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.42, n.5, pp. 907-913. 2008.
- MOURA, A. H. *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Manifesto de Bauru*. 1987. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2019.
- OURY, J. [1984-1985]. *O coletivo*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- PACHECO FILHO, R. A. *Compra um Mercedes Benz prá mim? Psicologia Revista*, São Paulo, v.24, n.1, p. 15-44, 2015.
- PASSOS, I. C. F. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2009.
- PASSOS, I. C. F. *Duas Versões Históricas para a Psicoterapia Institucional. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.4 , n.9, p.21-32, 2012.
- PASSOS, R. G. *Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora*. Sociedade em Debate, Pelotas, v. 23, n. 2, p.55-75, jul./dez. 2017.
- PEREIRA, M. E. C.. *A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia*. In: Pacheco Filho, Raul Albino (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.119-152. 2000.
- PLACER, F. G. *O outro hoje: uma ausência permanentemente presente*. In: LARROSA & SKLIAR (orgs). *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- POLI, M. C. *“Alienação” na psicanálise: a pré-história de um conceito*. *Psyquê*, São Paulo, ano IX, n. 16, pp. 133-152, jul./dez. 2005.
- POLITZER, G. [1934]. *Para quem você escreve?*. In: POLITZER, G. *A filosofia e os mitos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1978.
- PORTOCARRERO, V. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.
- QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2006.
- RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: TUNDIS, S. A.; COSTA N. R. *Cidadania e loucura – Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, p. 15-69. 1987.
- ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 1990.
- ROUDINESCO, E. *Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

RUIZ, V. S.; ATHAYDE, V.; NOGUEIRA FILHO, I.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C.; ATHAYDE, M. *François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. Estudos e pesquisas em psicologia* [online]. vol.13, n.3, pp. 855-877. 2013.

SAFATLE, V. P. *Lacan, revolução e liquidação da transferência: a destituição subjetiva como protocolo de emancipação política. Estudos Avançados*, São Paulo, v. 91, p. 211-227, 2017.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTOS, M. *O Espaço do Cidadão*. 7ª Ed. São Paulo: Edusp, 2007.

SAPORI, L. F. *A problemática do crack na sociedade brasileira: o impacto na saúde pública e na segurança pública*. Belo Horizonte: PUC – Minas, 2010.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCHWARTZMAN, S. *Ciência, Universidade e Ideologia: a política do conhecimento*. Rio de Janeiro, Zahar. 1981.

SERRA, S. T. *Psicanálise e medicina: uma interlocução histórica, de saber, de prática e de formação*. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro. 2009.

SOLER, C. *Estatuto do Significante Mestre no Campo Lacaniano. A Peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 255-270, jan./jun. 2010.

SOLER, C. *O que faz laço?* São Paulo: Escuta, 2016.

SOUZA, W. S. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991- 1997)*. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999.

TENÓRIO, F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. In: *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan-abr, 2002.

TENORIO, F. *Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica*. In: COUTO, M. C. V; MARTINEZ, R. G. *Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

THIOLLENT, M. *Mai de 1968 em Paris: testemunho de um estudante. Tempo Social*, São Paulo, v.10, n.2, pp.63-100. 1998

VASCONSELOS, E. M. *Do Hospício à Comunidade*. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

VIGANÒ, C. *A construção do caso clínico em saúde mental*. *Revista Curinga*. 13: 50-60. 1999.

VIGANÒ, C. *Basaglia com Lacan. Mental*, Minas Gerais, n.6, p.15-26, 2006.