UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

LUIZ HENRIQUE DA SILVA LESSA

SUPERANDO A POLARIZAÇÃO PSIQUIATRIA-REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: contribuições winnicottianas e spinozistas para uma ética no cuidado em saúde mental

Rio de Janeiro
2025

LUIZ HENRIQUE DA SILVA LESSA

SUPERANDO A POLARIZAÇÃO PSIQUIATRIA-REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: contribuições winnicottianas e spinozistas para uma ética no cuidado em saúde mental

Tese Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Bioética orientada pelo Professor Doutor André Martins Vilar de Carvalho.

Rio de Janeiro

2025

L638 Lessa, Luiz Henrique da Silva.
Superando a polarização psiquiatria-reforma psiquiátrica brasileira: contribuições winnicottianas e spinozistas para uma ética no cuidado em saúde mental / Luiz Henrique da Silva Lessa. – Rio de Janeiro, 2025.
175 f.: il.; 30 cm.

Orientador: André Martins Vilar de Carvalho.

Tese (Doutorado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2025.

Referências: f. 170-175.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Loucura. 3. Terapêutica. 4. Philippe Pinel – (1745-1826). 5. Bioética. I. Carvalho, André Martins Vilar de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Título.

CDD 171.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIZ HENRIQUE DA SILVA LESSA

SUPERANDO A POLARIZAÇÃO PSIQUIATRIA-REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: contribuições winnicottianas e spinozistas para uma ética no cuidado em saúde mental

Tese Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Bioética orientada pelo Professor Doutor André Martins Vilar de Carvalho.

Aprovada em: 06 de outubro de 2025.

_____

Prof. Dr. André Martins Vilar de Carvalho (Orientador)

PPGBIOS/UFRJ

_____

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa

PPGBIOS/UFRJ

_____

Profa. Dra. Cristina Mair Barros Rauter

UFF

_____

Profa. Dra. Leticia Gonçalves

UFJF

_____

Prof. Dr. Luis Antônio Cunha Ribeiro

UFF

Para Helena, minha filha amada, com quem o instante é a eternidade.

AGRADECIMENTOS

Essa tese não existiria se não fosse o carinho, o bom humor e o incentivo do meu orientador e amigo, Prof. Dr. André Martins. Sua leitura atenta e rigorosa do meu texto, bem como sua orientação parceira e generosa, trouxe-me até aqui. Muito obrigado, André! Chamá-lo de mestre implica a devida deferência que um acadêmico, autor original, de sua estatura merece e, ainda, o reconhecimento de que seu modo de ensinar transforma a aventura de aprender — por vezes dolorosas — em um carnaval. Obrigado, querido mestre (de bateria), por me ajudar, há vinte anos, a "pôr meu bloco na rua".

Agradeço ao Prof. Dr. Alexandre Costa e à Profª Drª Cristina Rauter pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação da tese e por retornarem, agora, para a banca de defesa. Aproveito para agradecer à Profª Drª Letícia Gonçalves e ao Prof. Dr. Luis Antônio Cunha Ribeiro por terem aceitado o convite para participar da banca e pelas contribuições que farão.

Agradeço aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – PPGBIOS, pelas aulas estimulantes, pelos encontros alegres e por toda a atenção dispensada a mim ao longo do curso de doutorado. Um agradecimento especial aos membros da Comissão Deliberativa do Programa e à Camila Baz, secretária do NUBEA/UFRJ, pelo apoio.

Um carinhoso abraço, repleto de gratidão, às colegas Alessandra Sena e Mônica Benarroz pela parceria e incentivo.

Aos usuários, familiares e profissionais da Saúde Mental, agradeço por tudo que me proporcionaram, pessoal e profissionalmente.

Meu agradecimento especial à minha filha, Helena, e ao meu sobrinho, Guilherme, por serem generosos com as minhas ausências e ainda mais com a minha presença. Vocês me inspiram e são parte fundamental desta aventura transformada em tese.

Obrigado à minha mãe, Beth, ao meu irmão, Heitor, à minha vóinha, Izaura (*in memoriam*) e ao meu filhote felino Winnie por tanto amor e apoio.

Agradeço ao meu companheiro de montanha, de FIFA e de arco e flecha, Rafael, por me emprestar metáforas para esta tese com suas engenhocas pirotécnicas.

Às minhas queridas amigas, Priscilla Hauer e Valéria De Leoni, por todo o carinho, incentivo e parceria já de longa data, na vida e na Saúde Mental.

A tanta gente querida que, por limitação de espaço, não está citada nominalmente aqui, mas sempre presente em meu afeto.

Por fim, mas não menos importante, meu mais sincero agradecimento e homenagem aos profissionais de saúde deste país. Este doutorado foi, em parte, cursado durante a pandemia de COVID-19, e os esforços desses profissionais salvaram vidas e contribuíram para a superação de um dos momentos mais dramáticos de nossa história. Guardarei sempre comigo a lembrança da emoção de receber a primeira dose da vacina e a alegria de imaginar que o momento de rever aqueles que amo estava mais próximo. De todo coração, obrigado!

Distraídos venceremos.

– **Paulo Leminsky**

RESUMO

LESSA, Luiz Henrique da Silva. **Superando a polarização psiquiatria-reforma psiquiátrica brasileira**: contribuições winnicottianas e spinozistas para uma ética no cuidado em saúde mental. 2025. 175 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Philippe Pinel, médico francês, criador do alienismo, é frequentemente lembrado por retirar a loucura do campo da especulação místico-religiosa e da repressão jurídico-política. Ao inaugurar a primeira especialidade médica, o alienismo, posteriormente chamada de psiquiatria, Pinel inventou um novo objeto para a Medicina: a loucura. Esta não encontraria mais na religião suas explicações quanto à etiologia e aos sintomas, tampouco se investiria contra ela em nome da ordem pública. Ao invés de repressão, o louco carecia de tratamento médico. Como método terapêutico, Pinel criou o tratamento moral e instituiu a internação como condição para a eficácia de seu método. O objetivo do alienista francês era devolver o louco à sociedade na qualidade de cidadão capaz de ser sociável e produtivo. O pensamento pineliano constituiu a base epistemológica que, ao longo de dois séculos, associou a loucura à periculosidade e fundamentou o isolamento dos loucos em hospitais. A Reforma Psiquiátrica brasileira, nos últimos quarenta anos, tem avançado no fechamento de leitos psiquiátricos em instituições com características asilares, na construção de uma ampla rede de serviços de saúde mental de base territorial, na consolidação de legislação que protege os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e no combate à estigmatização do louco e da loucura. O objetivo da Reforma brasileira é reformar a própria sociedade para que o indivíduo dito louco possa dela participar na qualidade de cidadão, preconizando que o tratamento se dê em liberdade e com protagonismo do usuário e de sua família. Esta tese investiga o ponto comum a duas experiências antagônicas de assistência aos ditos loucos: o objetivo de convertê-los em cidadãos. Para tanto, parte-se da hipótese de que Pinel e os reformistas brasileiros compartilham o mesmo modo metafísico de pensar, que produz idealizações acerca da performance social e política do “louco”. Utilizando-se o método filosófico-conceitual de construção e atualização de conceitos de Martins, e acompanhando as contribuições teórico-clínicas de Martins, Winnicott e Spinoza, a loucura foi reinterpretada ao modo imanentista, de forma a favorecer o aperfeiçoamento das conquistas da Reforma brasileira e a fortalecer as estratégias

terapêuticas orientadas eticamente ao alívio do sofrimento do indivíduo com transtorno mental grave, sem que, para isso, seja necessário recorrer a posturas ideológicas rígidas, que, não raras vezes, reduzem a assistência em saúde mental à militância político-ideológica que, apesar de bem-intencionada, pode incorrer em sérias negligências em relação às necessidades dos usuários e de seus familiares.

Palavras-chave: Philippe Pinel; reforma psiquiátrica; loucura; terapêutica; clínica psicanalítica da potência.

ABSTRACT

LESSA, Luiz Henrique da Silva. **Superando a polarização psiquiatria-reforma psiquiátrica brasileira**: contribuições winnicottianas e spinozistas para uma ética no cuidado em saúde mental. 2025. 175 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Philippe Pinel, a French physician and founder of alienism, is frequently remembered for removing madness from the domain of mystical-religious speculation and juridical-political repression. By inaugurating the first medical specialty—alienism, later termed psychiatry—Pinel introduced a new object for Medicine: madness. No longer would its etiology and symptoms be explained through religion, nor would it be suppressed in the name of public order. Instead of repression, the mentally ill required medical treatment. As a therapeutic method, Pinel devised “moral treatment” and established hospitalization as a condition for its effectiveness. The French alienist’s objective was to reintegrate the mentally ill into society as citizens capable of sociability and productivity. Pinel’s thought provided the epistemological foundation that, over two centuries, linked madness to dangerousness and legitimized the isolation of the mentally ill in hospitals. Over the past forty years, the Brazilian Psychiatric Reform has advanced through the closure of psychiatric beds in asylum-like institutions, the construction of a broad network of community-based mental health services, the consolidation of legislation protecting the rights of mental health service users, and the struggle against the stigmatization of mental illness and of those affected by it. The aim of the Brazilian Reform is to transform society itself so that individuals labeled as mentally ill may participate as citizens, advocating treatment in freedom and with the active involvement of users and their families. This dissertation investigates the common ground between two seemingly antagonistic approaches to the care of the mentally ill: the objective of converting them into citizens. It is based on the hypothesis that both Pinel and Brazilian reformers share the same metaphysical mode of thought, which generates idealizations concerning the social and political performance of the “mad.” Employing Martins’ philosophical-conceptual method of constructing and updating concepts, and drawing upon the theoretical-clinical contributions of Martins, Winnicott, and Spinoza, madness is reinterpreted through an immanentist perspective. This approach seeks to refine the achievements of the Brazilian Reform and to strengthen therapeutic strategies ethically oriented

toward alleviating the suffering of individuals with severe mental disorders—without resorting to rigid ideological positions that, not infrequently, reduce mental health care to political-ideological militancy. Despite good intentions, such militancy may result in serious neglect of the needs of users and their families.

Keywords: Philippe Pinel; psychiatric reform; mental illness; therapeutics; psychoanalytic clinic of potency.

SUMÁRIO

Apresentação.....13

Capítulo 1: Reformando a sociedade: encontros e desencontros entre a psiquiatria de Pinel e a Reforma Psiquiátrica brasileira.....35

Introdução.....35

1.1 Uma breve apresentação de Philippe Pinel 37

1.2 O Alienismo de Pinel.....41

1.2.1 A alienação mental e suas origens.....42

1.2.2 O tratamento moral 47

1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Contextos, Influências e Marcos Históricos.....56

1.3.1 A reforma psiquiátrica é um processo social complexo.....67

1.3.2 Modelo assistencial preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira 69

Esse modelo baseia-se em três pilares fundamentais: a desinstitucionalização, a territorialização do cuidado e a participação social. Entendidos da seguinte forma: 69

1.4 O que se quer dizer com o termo cidadania? 73

1.5 A cidadania reivindicada nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.....74

Capítulo 2: A metafísica comum a Pinel e à Reforma Psiquiátrica Brasileira....80

Introdução.....80

2.1 A metafísica como modo de pensar 81

2.2 Confusões metafísicas nas experiências da Reforma Psiquiátrica brasileira 91

2.2.1 Assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade do Rio de Janeiro.....91

2.2.2 Cuidado, cuidadores e residências terapêuticas.....100

2.3 A clínica ampliada e a diluição da clínica 111

2.4 Clínica e terapêutica.....123

Capítulo 3: Superando a metafísica: por uma terapêutica imanentista da potência.....127

Introdução.....127

3.1 Perspectiva winnicottiana da saúde 127
3.2 O funcionamento da mente segundo Spinoza 138
3.3 Reinterpretando as psicoses a partir de André Martins 144
3.4 Por uma terapêutica da potência ou a Clínica Psicanalítica da Potência de André Martins 150
3.5 Reformando a Reforma ou por uma reforma do pensamento 155
Considerações finais 162
Referências 170

Apresentação

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se constitui como um processo social complexo iniciado na década de 1970 no contexto da Ditadura Militar. Por complexo, segundo Amarante (2015), médico psiquiatra e principal nome da Reforma Psiquiátrica brasileira, entende-se o caráter permanentemente mutante e inacabado da luta pela Reforma Psiquiátrica e sua densa e variada trama de saberes e atores sociais envolvidos. Da política à medicina, do individual ao coletivo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se produz, segundo o autor, em quatro dimensões: a) técnico-assistencial, b) sociocultural, c) jurídico-política e d) teórico-conceitual. Ao pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo social, Amarante problematiza a abordagem psicopatológica da loucura e traz para o campo da ética o debate sobre as causas e os efeitos da nossa forma de lidar com o fenômeno da loucura. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica não se destina à mera reforma da assistência médico-hospitalar – historicamente centrada no isolamento do paciente em hospícios – para um modelo psicossocial, baseado em serviços de saúde comunitários, territoriais, interdisciplinares e, fundamentalmente, organizados em torno do protagonismo do usuário do serviço. Dito de outra maneira, a Reforma Psiquiátrica busca transformar a própria sociedade brasileira que expressa na sua relação com a loucura as marcas traumáticas da sua constituição colonialista, escravocrata, classista, autoritária e violenta.

O objeto da Reforma Psiquiátrica é o manicômio[1] enquanto valor que produz e reproduz exclusão, segregação e estigma, e, em certa medida, estabelece uma espécie de taxionomia social que classifica pessoas como loucas ou cidadãs[2]. A Reforma Psiquiátrica visa restituir a cidadania daquelas e daqueles que foram retirados, simbólica ou fisicamente, da vida social por conta da sua singularidade e oferecer tratamento ao sofrimento psíquico (e seus desdobramentos psicossociais) em consonância com os princípios dos Direitos Humanos. Amarante (1996) destaca

[1] O termo manicômio juridicamente significa hospitais psiquiátricos de custódia. Entretanto, os movimentos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial utilizam este termo para qualquer tipo de instituição psiquiátrica asilar por entender que, nos moldes como acontecem, as internações representam a supressão da liberdade, de modo que todo hospital psiquiátrico é uma prisão.

[2] Propositadamente não estamos fazendo a oposição louco e são, mas louco e cidadão visto que historicamente, desde a Revolução Francesa, a condição de louco justifica a anulação do poder contratual do indivíduo, suas liberdades individuais e direitos civis. A Psiquiatria tem quase poder de polícia visto que ainda hoje uma pessoa pode ser internada involuntariamente em nome de sua segurança e da de terceiros.

o papel que a institucionalização psiquiátrica das pessoas com grave sofrimento mental tem na transformação da doença mental em critério social que justifica a alienação dos “loucos” de seus direitos civis. Segundo o autor:

> E não é apenas o louco manicomializado que tem destino miserável. A categoria “louco”, “doido”, “maluco” é negativamente estigmatizada e, nesse processo, a psiquiatria tem muita responsabilidade. Ao definir o estatuto jurídico da doença mental (os loucos de todo gênero), ela legitima a condição de não-cidadão, de não-sujeito do doente. Internado ou não em um manicômio, o louco é despossuído de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, de ter seus desejos e projetos. (Amarante, 1996, p. 113).

Basaglia (2010), principal nome da reforma psiquiátrica italiana, chamada de Psiquiatria Democrática Italiana, entende a reabilitação e ressocialização do “louco” como formas de protegê-lo da sociedade que o excluiu. Para Basaglia, a noção de periculosidade é fundamental para justificar o modo como as sociedades modernas lidam com a loucura. O louco é tomado invariavelmente como perigoso e, em nome de sua segurança e de terceiros, é destinado a ele a exclusão da convivência social. Seu banimento não é fruto do que ele fez, como em um processo criminal, mas do que ele é: um desviante da “normalidade”. Para que o “louco” retorne, ele precisa ser transformado em cidadão, em alguém que vive relativamente como os outros ou, mais radicalmente, alguém que seja tolerado pela coletividade dita “normal”. Encontra-se aí o paradoxo e cerne da Reforma italiana e da brasileira: reabilitar o louco para que este faça parte, na qualidade de cidadão, da sociedade que o excluiu. Para tanto, italianos e brasileiros apontam a necessidade de transformação social. Somente em uma sociedade justa o manicômio, e tudo que ele representa, pode deixar de existir. Esta transformação social é tomada pelos reformistas brasileiros como uma utopia a ser permanentemente perseguida. Basaglia defende a ressocialização da seguinte forma:

> Se o doente, antes de ser visto como tal, vem a ser considerado como perigoso para si e para os outros, as regras sobre as quais o asilo se edifica só podem ser instituídas em função dessa periculosidade, e não em função da doença. Por isso, a figura do doente mental, como nos aparece habitualmente em nossos hospitais, é a do homem oprimido, esmagado, objetivado na instituição, cujas organização e eficiência são condições cada vez mais importantes que a sua reabilitação e ressocialização: **estas sozinhas**, poderiam garantir seriamente a segurança e a incolumidade física tanto da sociedade quanto do próprio doente. (Basaglia, 2010, p.49, grifo nosso).

Amarante (1996) sintetiza perfeitamente bem a utopia da Reforma brasileira: criar uma sociedade suficientemente plural para que o louco goze de cidadania ao passo que não tenha que se adaptar a uma pretensa normalidade social/neurótica. Nas palavras de Amarante:

> O conceito de cidadania dos doentes mantais, implícito no discurso e prática de Basaglia, se relaciona à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos mesmos. Mas não apenas isso, porque, de tal concepção, são muitos os que dela partilham. Melhor dizendo, não se trata de, com base na ideia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social. Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. **Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado.** Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, **trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos**. (Amarante, 1996, p. 114, grifo nosso).

Como vemos, há na Reforma brasileira uma tensão entre os termos louco e cidadão; loucura e cidadania. As noções de sanidade, cura ou saúde não são evocadas em oposição ao termo loucura. Certamente essas três noções podem ser gravemente enviesadas por interpretações moralistas, que inclusive estão na origem da psiquiatria. Entretanto, evitá-las a todo custo também pode produzir idealizações que se traduzirão em perspectivas igualmente moralistas, apenas, em oposição ao moralismo que se quis combater. Nos perguntamos se o louco-cidadão não é uma idealização que obnubiliza a adequada compreensão do fenômeno da loucura e, ao contrário do que se pretende, obstacula a construção de estratégias terapêuticas que aliviem o sofrimento da pessoa dita “louca”.

Partindo do mesmo ponto de vista que Amarante e Basaglia, Yasui (2010), um dos precursores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil e um dos principais autores da Saúde Mental/Atenção Psicossocial na atualidade, nos apresenta a Reforma Psiquiátrica como uma utopia, um processo civilizador que se contrapõe à barbárie representada pelo manicômio. Nas palavras do autor:

> Nossa utopia, nossa esperança aposta nesse infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é o nosso *devir*. E a esperança, nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer, ao mesmo tempo, novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda essa gente

> excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros. (Yasui, 2010, p. 180).

Reformar a sociedade e restituir a cidadania aos excluídos, eis o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mas o que cidadania quer dizer? Vale recordar que a Psiquiatria nasce com Philippe Pinel na recém-criada república na França. O próprio Pinel atuou politicamente para a consolidação dos ideais republicanos da Revolução Francesa. Podemos dizer que Pinel e a Revolução Francesa também tinham como utopia a cidadania. Mas qual? Teria o projeto civilizatório francês fracassado ou obtido êxito? Nossa abordagem não é histórica ou sociológica. Discutimos as noções de cidadania e civilização por um percurso psicanalítico/filosófico, procurando compreender quais afetos estão indissociavelmente ligados a esses ideais que, paradoxalmente, unem a psiquiátrica pineliana e a Reforma Psiquiátrica brasileira. Argumentamos que a despeito das diferenças entre as propostas assistenciais de Pinel e da Reforma brasileira, há convergências nos aspectos ontológicos, na maneira como a moral metafísica representada por Descartes, Kant, e em certa medida por Freud (Martins, 2000), influencia a produção de políticas públicas e práticas assistenciais nos serviços de Saúde Mental. Partindo da tese de Birman (1978) de que a Psiquiatria é um discurso da moralidade, nos perguntamos o quanto dessa moralidade não está presente nos saberes e práticas que visam se opor aos aspectos manicomiais da Psiquiatria[3]

Pinel em seu *Tratado Médico-Filosófico Sobre a Alienação Mental ou a Mania* cria a figura do louco, o alienado, ao opor esta categoria ao cidadão comum, razoado. A oposição entre natureza e cultura, razão e desrazão, presente no projeto iluminista e racionalista está na base da criação do alienismo pineliano. O são, o saudável, não é mais espelho do sagrado, como fora na Idade Média, mas da razão e da ciência. Por sua vez, o alienado é aquele que tendo a sua razão diminuída foi tomado de assalto pelas paixões. Em seu projeto científico civilizatório, Pinel sistematiza um método de adaptação do indivíduo aos anseios e funcionamento

[3] É importante ressaltar que tanto a Reforma brasileira quanto a nossa posição neste trabalho não é de ataque ou rivalidade com a Psiquiatria enquanto saber médico e prática clínica. A crítica bem estabelecida por Birman, presente na Reforma e por nós adotada como ponto de partida é ao aspecto moral e moralizante, que do nosso ponto de vista, permanece mesmo nos saberes e práticas críticos à Psiquiatria, pois, segundo nossa hipótese, e com base na obra de André Martins, a metafísica é um modo de defesa psíquica individual e coletiva (cultura) que produz idealizações rígidas e práticas morais mesmo naqueles que visam combatê-las.

social, o “tratamento moral”. Moralizar é libertar, é curar. Eis o projeto colonizador/civilizatório de Pinel. A moralização, a adaptação do indivíduo à sociedade é a cidadania para o alienista francês. E aquele que se adaptou foi convertido em cidadão.

Como dissemos anteriormente, nosso intuito não é fazer uma história política ou filológica dos termos cidadão, cidadania e civilização. Nossa hipótese é que essas palavras expressam nos dias de hoje, no atual estágio de transformação da assistência em Saúde Mental e da formulação de políticas públicas na área, uma espécie de reprodução do modo de pensar metafísico em que as palavras ganham seu sentido oposto. Nessa espécie de novilíngua, cidadania vira uma espécie servidão, ou ao menos, uma adaptação por submissão a ideais sociais e estilos de vida.

Ao examinarmos as condições de trabalho e assistência das pessoas nos serviços de saúde mental, encontramos indivíduos submetidos a condições precárias de trabalho e assistência, mas que afirmam trabalharem em prol da cidadania e acreditam dela se beneficiar. Temos assim as figuras do trabalhador-militante e do usuário-militante. Ao mesmo tempo que, cada um à sua maneira, trabalhadores e usuários dizem lutar por cidadania, sentem em seus corpos e psiquismos o surgimento ou o aprofundamento de diversos tipos de sofrimento (Selli; Bagatini; Rivero, 2009) que devem ser mais ou menos tolerados em nome da identificação com o ideal de promover cidadania.

Winnicott é um psicanalista que pensa o trauma como algo vivido na experiência, na vida imanente, real. Diferentemente de Freud que pensa o trauma como efeito intrapsíquico do conflito entre natureza e cultura, do excesso pulsional (Martins, 2000), e a vida como uma espécie de resignação neurótica em nome da manutenção do bom funcionamento social, Winnicott desfaz a dicotomia natureza e cultura e retira o trauma do campo da fantasia. Para o autor, o trauma é o resultado das interações reais experimentadas por um indivíduo em condições desfavoráveis para o seu desenvolvimento. O trauma diminui a criatividade e espontaneidade do indivíduo, fragilizando sua confiança em si mesmo e no mundo, criando no indivíduo um sentido de adaptação ao mundo não por se sentir pertencente a este, mas por

temê-lo (Winnicott, 1970). As ideologias[4] de toda sorte são, nesse sentido, defesas psíquicas contra os medos e traumas vividos pelo indivíduo.

Evidentemente há uma simplificação em nossa apresentação do trauma segundo Winnicott, mas nos perguntamos se o trabalho na Saúde Mental, especialmente quando orientado pela noção de cidadania ou promoção da cidadania, não seria o efeito defensivo do modo metafísico de pensar que imagina um mundo melhor, idílico em que as injustiças e sofrimentos experimentados por indivíduos e grupos não mais existiriam. Como pode a Psiquiatria clássica e a Reforma Psiquiátrica, seu suposto avesso, reivindicarem ao mesmo tempo a noção de cidadania como centrais em seus projetos civilizatórios? Seriam conceitos diferentes representados pela mesma palavra ou a mesma noção de cidadania?

---

[4] O conceito de ideologia, no interior do marxismo e da teoria crítica, refere-se a um conjunto de representações, valores e categorias que, ainda que assumidas como naturais ou universais, funcionam para legitimar e reproduzir determinadas relações sociais de dominação. Em *A ideologia alemã*, Marx e Engels (2007) formulam a definição fundante segundo a qual a ideologia opera como "falsa consciência" – não no sentido de mero erro cognitivo, mas como expressão invertida das condições materiais de existência que, ao serem naturalizadas, ocultam a historicidade das formas sociais. Essa inversão implica na afirmação de que as ideias ou ideais dominantes de uma determinada época são as ideias da classe dominante (Marx; Engels, 2007), indicando que a produção simbólica está inscrita nas dinâmicas materiais da produção social e inaugurando o materialismo histórico como ferramenta de interpretação da realidade.
Ao longo do século XX, a teoria crítica reelabora esse conceito, deslocando-o da noção estrita de "ilusões produzidas pela estrutura" para uma compreensão mais complexa das mediações culturais. Para Lukács (2012), a ideologia articula-se ao fenômeno da reificação (objetificação ou coisificação), por meio do qual as relações sociais passam a aparecer como coisas, dotadas de objetividade própria, obscurecendo sua constituição histórica. Adorno e Horkheimer (1985), por sua vez, enfatizam o papel dos dispositivos culturais na produção de formas ideológicas, mostrando como a cultura de massa tende a reforçar o conformismo e a integração subjetiva à ordem vigente. A ideologia, nesse horizonte teórico, deixa de ser apenas um véu cognitivo para se tornar uma prática socialmente enraizada, capaz de moldar disposições afetivas, percepções e padrões de comportamento.
Assim, na tradição marxista e na teoria crítica, a ideologia não é reduzida a erro ou distorção, mas compreendida como mecanismo ativo de conservação social: um processo que sustenta a coesão das estruturas de poder ao mesmo tempo em que limita a emergência de perspectivas críticas sobre as condições materiais e simbólicas da vida social.
Em nosso trabalho, não partimos dessa definição de ideologia formulada pela teoria crítica, ainda que ela própria seja um bom exemplo do que queremos dizer ao afirmar que toda ideologia é metafísica. Marx intuiu corretamente que as ideologias são interpretações distorcidas da realidade, e seus continuadores também acertam ao perceber que as ideologias visam à manutenção da coesão interna de um grupo e à legitimação de sua agenda e de seus métodos no combate a outro grupo que é visto, sempre, como um mal a ser enfrentado. Entretanto, a própria ideia de que o único modo de interpretar adequadamente a realidade é aderindo ao materialismo histórico e tomando a luta de classes como operador analítico já configura um uso inadequado de uma ferramenta teórica, pois, elevada ao grau de ideologia, ela — a própria ferramenta — deixa de ser um instrumento que facilita o livre pensamento e torna-se um compromisso de ver o mundo por aquela perspectiva, segundo aquele enquadre, independentemente da realidade imanente. Ou seja, trata-se de uma idealização metafísica, fruto de uma defesa psíquica individual e coletiva diante do medo de ser impotente e da transformação desse medo em desejo, em geral, embora não sempre, inconsciente, de controle onipotente da realidade.

Essa pesquisa de doutorado investiga e busca compreender os aspectos afetivos que fazem a Reforma Psiquiátrica brasileira – a despeito da sua incontestável contribuição para a tentativa de superação do manicômio – reproduzir, em algum grau e paradoxalmente, o modo de pensar metafísico que está presente na cultura manicomial. É exemplo deste modo de pensar metafísico a ênfase dada às pautas sociais e à ampliação do termo clínica de modo a diluir seu sentido. A clínica da atenção psicossocial preconizada pela Reforma brasileira parece discutir mais a diversidade de equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial do que a ação terapêutica desenvolvida com os usuários desses equipamentos. O fortalecimento dos direitos das pessoas com sofrimento mental grave, bem como a criação de mecanismos eficientes de acesso a esses direitos é uma contribuição inegável da Reforma; assim como o incremento de renda e conforto material a que os egressos de longas internações psiquiátricas têm acesso. Entretanto, nossa hipótese é a de que esses avanços não devem rivalizar ou substituir a ação terapêutica, entendida como cuidados em saúde que tratam os chamados transtornos mentais e visam aliviar o sofrimento dos usuários. O ideal de tornar o "louco" cidadão é um ponto comum do modo metafisico de pensar de Pinel e da Reforma brasileira. Superar esse modo de pensar pode trazer mais vigor à Reforma brasileira e benefícios diretos para os usuários da rede de saúde mental, seus trabalhadores e para a sociedade de forma mais ampla.

Essa metafísica se expressa ainda na confusão entre o trabalho leigo e o despreparo. Desde as primeiras experiências de intervenção e fechamento de manicômios e a construção de serviços de atenção psicossocial, em Santos, em 1989, até os dias de hoje, tornou-se consenso que a rotina do trabalho hospitalar e a formação profissional orientada para a assistência hospitalar representavam obstáculos para que os profissionais de Saúde aderissem às propostas da Reforma Psiquiátrica. Era preciso reformular os currículos dos cursos de graduação em Saúde, reformar os cursos de pós-graduação na modalidade residência para incluir os serviços de atenção psicossocial como campo formativo, e criar uma cultura de formação permanente em serviço por meio de reuniões de equipe, supervisão clínico-institucional e oferta de cursos de aperfeiçoamento. Entretanto, essa é uma estratégia até hoje majoritariamente voltada para os profissionais de nível técnico e superior. Nos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT –, dispositivos criados e regulamentados pelas portarias ministeriais 106/2000 e 3.090/2011 do Ministério da

Saúde, a maior força de trabalho é das cuidadoras, profissionais leigas que assistem os moradores do SRT nas atividades cotidianas (comer, tomar banho, tomar os remédios, passear, ir ao banco, etc.). Segundo a portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, em seu parágrafo único do artigo primeiro:

> Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Como vemos os SRT são dispositivos estratégicos para o fechamento dos manicômios e para a dignidade das pessoas que, egressos hospitais e após longos períodos de internação, não têm onde morar e/ou se tornaram, em algum grau, dependentes de cuidados de terceiros e não contam com suporte familiar. Segundo os incisos 1 e 2 do artigo 2ºB da portaria 3.090/2011 do Ministério da Saúde, os SRT's podem acolher até oito moradores no SRT de tipo I, voltado para pessoas com menor grau de dependência, e até dez moradores no SRT de tipo II, destinado a pessoas com maior grau de dependência de cuidados de terceiros, em especial por comprometimentos físicos, como, por exemplo, pessoas com deficiência física ou com necessidade constante de curativos especializados. Nos SRT's do tipo II a legislação prevê a alocação de um técnico de enfermagem na equipe.

A legislação não define o número mínimo ou máximo de cuidadoras por SRT, tampouco o *rol* de atividades típicas dessas profissionais, mas esclarece a função do SRT. Segundo o anexo I da portaria 3.090/2000 do Ministério da Saúde: "o caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares." Como afirmamos anteriormente, os SRT's são estratégicos para os objetivos da Reforma Psiquiátrica na perspectiva antimanicomial. Entretanto, são essas profissionais as que recebem menor investimento em formação. Em nome de não contaminar o espaço de moradia com supostos vícios institucionais e hospitalares, como, por exemplo, horários rígidos de alimentação, higiene pessoal, relações hierarquizadas, optou-se pela contratação de profissionais leigas. Na prática, confirmada em nossa experiência de quase duas décadas como acompanhante terapêutico, psicólogo e supervisor em serviços públicos de Saúde

Mental nos municípios de Paracambi-RJ e Rio de Janeiro-RJ, essa importantíssima força de trabalho é composta por pessoas com baixa escolaridade, histórico de trabalho doméstico, não raras vezes precarizado, eventualmente com alguma experiência como cuidadora de idosos ou babá e nenhum conhecimento sobre Saúde Mental. A rotina das cuidadoras envolve um pouco de tudo: cozinhar ou ajudar os moradores a cozinhar, lavar ou ajudar a lavar roupa, alimentar ou auxiliar os moradores na alimentação, na higiene pessoal, na administração de medicamentos, na administração das finanças pessoais dos moradores, fazer ou auxiliar os moradores nas compras de supermercado e vestuário, acompanhá-los em atividades de lazer, em consultas médicas e em órgãos públicos. Como vemos são atividades muito variadas e com frequência muito misturadas ou confundidas com o trabalho de empregada doméstica. São ainda as cuidadoras que mediam os eventuais conflitos entre os moradores no dia a dia e os socorrem em emergências de saúde, incluindo de saúde mental, especialmente à noite. Todo esse trabalho é apoiado e supervisionado por acompanhantes terapêuticos, profissionais de nível superior, que procuram integrar no cotidiano dos moradores os princípios do projeto terapêutico singular construído junto com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial que assiste a cada morador.

Nos perguntamos se nesse cenário que descrevemos, o termo “trabalho leigo” não se torna na prática um eufemismo para despreparo e precarização do trabalho. Como apontaremos no capítulo dois, o trabalho de constituir e integrar um ambiente que favoreça a pessoa com intenso sofrimento psíquico é altamente sofisticado, ainda que não precise ser especializado, mas imperiosamente precisa acontecer em condições adequadas. Não estaríamos ao tentar evitar os vícios institucionais hospitalares recaindo em outros vícios como, por exemplo, o de desvalorizar o trabalho não especializado?

A tradicional hierarquia da complexidade das ações em saúde[5] está representada por uma pirâmide cuja base é ocupada pelas ações de baixa complexidade, ou seja, em que as intervenções envolvem pouca tecnologia e a

[5] A portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e divide os níveis de atenção à saúde em: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Nesse modelo, divisão básica de complexidade que apresentamos está preservada, porém, com a noção de ponto de atenção à saúde introduzida pela portaria, uma mesma unidade de saúde pode oferecer pontos de atenção à saúde de diferentes níveis. Por exemplo: um hospital pode ter serviços ambulatoriais (atenção secundária) e serviço de urgência e emergência (atenção terciária).

maior parte do tempo é executada por profissionais generalistas (unidade básica de saúde, por exemplo); o meio, pelas de média complexidade, com especialistas, emprego de maquinário e outras tecnologias mais sofisticadas (assistência ambulatorial e alguns procedimentos hospitalares); e o topo, pelas de alta complexidade com procedimentos altamente especializados, caros e muita tecnologia envolvida (transplantes, unidades de terapia intensiva, radioterapia). Nesse modelo, o mais complexo e sofisticado está dentro do hospital e é realizado por profissionais com alto nível de treinamento e, em geral, com pouca convivência com o paciente. Entretanto, essa lógica não serve à Saúde Mental. É preciso inverter a pirâmide para compreender que o mais complexo e sofisticado em Saúde Mental é a convivência e esta acontece fora dos ambientes hospitalares, tanto dentro das casas (SRT's), quanto nos espaços de circulação da cidade.

Amarante (2007) e Yasui (2010) com suas noções de processo social complexo e cuidado demonstram que a construção de uma cultura antimanicomal com o cuidado em liberdade representa um grande desafio, que envolve investimento público e vontade política.

Uma rede de Saúde Mental formada por serviços de base territorial, ou seja, majoritariamente abertos (sem internação), distribuídos pelos bairros, em permanente diálogo com a vida do bairro e da cidade, envolve cuidados dentro das casas (SRTs) e a circulação de pessoas e o convívio com o diferente.

Enquanto no modelo hospitalar, a atenção é dada somente à internação, medicação e alta, na Saúde Mental os cuidados ultrapassam necessariamente a assistência estrito senso, incluindo tanto o acompanhamento das cuidadoras, que, como vimos, precisa ser qualificado, quanto o trabalho que possibilita a inserção dos usuários na cidade, exercido pelas próprias cuidadoras como também pelos demais profissionais da Rede.

Nesse contexto, a pirâmide se inverte e as atividades assistenciais passam a envolver elementos transversais das mais diversas áreas (Educação, transporte, habitação, Assistência Social, Justiça, etc), tais como: lidar com os moradores de um edifício que decidem em assembleia extraordinária do condomínio que os moradores de um determinado apartamento (uma SRT) devem deixar o prédio porque são loucos e afinal loucos são perigosos; ou com uma escola que não quer matricular um usuário do CAPS porque ele é "muito estranho"; ou ainda, como viabilizar o acesso ao transporte público para aqueles usuários que não possuem renda? Todas

essas são questões importantíssimas para a assistência em Saúde Mental na lógica antimanicomial. E o avanço desse modelo depende da capacidade de mobilizar pessoas e facilitar as experiências de convivência, e é exatamente a convivência o ponto central do trabalho das cuidadoras.

No entanto, o mais simples e barato na história da assistência psiquiátrica no Brasil foi e é a produção massiva de internações em instituições asilares. As condições estruturais de continuo desrespeito aos direitos humanos nos manicômios brasileiros estão fartamente documentas no “Inspeções aos Manicômios” (CFP, 2015), “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêutica” (CFP, 2017) e “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional” (CFP, 2020) – fiscalizações realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Ministério Público Federal – e bem representadas nos filmes “Em Nome da Razão” (1979) dirigido por Helvécio Ratton e “Bicho de Sete Cabeças” (2001) da cineasta Laís Bodanzky baseado no livro biografia de Austregésilo Carrano Bueno; e no livro reportagem “Holocaustro Brasileiro” (2013) de Daniela Arbex.

Quando consideramos a assistência em Saúde Mental numa perspectiva antimanicomial e compreendida à luz do que Amarante (2007) chama de processo social complexo, percebemos que para a superação do manicômio enquanto valor é preciso a criação de uma ampla e diversa rede de cuidados em saúde, com concepções epistemológicas mais amplas que a racionalidade biomédica (a incluindo evidentemente, mas não se restringindo a ela) e, portanto, com ampla diversidade de profissionais, e em um contexto que favoreça a potência individual e as relações interpessoais. Nesse cenário, os atos de cuidado, em todos os níveis de atuação profissional e responsabilidade técnica, passam pela capacidade empática do profissional com o usuário[6] e por seu nível de conhecimento e treinamento específicos. Da mesma forma como não é qualquer pessoa que pode desempenhar as funções de psicólogo ou médico – pois são profissões que requerem

[6] Winnicott (2000/1956) chama de preocupação materna primária a identificação empática que a mãe (ou que faça o papel de cuidador principal do bebê) com seu bebê. No campo da Saúde, Mehry (2005) chama de tecnologias leves os processos de trabalho em saúde baseados em relações humanizadas que levam em consideração o envolvimento entre as pessoas e a saúde como integral. Quando falamos em capacidade empática do profissional estamos evocando as ideias presentes nos conceitos de Winnicott e Mehry que citamos.

obrigatoriamente formação específica[7] –, não é qualquer um que pode ser cuidador e nem é de qualquer jeito que seu trabalho pode ser realizado. Quando se opta por trabalhadores leigos para a função de cuidadores, o que se deseja é encontrar pessoas que tenham os chamados *soft skills*[8], ou seja, aptidão para um trabalho que envolve fundamentalmente se relacionar com outras pessoas, em especial, com indivíduos com intenso sofrimento psíquico e que requerem do outro assistência frequente. Isso envolve ter paciência, senso de cooperação, respeito pela diversidade e pela idiossincrasia do outro, comunicação não violenta, criatividade e flexibilidade. Certamente o que se quer evitar é o padrão das relações rígidas e hierarquizadas tão comum nos ambientes hospitalares. Entretanto, isto não significa que esses trabalhadores não precisem de treinamento específico para isso, e também de educação formal básica. É um enorme equívoco e um flagrante preconceito imaginar que profissionais especializados precisam de mais e melhor formação técnica, como se não precisassem de *soft skills*, e que profissionais leigos teriam um conhecimento intuitivo que dispensaria ou rivalizaria com o acesso à informação técnica por meio de treinamentos ou com a educação formal, e condições dignas de trabalho.

Nossa experiência está repleta de casos em que cuidadoras agiram de forma inadequada por falta de competências envolvendo, por exemplo, leitura e matemática, por estresse ou falta de treinamento. Podemos lembrar, a título de exemplo, alguns casos: numa determinada residência terapêutica, uma cuidadora pingou uma solução antigases (Luftal) no olho de uma moradora porque não soube ler o rótulo e diferenciar aquela medicação do colírio que havia sido prescrito. Em outro caso, uma cuidadora costumava “acalmar” um morador oferecendo bolos e outros doces. Ela temia que ele fosse violento. Para ela, e a partir do imaginário popular, loucos são perigosos, e o melhor a fazer é “não os contrariar”. Porém, tratava-se de um morador que estava iniciando uma dieta restritiva de carboidratos refinados para o controle do diabetes tipo dois e que pedia com insistência para a cuidadoras sobremesas açucaradas e outras guloseimas. Num terceiro caso, uma

[7] Ainda que não seja um pré-requisito obrigatório, é evidente que uma certa aptidão para as relações interpessoais contribui para que algumas pessoas desempenhem essas funções melhor do que outras.

[8] Habilidades e competências que favorecem as relações interpessoais e o trabalho cooperativo. São exemplos de *soft skills*: a empatia, a comunicação não violenta, o senso de colaboração e o autoconhecimento.

cuidadora acompanhou uma moradora a um serviço público de saúde para a consulta com um dentista. Essa consulta era o resultado de um longo e difícil processo de negociação entre o acompanhante terapêutico (at) da moradora e aquele serviço de saúde. Após a consulta, a cuidadora ligou para o at informando que a consulta foi um sucesso e que no dia seguinte todos os dentes da moradora seriam extraídos segundo recomendação do dentista. Evidentemente essas extrações não foram autorizadas pelo at, mas ao explicar para a cuidadora que aquilo seria uma violência com a moradora, e que os dentes podem ser restaurados, tratamentos para outros problemas bucais podem ser realizados e que a extração de um dente era uma solução extrema que só deveria acontecer em último caso, restou claro que a cuidadora, ela própria, jamais havia se consultado com um dentista. Segundo sua experiencia de vida, conseguir assistência odontológica era algo quase impossível para uma pessoa pobre ("dentista é coisa de rico", dizia ela) e que a solução comum em seu meio social para problemas dentários era a extração dos dentes e a eventual substituição por dentaduras. Num quarto e último exemplo, uma cuidadora ao administrar os remédios de uma moradora idosa confundiu a fração 1/2 (um sobre dois) com a expressão "um por dois" e interpretou que deveria substituir um comprimido por dois. Há que notar que a prescrição orientava a administração de meio comprimido, ½, e, em decorrência da falta de conhecimento sobre frações da cuidadora, a idosa consumiu uma dose quatro vezes maior do que a prescrita.

Considerando que as cuidadoras são profissionais importantíssimas para a superação das práticas manicomiais, nos perguntamos por que então o treinamento e as condições de trabalho, ponto tão crucial para o bom desempenho das cuidadoras, é ignorado na prática? Suspeitamos haver aqui uma herança nefasta típica da constituição da sociedade brasileira, que reproduz valorativamente, de forma inconsciente e estrutural, a divisão racial, social e de gênero do trabalho[9]. É notório que em nossa sociedade as trabalhadoras domésticas foram, e eventualmente ainda são, consideradas pessoas inferiores ontologicamente, menos dignas, para quem a educação formal não faz falta, e substituíveis, pois, supostamente, qualquer outra pessoa poderia realizar seu trabalho. Certamente

[9] Evidentemente essa não é uma característica exclusiva do trabalho em Saúde Mental, orientado pelo processo de Reforma, trata-se de uma característica da própria sociedade brasileira que em maior ou menor grau marca as relações de trabalho em todos os campos. Entretanto, consideramos que a área da Saúde como um exemplo muito claro do que estamos apontando.

elevar o nível de treinamento de qualquer profissional em nada impede ou rivaliza o desenvolvimento de *soft skills*. Ao contrário, no mundo moderno do trabalho, é cada vez maior o consenso de que essas habilidades devem ser consideradas desde o processo de seleção, e estimuladas e desenvolvidas ao logo do processo de treinamento e formação permanente do profissional. Conhecer a si mesmo, conhecer a natureza do seu trabalho, desenvolver habilidades e usar ferramentas adequadas são preocupações cruciais para a eficiência, e para a saúde do trabalhador. Com condições melhores e maior confiança[10] se trabalha melhor e isso deve ser um objetivo claro para o processo de Reforma Psiquiátrica.

Há na Saúde Pública brasileira bons exemplos de não confusão entre trabalho leigo e despreparo. No início da década de 1990, surge no âmbito do recém-criado Sistema Único de Saúde – SUS – o Programa Saúde da Família que no final da década se consolidou como a principal estratégia de acesso da população do sistema de saúde e foi renomeado de Estratégia Saúde da Família – ESF. Esse foi um importante passo na reorganização da Saúde Pública brasileira que carregava resquícios dos períodos pré-SUS em que a atenção à saúde era quase sinônimo de assistência médico-hospitalar. A ESF criou um novo desenho para a atenção à saúde, com maior presença nos bairros e uma forte identificação da comunidade com a equipe de saúde. Uma figura é central nesse processo: o agente comunitário de saúde – ACS. Esses profissionais são obrigatoriamente moradores das áreas em que vão atuar. Trabalham como dinamizadores das redes sociais locais e a eficiência das suas ações depende diretamente do seu capital social, do grau de pertencimento àquela comunidade e reconhecimento desse pertencimento por parte das pessoas que são assistidas. Conhecer as pessoas, a cultura local, as crenças, ser parte daquela comunidade, se relacionar bem com as

[10] Em 2017, oferecemos, na qualidade de professor de uma universidade localizada na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro, um curso gratuito para as cuidadoras e cuidadores dos SRT's de um pequeno município da região. O curso teve a duração de três encontros, totalizando nove horas e foi organizado na perspectiva da educação popular. O grupo se reunia em roda e a partir das vivências narradas pelo grupo, desenvolvíamos com eles ferramentas teórico técnicas para a solução de problemas reais do trabalho vividos e narrados por eles. Durante o curso e ao final deste ouvimos muitos relatos de que o curso estava tornando o trabalho mais claro, que eles se sentiam mais empoderados para tomar decisões, menos angustiados em relação a dúvidas que vividas como verdadeiros tabus. No último dia, encerrado com a entrega de certificados de conclusão, foram muitos os relatos emocionantes de que aquele curso era a primeira experiência de estudar em uma universidade, para alguns o primeiro diploma que recebiam na vida e, ainda, que aquela experiência de estudar os fazia sentir orgulho de si mesmos, valorizados e mais preparados para realizar seu trabalho.

pessoas são características essenciais para ser ACS, mas não são suficientes. Os ACS trabalham com promoção de saúde, prevenção de doenças e auxiliam as pessoas assistidas nos tratamentos que realizam na unidade básica de saúde e eventualmente em outras unidades de saúde. Os ACS precisam ter conhecimentos sobre higiene, doenças transmissíveis, doenças crônicas mais prevalentes, funcionamento do SUS, saúde materno-infantil, saúde do idoso, saúde mental, e tantos outros temas importantes que se articulam sempre na perspectiva da promoção, prevenção e tratamento. Essas informações são transmitidas aos ACS's através de treinamentos, supervisão e reuniões de equipe. Esses são profissionais leigos, no sentido de não especializados, mas, no caso em tela, isso não implica em nada em despreparo. Ao contrário, são profissionais altamente preparados, treinados e informados e estão em permanente processo de formação em serviço.

É importante notar que um profissional que domine os temas de saúde citados acima, mas que não tenha as *soft skills,* não pode ser ACS. Da mesma forma, porém, só ter as *soft skills* é insuficiente. É preciso: ter certas aptidões (*soft skills*), informação e pertencer à comunidade. O poder dos ACS's está nessa sofisticada combinação. A Saúde Pública brasileira já incorporou a lógica territorial da atenção à saúde desde o início do SUS e reconhece a importância das relações interpessoais e comunitárias para promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento destas. Essas ideias estão na base da Reforma Psiquiátrica brasileira também desde o seu início. A experiência com os ACS's é exitosa e internacionalmente reconhecida. Por que não compreender o trabalho das cuidadoras em saúde mental pela mesma perspectiva? Elas estão para a Saúde Mental, assim como os ACS's estão para a Estratégia Saúde da Família.

Nos perguntamos ainda, se não estaríamos incorrendo na mesma interpretação equivocada de Pinel, que ao tomar a razão tal como descrita por Descartes, imaginou haver indivíduos racionais e outros alienados. Analogamente, introjetando essa lógica, ainda que de forma inconsciente, ao trabalho em Saúde Mental, não estaríamos dividindo o trabalho e os trabalhadores em duas categorias? (i) Os que pensam, os especializados, para os quais a reforma dos currículos e o investimento em educação formal seriam estratégicos para o avanço da Reforma e (ii) os leigos, sem especialização. Parece-nos que a diferença das atividades exercidas pelas cuidadoras, em comparação com outras carreiras na Saúde tem se confundindo com a visão de mundo colonialista e classista de nossa sociedade, que

estabelece uma falsa diferença ontológica e valorativa entre os indivíduos (pessoas escravizadas - senhores coloniais; indivíduos irracionais - indivíduos racionais). Essa interpretação colonial e metafisica da realidade comum a Pinel e à Reforma brasileira representa um desafio para a superação da cultura manicomial e deve ser enfrentada com uma profunda reforma do pensamento. Nos dedicamos a isso no capítulo três desta tese. Argumentamos com a ajuda de Winnicott e Spinoza que o conhecimento intuitivo não prescinde ou rivaliza com o conhecimento intelectual. E que, portanto, investir na formação das cuidadoras é tão importante quanto o investimento em qualquer outra categoria profissional. A insistência nessa dualidade tem raízes na história da filosofia metafísica, de Platão a Kant, que separa arbitrária e falsamente afeto e pensamento, e justifica preconceitos e violências contra indivíduos e grupos sob a pretensa desculpa de combater a barbárie com civilização. Entretanto, nos parece que no processo de luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira esses valores foram traumaticamente invertidos, mas evidentemente por se tratar de mera inversão, mantidos, tomando assim o leigo por ignorante e a ignorância como um valor supostamente superior ao conhecimento formal. E como também se trata de um trauma, a própria percepção de que houve uma mera inversão fica obnubilada produzindo afetos ambíguos cuja defesa é a suposição, organizada na forma de ideologia, de que há um mal a ser combatido, mesmo que usando as mesmas ferramentas que os representantes desse suposto mal usam. É compreensível, mas não necessário, que ao combater o que a psiquiatria clássica se tornou e produziu ao longo da história, inclusive reivindicando para si desde seu surgimento como alienismo o estatuto de ciência, que uma certa romantização reativa surja e a ciência seja vilanizada, ainda que parcialmente. Entretanto, cabe ressaltar que o problema não está na ciência, nem mesmo parcialmente, mas no cientificismo, na crença (ideologia) de que a ciência representa uma fonte inconteste de respostas absolutas para todo e qualquer problema da humanidade. É igualmente falsa a esperança vingativa de que a ciência seja desmascarada da sua suposta falsidade. Essa é a esperança dos negacionistas.

Como vemos, pensar sobre o papel das cuidadoras e suas condições de trabalho nos ajuda a perceber as tensões internas do processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira e a propor que seu avanço venha acompanhado da reflexão sobre os afetos que qualquer forma de polarização produz e de seus efeitos

iatrogênicos. A relação que a Reforma estabelece com as cuidadoras é um bom exemplo dessa iatrogenia.

Os vínculos empregatícios precários também são um ponto que nos chama a atenção. Em trinta anos a rede de Saúde Mental aumentou consideravelmente. Atualmente são quase três mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil[11], centenas de residências terapêuticas e presença da Saúde Mental na Atenção Básica. Entretanto, essa ampliação da rede aconteceu paralelamente à radical expansão dos contratos de trabalho precarizados via cooperativas, organizações sociais da saúde, organizações não-governamentais (ONG's), fundações públicas e associações de familiares e usuários. Por contratos precarizados estamos chamando aqueles que, a despeito da formalização, implicam em (i) recorrentes atrasos de salário; (ii) demissão e recontratação periódica, em geral a cada dois anos. Na prática, isso significa que o trabalhador terá apenas um período de férias efetivamente gozadas durante o contrato; (iii) interrupção da assistência. É comum que os usuários dos serviços de Saúde Mental fiquem sem atendimento adequado nos intervalos dos contratos ou tenham suas referências técnicas[12] trocadas porque os profissionais foram substituídos em decorrência da troca da empresa terceirizada; (iv) não raras vezes, as contratações são feitas na forma de bolsas, ou seja, sem nenhum direito trabalhista. Seria possível produzir cidadania e cuidado para os usuários da rede de Saúde Mental com trabalhadoras e trabalhadores com baixos salários e contratos frágeis, isto é, eles mesmos com uma cidadania frágil e precarizada? Promover e garantir direitos à medida que se perde os próprios direitos. Essa contradição é negada ou considerada "um mal menor" dentro do próprio movimento pela Reforma Psiquiátrica, por seus executores e defensores, quando deveria ser precisamente por eles algo inaceitável. Há aí uma clara

[11] Dados do Ministério da Saúde do Brasil. (Informação divulgada pelo portal do Ministério da Saúde em 2022). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase-60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021#

[12] Referência ou referência técnica é o profissional, às vezes mais de um, que tem maior proximidade com um determinado usuário e funciona como um dinamizador do seu projeto terapêutico dentro da equipe. Ainda que um usuário possa ter como referência um profissional por razões burocráticas de organização do serviço (exemplo: distribuição média de usuários por profissional do serviço), o critério mais forte e normalmente utilizado é o laço entre eles. Isso significa que no longo percurso de tratamento de uma pessoa com intenso sofrimento psíquico, a troca frequente de profissionais é potencialmente desfavorável para o usuário visto que o tratamento envolve para além das técnicas e terapêuticas laços afetivos significativos. Para uma clínica baseada na noção de cuidado que apresentamos no capítulo três, relações minimamente estáveis são fundamentais para a recuperação da saúde dos pacientes.

utilização da idealização do projeto como motivo para calar suas contradições práticas, suas incoerências reais, como se o fato de a realidade desdizer o que se propõe na teoria levasse não a um desejo de modificação da prática, para torná-la coerente com a proposta, mas sim a uma denegação da realidade para que não se admita a contradição e se finja que o ideal proposto está sendo realizado, dando-se mais importância à narrativa e à defesa de ideais – idealizados – do que ao que efetivamente se faz. Supomos que essa negação tem um efeito traumático em trabalhadores e usuários e representa um obstáculo ao avanço da Reforma no país.

Um exemplo notório é a Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes da Complexo Juliano Moreira – APACOJUM – na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. A APACOJUM que na qualidade de entidade do terceiro setor participa das lutas por melhores condições de assistência para os usuários dos serviços de Saúde Mental, e se apresenta como parte do movimento pela reforma psiquiátrica antimanicomial, tornou-se cogestora de diversos serviços na segunda década dos anos dois mil. A Associação assinou contrato com a prefeitura da cidade para administrar os recursos humanos – contratos dos profissionais – de serviços que à época integravam o Instituto Municipal de Atenção à Saúde Juliano Moreira e faziam parte da estratégia de desinstitucionalização da Prefeitura e do Instituto. Infelizmente, por alguma razão, houve uma série de atrasos nos pagamentos dos profissionais e uma entidade do movimento social que deveria pressionar o poder público por melhores condições de assistência aos usuários se confundiu com este mesmo poder público o que enfraquece o próprio movimento social. Muitos trabalhadores, usuários e familiares adotaram uma perspectiva de tolerância com esses atrasos de salário e suas consequências assistenciais em nome de preservar uma respeitada associação e, assim não “atacar” o movimento pela Reforma. Encontramos aqui um exemplo de como a militância pode se tornar um viés de aceitação seletiva do inaceitável, e levar um indivíduo ou grupo a tolerar incorrências internas do seu grupo que não toleraria caso fosse outro grupo político a praticar os mesmos atos. Em nome de um suposto bem maior e por vir, tolera-se um mal menor, que é um mal e por isso não seria tolerado, apoiado e mesmo negado, em condições normais. Dito de outra forma, tolerar e participar da degradação das condições de trabalho e assistência em Saúde Mental tem para as pessoas atingidas e para a sociedade como um todo os mesmos efeitos danosos independentemente da ideologia do grupo político que pratique o ato. A negação

desse fato tem um efeito traumático e dificulta a compreensão dos aspectos comuns à Reforma brasileira e à psiquiatria de Pinel que se quer superar.

Outro aspecto comum a Pinel e à Reforma é a organização das atividades terapêuticas dentro de um centro de atenção psicossocial – CAPS -, serviço substitutivo ao manicômio, que, não raras vezes, parece obedecer a uma estranha lógica moral de normatização do tempo e do espaço (Martins, 2000; Rauter, 2000). As oficinas terapêuticas parecem servir, não raras vezes, mais à moral produtivista do que à expressão da singularidade. Não é raro encontrarmos profissionais que afirmam que os usuários do CAPS devem participar das oficinas para que não fiquem ociosos. Oficina terapêutica ou praxiterapia pineliana? Por que propostas tão diferentes se confundem tanto na ordem prática da vida? Esta pesquisa, como dissemos, investiga as origens dessa confusão, em que cidadania é reduzida à adaptação ao modo de organização social e propõe, renunciando a ideais morais e metafísicos, uma ética para o cuidado baseada no reconhecimento do trauma coletivo e individual e da interdependência entre os indivíduos.

Nossa hipótese central é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira está marcada pelos traumas fundantes da nossa cultura, pelos traumas do seu próprio momento de surgimento na década de 1970 e, em especial, pela oposição à moral pineliana. Sem o reconhecimento desses traumas, a superação das práticas e valores manicomiais ficam dificultados e os avanços da Reforma tendem a retroagir e se confundirem com o próprio manicômio, numa desgastante luta de identificação e desidentificação que tem no cerne da questão a moral metafísica, objeto do capítulo dois deste trabalho. Esta pesquisa tem por objetivos: 1) objetivo geral: propor uma visão imanentista para o cuidado em Saúde Mental como base para a formulação de políticas públicas de Saúde Mental e saúde dos trabalhadores da Saúde Mental e orientação da ação terapêutica; 2) objetivos específicos: a) apresentar a base metafísica comum ao alienismo e à Reforma Psiquiátrica; b) descrever genealogicamente as origens dessa metafísica; c) discutir a partir de Winnicott, Spinoza e Martins a necessidade das ações em Saúde Mental serem orientadas por uma teoria da saúde, psicopatologia e ética não metafísicas; d) demonstrar como a Reforma Psiquiátrica Brasileira se desenvolve como política pública e práticas cotidianas como efeito do modo metafísico de pensar; e) propor a terapêutica como princípio ético para a Saúde Mental em oposição ao sentido metafísico e burocrático que o termo cidadania comporta.

Para a realização da pesquisa utilizamos o método filosófico-conceitual de construção e atualização de conceitos. Sob a perspectiva do método proposto por Martins (2004), os conceitos são entendidos como ferramentas para o trabalho teórico e/ou execução de uma prática. Isso significa valorar os conceitos por sua utilidade e não pelo papel dogmático que eles possam ter numa teoria. A pertinência de um conceito está em, de fato, vitalizar o problema pesquisado e potencializar quem executa uma prática. Nas palavras de Martins (2004):

> Uma metodologia, portanto, filosófico-conceitual, consiste na criação e/ou utilização de conceitos que nos permitam propor modos de ver o mundo, ou um problema específico, que o vitalize, de uma maneira outra que a habitual, por mais que esta um dia possa ter sido questionadora ou inovadora [...]. (Martins, 2004, p. 956).

A partir do método filosófico-conceitual, procuramos redefinir cidadania de maneira a afastá-la do moralismo subjacente ao período histórico do surgimento do alienismo e da interpretação da Reforma que, do nosso ponto de vista, conserva, no fundo, o mesmo moralismo, e desenvolver uma proposta ética baseada na compreensão do real imanente.

Esta tese está dividida em três capítulos. No primeiro, apresentamos panoramicamente o surgimento do alienismo de Pinel e sua ênfase no tratamento moral como forma de restituir a razão ao indivíduo e reabilitá-lo para o convívio social. Em seguida, apresentamos a Reforma Psiquiátrica brasileira, o contexto do seu surgimento na década de 1970 e seus princípios norteadores. Acompanhamos o pensamento de Paulo Amarante na apresentação das quatro dimensões da Reforma e seus efeitos para a construção de um novo estatuto para o louco, o de cidadão.

No capítulo dois, apresentamos a maneira como André Martins concebe a metafísica como um modo defensivo de pensar que se expressa no indivíduo na forma de defesas psíquicas e coletivamente como ideologias. Acompanhando Martins nesse percurso argumentamos que o alienismo de Pinel e a Reforma Psiquiátrica brasileira compartilham uma base metafísica comum. Ambas idealizam modos de organização social e a inserção dos indivíduos ditos loucos. Imaginam, cada uma a sua maneira, uma sociedade em que os indivíduos caibam. Partem da ideia de civilização, de transformação da sociedade em benefício do indivíduo. Tomam como ponto de partida uma idealização, uma utopia de sociedade que é anterior e independente da existência real e singular dos indivíduos. Em certa

medida, ambas imaginam a sociedade atual, entenda-se do seu próprio tempo histórico, como nociva ao indivíduo e propõem transformações sociais/ambientais como solução. No caso pineliano, o hospital se converteria em um ambiente melhor do que aquele extramuros que degradou moralmente o indivíduo produzindo nele as manias, a loucura, resultado do enfraquecimento da razão e da exacerbação das paixões. A proposta da Reforma brasileira é via transformação da sociedade como um todo, da reforma do imaginário social acerca da loucura e do louco e da construção de dispositivos assistenciais, legais e produtivos mais inclusivos. Ao invés de tratar isolando no manicômio, tratar incluindo no espaço da cidade; ao invés de leis que tomem o louco como perigoso, incapaz e inimputável, leis que reconheçam diferentes graus de autonomia; a reforma de um sistema de produção capacitista por um mais diverso e inclusivo.

Argumentamos que ambas a propostas recaem no mesmo erro metafisico de opor indivíduo e coletividade. Dessa forma, imaginam um funcionamento social que ignora ou se equivoca na compreensão de como os indivíduos se afetam de modo singular, transformam em ideologia a louvável ideia de uma vida coletiva melhor e a terapêutica em militância. Como veremos decorrer do capítulo, o modo metafísico de pensar comum a Pinel e aos reformistas brasileiros tem produzido ao longo do tempo ferramentas insuficientes ou equivocadas para lidarmos individual e coletivamente com a loucura, e o resultado, no âmbito da assistência, seria o aumento do sofrimento de usuários e trabalhadores dos serviços da rede de Saúde Mental.

No terceiro capítulo, apresentamos a maneira como Winnicott e Spinoza compreendem a constituição e o desenvolvimento humano. Argumentamos a partir desses autores que a saúde da coletividade é resultado da saúde dos indivíduos, e que a compreensão do modo como o indivíduo se afeta singularmente é uma base viável para uma clínica (produção de cuidados no nível do indivíduo) e políticas públicas (produção de cuidado no nível coletivo) imanentistas. E propomos com Winnicott, Spinoza e Martins um retorno à experiência terapêutica e esta como uma forma de *holding*. Argumentamos que o aumento da potência do indivíduo deve ser objetivo clínico e que esta potência seja índice de si mesma, tal qual a verdade é índice de si mesma segundo Spinoza. Dito de outra forma, o que importa é se o

paciente vive melhor, com mais saúde[13], e não se o seu estilo de vida ou os meios que favoreceram sua melhora estão ou não de acordo com qualquer ideologia.

Nesse sentido, compreendemos as políticas públicas com uma forma de *holding* do *holding*. Ou seja, as políticas públicas de Saúde Mental devem favorecer a terapêutica, em última análise o indivíduo e sua saúde singular pois é a única que há.

[13] Retomamos aqui o conceito de saúde que desenvolvemos em nossa pesquisa de mestrado: “Entendemos saúde como a capacidade que um indivíduo, entendido como unidade somatopsíquica, conquistou ao longo do seu desenvolvimento de ser criativo e normativo, de sentir-se e mostrar-se autêntico e potente frente à vida, apesar dos constrangimentos inerentes ao viver, inclusive o adoecimento. Nesta redefinição, o próprio indivíduo torna-se o ponto de referência de sua saúde.” (Lessa, 2008, p. 90).

Capítulo 1: Reformando a sociedade: encontros e desencontros entre a psiquiatria de Pinel e a Reforma Psiquiátrica brasileira

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira historicamente se distingue de Pinel e de seus sucessores por denunciar e descontruir as práticas moralistas da Psiquiatria. O termo "manicômio"[14] usado pela Reforma condensa em uma palavra-símbolo o conjunto de valores que legitimam a Psiquiatria a agir como polícia moral, e determinar, em certas circunstâncias, quem pode ou não conviver em sociedade e quais comportamentos são saudáveis ou não do ponto da sanidade mental. O argumento de Esquirol, discípulo e continuador da obra de Pinel, de que a internação é necessária para proteger o louco de si mesmo e/ou proteger a coletividade dos desatinos do louco é utilizado ainda hoje para justificar internações involuntárias, ou seja, contra a vontade do paciente. Nesse sentido, a Reforma brasileira se organiza como um conjunto de valores que se contrapõe ao manicômio, e visa superá-lo. Para tanto, propõe tomar o indivíduo louco como pessoa de direto, um cidadão que se beneficiará quanto mais seus cuidados à saúde acontecerem em liberdade; incluindo e valorizando em seu tratamento suas relações interpessoais e sentimento de pertencimento a um determinado espaço geográfico; e propõe ainda substituir o hospital psiquiátrico por uma rede ampla de equipamentos de saúde, assistência social, cultura, lazer e trabalho.

Os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira são reformar a cultura, o senso comum, que historicamente exclui e isola o louco; e implementar uma ampla e diversa rede de cuidados à saúde que substitua o hospital psiquiátrico como *locus* privilegiado de tratamento para o louco e favoreça sua inserção social com garantias

---

[14] Manicômio designa o hospital psiquiátrico de custódia, uma instituição do sistema carcerário destinada a indivíduos que cometeram crimes e foram considerados pela Justiça incapazes de responder penalmente pelos seus atos em virtude do agravo de uma doença mental no momento do crime. O indivíduo internado em um manicômio não está propriamente cumprindo uma pena em regime fechado, mas perde sua liberdade em nome da proteção da sua saúde e da segurança de terceiros, e da garantia de condições objetivas para que seja tratado. Na prática, é o que acontece em qualquer internação involuntária em qualquer hospital psiquiátrico. Ao utilizarem o termo manicômio para se referirem a qualquer hospital psiquiátrico, os reformistas brasileiros querem dar ênfase ao poder que a Psiquiatria detém, sob argumentos sanitários, de decidir sobre o direito à liberdade de ir e vir de um indivíduo.

de direitos e pleno gozo de sua cidadania. Segundo esse ponto de vista, a sociedade é hostil ao louco enquanto seguir tomando-o, sempre e necessariamente, como perigoso e incapaz e imaginar que o melhor para si é bani-lo do convívio social como forma de se proteger da suposta inconteste periculosidade do louco e garantir a este um tratamento adequado, que caso seja exitoso, proporcionará a ele uma nova chance de viver em sociedade.

Por caminhos distintos, Pinel também imagina que a sociedade é danosa ao louco. Na perspectiva do alienista francês, o contexto em que um individuo vive pode enfraquecer sua capacidade moral de julgamento, sua razão, e favorecer as paixões que não mais refreadas por um espírito racional e moral causa um tal estado de desordem – as manias – que o indivíduo perde o juízo, a soberania sobre seus atos, e se torna alienado. Pinel chama esse complexo quadro de alienação mental.

A proposta terapêutica de Pinel visa reestabelecer as capacidades de julgamento do indivíduo para que ele possa retornar ao convívio social e a uma vida produtiva. Para tanto, é necessário antes que o alienado seja retirado do ambiente que causou ou favoreceu a ocorrência da alienação mental. Para esse intento, o hospital se torna fundamental. Lá, Pinel pode proteger o doente das más influências ambientais; pode observar e classificar os fenômenos manifestados pelo doente; organizar uma rotina que favoreça a adoção de novos hábitos; e aplicar a sua terapêutica: o tratamento moral.

O objetivo final de Pinel é o retorno do alienado ao convívio social. O isolamento é uma condição necessária para o tratamento e não um fim em si mesmo. Tanto Pinel quanto os reformistas brasileiros querem o retorno do louco à sociedade, querem reintegrá-lo. A pergunta é reintegrá-lo a quê? Responderemos a essa pergunta no terceiro capítulo seguindo a reforma da metapsicologia das psicoses proposta por André Martins. Por ora, nosso objetivo é demonstrar que tanto Pinel quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira, a despeito de suas muitas diferenças, compartilham, ao menos, um ponto comum: a sociedade representa risco para o louco e paradoxalmente é melhor para ele viver em sociedade.

Enquanto a Reforma parece propor que a sociedade se adapte às idiossincrasias do louco, reconhecendo-o como cidadão e criando modos de convivência, Pinel centra esforços no indivíduo. Este precisa ser reabilitado para retornar ao convívio dos ditos sãos.

Esta coincidência entre Pinel e as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira nos chama a atenção e nos convida a refletir se o que está em jogo não é propriamente uma concordância com a ideia implícita de que existe uma adaptação – seja do indivíduo louco ou da sociedade – que permitirá a convivência ora entre iguais, ora entre diferentes. A ênfase nas duas perspectivas é no social e não no individuo louco, no seu sofrimento, nas origens da sua loucura e no que provavelmente é inconciliável entre a loucura e qualquer ideal social. Dito de outra maneira, nos parece que Pinel e os reformistas brasileiros pensam conteúdos diferentes, mas sob os mesmos moldes metafísicos de pensar – entenda-se uma imaginação que escamoteia a realidade em prol de um ideal –, idealizam um funcionamento social, um modelo de sociedade, em que o louco caiba, mas caiba na medida em que corresponde àquilo que a sociedade espera dele.

Certamente a idealização implícita nas propostas da Reforma é mais ampla e inclusiva em comparação com o ideal pineliano, mas nem por isso mais real, ou em outros termos, adequada. Nos questionamos se é suficiente reformar os conteúdos daquilo que pensamos acerca da loucura e do louco ou se nos seria mais favorável reformar o modo de pensar como propõem Spinoza e Martins.

Ao longo deste capítulo, vamos apresentar a ênfase que tanto Pinel quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira dão ao convívio social e à inserção do louco na sociedade tendo como ponto comum a ideia de que a condição para o louco ser recebido pela sociedade é tornar-se um cidadão.

1.1 Uma breve apresentação de Philippe Pinel

Philippe Pinel (1745-1826) foi um dos médicos mais influentes do século XVIII e início do século XIX na Europa. Ele é reconhecido como o fundador da Psiquiatria, chamada por ele, à época, de Alienismo, e por ter introduzido reformas radicais no tratamento de pessoas consideradas loucas. O impacto da obra de Pinel na Medicina e na cultura são imensos. A noção de especialidade médica, sendo a Psiquiatria a primeira, a modificação do ensino médico com a criação do internato e residência médica, a transformação do hospital em instituição médica[15] com o

[15] Cabe ressaltar que até o final do século XVIII, no Ocidente, a palavra “hospital” não designava o lugar onde são oferecidos serviços médicos, em especial, internações. Até então, hospital estava ligado, no sentido comum, à sua origem etimológica, o substantivo latino *hospes*, que dá origem a

objetivo de promover o tratamento de doenças, são algumas das contribuições do alienista francês. Sua forma de descrever a loucura como doença, a difusão de suas teses e métodos, as homenagens que recebeu, especialmente a pós a morte, tornaram seu sobrenome, no senso comum, sinônimo de hospital psiquiátrico e adjetivo que indica que uma pessoa está louca. Philippe Pinel é um fenômeno *pop* com repercussões na cultura, Medicina e políticas públicas.

Pinel nasceu em 20 de abril de 1745 em Saint-André, na França, estudou medicina na Faculdade de Medicina de Montpellier, doutorou-se pela Escola de Medicina de Toulouse e depois se mudou para Paris, onde trabalhou como assistente de anatomia. Em 1778, estabelecido em Paris, atuou, segundo Teixeira (2019), como médico, tradutor e tutor de filhos de famílias ricas da cidade. Não é possível afirmar com certeza, mas provavelmente nessa época Pinel teve contato com o Hospital Geral de Paris, instituição jurídico-política, não médica[16], formada por diversas unidades[17], administrada pela Igreja Católica, que tinha como objetivo retirar de circulação indivíduos considerados desajustados, desviantes da ordem social (Foucault, 1989). Não era uma instituição para quem havia cometido crime, mas destinada àqueles que perturbavam a ordem pública e não participava da vida social segundo a moral vigente – com forte concepção produtivista. Dessa forma, mendigos, bêbados, loucos, prostitutas, baderneiros poderiam ser recolhidos as suas unidades sem passarem pelos ritos judiciários tipos de uma prisão ou

---

palavras como hospede, hospedagem e hospedaria e hospital. Os hospitais na Europa medieval e nos primeiros séculos da Modernidade eram instituições religiosas de abrigo, e em nada se relacionavam com assistência à saúde ou à medicina. A prática médica era essencialmente domiciliar. Um exemplo divertido dessa época pré-hospitalar da medicina pode ser apreciado na peça *O Doente Imaginário* escrito por Molière.

[16] Quando dizemos que o Hospital Geral de Paris não era uma instituição médica, queremos ressaltar que o objetivo daquela instituição não era o tratamento de doentes e suas enfermidades, ainda que, eventualmente, alguns internos doentes fossem submetidos a tratamentos médicos. O principal espaço de internação de doentes, segundo um modelo mais próximo do que contemporaneamente entendemos por hospital médico, era o Hôtel-Dieu. Lá, doentes de toda sorte, incluindo os loucos – que até Pinel não eram considerados enfermos, pois a loucura não tinha o estatuto de doença – eram internados e recebiam assistência médica e religiosa. Cabe notar que o recolhimento de loucos ao Hospital Geral ou ao Hôtel-Dieu não obedecia a nenhuma racionalidade médico-diagnóstica, mas ao modo como o comportamento do indivíduo considerado louco era interpretado socialmente e o grau de tolerância da família, sociedade e autoridades locais ao seu livre trânsito pela cidade e seu comportamento.

[17] Outros hospitais já existentes foram reunidos por um decreto real em 1656 formando o Hospital Geral de Paris. O Grande e o Pequeno Pitié, Saint-Lazare, lês Petites Maisons, Bicêtre e Salpêtrière são exemplos de instituições que foram reunidas e se tornaram unidades do Hospital Geral. Dessa forma, cabe compreender que o Hospital Geral de Paris não é um lugar, mas uma organização burocrático administrativa subordinada a Coroa e gerida pela Igreja.

condenação judicial[18]. Foucault (1989) chama essa prática sistemática de recolhimento dos desviantes da norma social de A Grande Internação ou Grande Encarceramento. Ainda que não fosse uma instituição médica voltada para o tratamento de doenças, médicos eram chamados ao Hospital Geral para tratar pontualmente de problemas de saúde dos internos. E é possível que Pinel tenha sido um desses médicos e que essa experiência tenha contribuído para sua percepção de que o Hospital Geral era um instrumento de poder da monarquia tal qual a Bastilha. Essa inferência se apoia no fato histórico de que Pinel foi um simpatizante do movimento revolucionário, colaborou com este e em 1791, em plena ebulição da Revolução Francesa, o Comitê Revolucionário o nomeou médico-chefe de Bicêtre e em 1795 de Salpêtrière, duas unidades do Hospital Geral de Paris.[19]

Cabe aqui uma digressão para notarmos um dos elementos de influência da cultura francesa e mais tarde do alienismo de Pinel em nossa própria cultura. A ideia de recolher "desajustados" circula na cultura brasileira há muito e de diversas formas. Em 1835, o médico José Francisco Xavier Sigaud publicou o artigo "Reflexões acerca do trânsito livre de doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro" em que defendia a ação do Estado, via Medicina, para resolver os transtornos que os "doidos" produziam na ordem pública (Amarante, 2017). Durante a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016 realizados na cidade do Rio de Janeiro, a Prefeitura da cidade promoveu ações conjuntas entre as secretarias de Ordem Pública e Assistência Social com o objetivo de oferecer abrigo temporário às pessoas em situação de rua. As matérias jornalísticas da época – ao logo da preparação da cidade para os eventos – e o estudo realizado por Silva (2013) mostram que seja em nome da ordem pública ou da assistência aos ditos

[18] Castel em A Ordem Psiquiátrica: a idade de outro do alienismo descreve os mecanismos jurídicos e administrativos que permitiam e davam legalidade ao recolhimento de pessoas não acusadas de crime. Uma versão mais suscinta pode ser encontrada no artigo de Teixeira (2019).

[19] Amarante (2007, p.33) afirma que Pinel foi "deputado eleito da Assembleia Nacional Constituinte que elaborou a primeira constituição democrática republicana". Entretanto, não encontramos suporte a esta afirmação nas fontes primárias. Philippe Pinel não figura em nenhuma lista de deputados dos corpos legislativos revolucionários franceses. Por exemplo, a base de dados oficial da Assembleia Nacional (que cataloga todos os parlamentares franceses desde 1789) não inclui o nome de Philippe Pinel entre os membros da Assembleia Nacional Constituinte (1789–1791), da Legislativa (1791–1792) ou da Convenção Nacional (1792–1795). Na lista alfabética de deputados da Convenção, o único sobrenome "Pinel" registrado é de Pierre Louis Pinel, nascido em 1761, representando o departamento da Manche 4. É possível que Amarante tenha sido levado ao erro por conta da coincidência do sobrenome.

vulneráveis o desfecho mais comum é o recolhimento a alguma instituição, bem ao estilo da época do Hospital Geral de Paris.

Durante sua carreira, Pinel introduziu muitas reformas no tratamento de pessoas com os, hoje, chamados transtornos mentais. Em 1793, ele introduz a reforma médica em Bicêtre, convertendo aquela unidade em uma instituição médica para o tratamento de indivíduos considerados loucos, que Pinel chamaria de alienados, ou seja, pessoas que sofrem de uma doença: alienação mental. As célebres cenas de Pinel libertando os loucos das correntes de Bicêtre e Salpêtrière retratadas respectivamente por Charles Louis Lucien Muller e Tony Robert-Fleury, segundo Oda e Dalgalarrondo (2006), provavelmente não aconteceram efetivamente visto que os quadros foram pintados após a morte de Pinel e, de certa forma, servem menos como documento histórico e mais como propaganda da imagem de Pinel como grande humanista.

Em 1795, Pinel foi nomeado médico-chefe do Hospital Salpêtrière em Paris, onde continuou suas reformas. Ele separou pacientes com transtornos mentais dos criminosos e melhorou as condições de vida e tratamento deles. Ele também introduziu novos métodos de tratamento, como a terapia ocupacional, que envolvia os pacientes em atividades físicas e criativas.

Pinel também fez importantes contribuições teóricas para a psiquiatria. Em 1798, ele publicou um tratado intitulado "Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental", no qual ele propôs uma classificação dos distúrbios mentais com base em suas causas e sintomas. Ele também defendeu que os distúrbios mentais eram doenças físicas e morais e não castigos divinos ou possessões demoníacas.

Além disso, Pinel influenciou muitos outros médicos e psiquiatras em todo o mundo. Suas reformas no tratamento de pacientes com transtornos mentais foram seguidas em outros países, incluindo a Inglaterra e os Estados Unidos. Seu trabalho ajudou a reduzir o estigma em relação às doenças mentais e a melhorar o tratamento desses pacientes.

No final de sua vida, Pinel recebeu muitas homenagens por seu trabalho. Ele foi nomeado membro da Academia de Ciências da França e da Academia Real de Medicina da Inglaterra. Ele também recebeu a Legião de Honra, a mais alta honraria civil da França.

1.2 O Alienismo de Pinel

No Ocidente, historicamente a loucura foi interpretada à luz do misticismo religioso e dos interesses das monarquias absolutistas. Foucault (1989) e Amarante (2007) apresentam o panorama histórico da percepção social da loucura da Idade Média à Modernidade, da loucura como possessão demoníaca, passando pelo desvio social até tornar-se objeto da Medicina e da ciência.

Pinel inaugurou um capítulo completamente novo na história da loucura ao interpretá-la a partir dos pressupostos iluministas e da ascensão da ciência como modo legítimo de produção de conhecimento. Esta transformação seria impossível sem a Revolução Francesa, da qual Pinel foi entusiasta e participe, e a queda do *Ancien Régime*. A substituição da monarquia pela República produziu a separação entre Igreja e Estado e a decadência das explicações religiosas sobre os fenômenos naturais, sociais e políticos. A partir de então, o modo de interrogar a natureza passou a envolver a ciência, e em especial, seu método de observação, classificação dos fenômenos e universalização da explicação do funcionamento dos fenômenos observados. Dito de outro modo, um objeto observado repetidas vezes sob as mesmas condições deve apresentar, do ponto de vista do observador, uma espécie de estabilidade de suas propriedades e funcionamento. Em síntese, a verdade não mais seria revelada por Deus, mas pelo engenho humano e aplicação adequada da técnica.

Em seu *Tratado Médico-filosófico Sobre a Alienação Mental ou Mania*, Pinel (2007) busca esclarecer o leitor sobre seu rigor científico já na introdução da obra. E ao elogiar a intuição, segundo ele, correta dos gregos antigos sobre o espírito humano adverte que esta foi desvirtuada pelo empirismo dos primeiros médicos que, sem o método adequado de observação, produziram correlações entre fenômenos e inferências que, se adequadas para um ou outro caso particular, em nada eram úteis para compreender a verdadeira natureza daquilo que Pinel chamou de alienação mental.

> O exemplo e os erros dos tempos passados, os caminhos equivocados trilhados e a progressão metódica e regular seguida por todas as ramificações da história natural impõem atualmente que se retorne a mania sob o olhar da observação, abandonado durante tantos séculos; é sob tal perspectiva que publico esta obra, a qual reclama igualmente novos progressos a serem feitos na história geral do espírito humano e na ciência médica. (Pinel, 2007, p. 45).

Como vemos Pinel tinha a ambição de impactar a Medicina e a cultura. Não há dúvidas de que foi exitoso. Como já afirmamos anteriormente, o nome do alienista francês é no senso comum sinônimo de hospital psiquiátrico e de louco. E em termos científicos e médicos, sua contribuição é enorme. Pinel inventa um novo objeto para a Medicina, a loucura, e a um só golpe inaugura uma nova especialidade médica, o Alienismo. A sua obstinação em fazer ciência o levou a interrogar a loucura com o mesmo rigor e ferramentas que a medicina da época lidava com outros objetos. A medicina anátomo-clínica e a compreensão advinda do pensamento higiênico[20] – que mais tarde formaria a medicina social – de que o modo como uma comunidade vive tem impacto na saúde coletiva e individual levaram Pinel a conceber a alienação mental como uma doença em parte física, em parte moral. Esta dupla origem da doença é uma questão central para compreender as propostas teóricas do alienista francês que precisou criar em um só golpe uma nova ciência cujo objeto é a alienação mental e uma clínica médica específica cujo a terapêutica possibilitasse o alienado a recobrar a razão, o tratamento moral.

1.2.1 A alienação mental e suas origens

Pinel compreende a alienação mental como o resultado de uma predisposição física combinada com ambiente moralmente degradado que leva o individuo a ceder às paixões em detrimento da razão. Nesta perspectiva, as paixões rebaixam o indivíduo humano a uma condição natural, entenda-se animalesca, anti-civilizatória. Esses afetos intensos – as paixões – impedem o pleno exercício do livre-arbítrio que somente indivíduos e sociedades “civilizadas”, sujeitos da razão, são capazes de experimentar.

Vemos aqui elementos da moral metafisica que abordaremos nos próximos capítulos. Por ora, nos basta ressaltar o modo colonial e preconceituoso de pensar que está nas origens das ideias de Pinel, e de maneira mais ampla, no próprio espírito da época. Pinel e Esquirol procuraram estabelecer uma correlação estatística entre alienação mental e fraqueza moral. Para tanto, utilizaram inquéritos estatísticos acerca de internos de diversos hospitais pelo mundo. Há que notar que aquilo que Pinel e Esquirol tomavam por mundo era na verdade uma seleção de

[20] Sobre esses dois temas recomendamos a leitura de “O Nascimento da Clínica” de Michel Foucault e “Da Polícia Médica à Medicina Social” de George Rosen.

países com população, economia e regime político parecidos com a França. Para Pinel, investigar o espírito humano era se debruçar sobre o modo de vida dos homens, brancos, burgueses da Europa ocidental e dos Estados Unidos. Estes são na concepção do alienista francês povos e países civilizados, culturas que superaram a condição *in natura* e perniciosa de povos bárbaros e primitivos. Birman (1978, p. 83) descreve bem o estranho salto que Pinel e Esquirol dão ao universalizar como experiência com a loucura aquilo que foi vívido por indivíduos de grupos mais ou menos homogêneos:

> Que inquéritos eram estes? Esta constatação é formulada baseando-se Esquirol em investigações realizadas em vários países **civilizados**[21]: França, Inglaterra e estados Unidos.
> Na França, são as pesquisas de Esquirol na Salpêtrière, Bicêtre e Charenton, assim como as de Pinel registradas num trabalho apresentado em 1807, que levaram a essas confirmações. Um levantamento realizado na Pensylvania, por Rush, em 1812, mostrava que a grande maioria dos alienados assim se tornavam após 'afecções morais'. Tuke, criador e diretor da 'York Retrat', localizada próxima a York na Inglaterra, chagara às mesmas conclusões. Estes diversos achados, retirados em diferentes lugares e tempos, permitiriam a universalidade destas constatações, pois 'enfim, é o que foi observado em toda parte, porque o homem é o mesmo em toda parte. (Esquirol 1838, p.62 *apud* Birman, 1978, p. 83).

E este chocante pressuposto de que o humano é um determinado homem elevado à condição de universal, em realidade uma idealização de universalidade, encontra outro pressuposto não menos questionável: de que a moral é universal. Apesar do termo moral perpassar toda a obra de Pinel, e em certos aspectos se confundir com a própria, o autor em momento algum define o que está chamando de moral. Trata o termo como de compreensão automática e inequívoca. Ou seja, o modo de vida da sociedade francesa urbana pós-revolução, seus valores do que é certo e errado, as expectativas sociais e familiares acerca do papel que os indivíduos exercerão na sociedade são tomados como naturais, inquestionáveis, tanto que Pinel buscará inicialmente não na cultura, mas nas ciências naturais, na fisiologia da época, as explicações somáticas acerca da alienação mental. A despeito de conceber a alienação mental como uma doença em parte física, em parte moral, Pinel buscou construir uma história natural da loucura.

Pinel procurou no trabalho de Sir Alexander Crichton, médico escocês que publicou, em 1798, o livro *An Inquiry Into The Nature And Origin Of Mental*

[21] O destaque é nosso.

Derangement, os fundamentos para suas explicações somáticas acerca da alienação mental. No livro, Crichton apresenta os efeitos das paixões humanas na fisiologia dos indivíduos e como isto impacta o comportamento. Porém, Pinel apesar de elogioso em relação à obra a considera um passo atrás do que está por revelar ao mundo acerca da alienação mental. Pinel (2007, p. 57) elogia o trabalho de Crichton da seguinte forma: “obra profundamente rica de resultados novos quanto à observação, de acordo com os princípios da fisiologia moderna, porém mais consagrada aos conhecimentos preliminares da alienação mental do que própria para aprofundar a história e o tratamento desta doença”.

Pinel (2007, p. 53) argumenta que os estudos do escocês reduzem as paixões humanas a “simples fenômenos da economia animal[22], sem ideia alguma de moralidade ou imoralidade[...]”. O francês concorda que experiências de fome, sede, medo ou prazer, por exemplo, podem modificar a conduta de um indivíduo. Alguém com medo pode se tornar mais recluso ou agressivo; com fome pode agir de modo mais corajoso em busca de saciar sua necessidade, coragem que não costuma experimentar quando satisfeito; ou ainda o cessar de uma atividade penosa, em geral, produz nos indivíduos prazer e relaxamento. Entretanto, as modificações descritas por Crichton são, segundo Pinel (2007), comuns ao homem civilizado e ao selvagem, logo não ajudam a explicar a dimensão moral da doença, o enfraquecimento da vontade ante ao dever. Pinel imagina o indivíduo saudável como aquele capaz de fazer o que deve e não o que deseja. A sanidade está em realizar no âmbito das relações sociais o que é esperado, o que a sociedade espera do indivíduo e o que este dela espera. A quebra desse pacto por parte da sociedade é uma questão de justiça e por parte do indivíduo de tratamento. Dito de outra forma, um individuo é são e livre enquanto continuar fazendo racional e livremente, seguindo seu livre arbítrio, aquilo que dele se espera, do contrário, está tomado por desejos suscitados por paixões que afetam a capacidade de julgar e agir da forma correta. Correta para quem e em que sentido, nos perguntamos.

Para o alienista francês, a origem da alienação mental não pode ser explicada sem a compreensão do papel das paixões na conduta humana. Novamente, Pinel,

---

[22] A economia animal é um termo da fisiologia do século XVIII que se referia ao estudo do corpo dos animais (incluindo o ser humano) sob uma perspectiva que analogamente o comparava a uma máquina ou a um sistema econômico. A ideia central era entender como as diversas partes do corpo interagiam para manter a vida e a saúde, de forma semelhante a como os diferentes setores de uma economia funcionam para garantir a prosperidade.

em uma nota de rodapé, recorre a Crighton para explicar o que são as paixões e distingui-las de outras afecções que o indivíduo pode experimentar, como por exemplo, a fome ou a sede. Nas palavras de Pinel:

> Quando nossos desejos primitivos, ou nossas aversões experimentam obstáculos ou não são absolutamente satisfeitos, diz Crighton, nascem novos desejos ou aversões que são acompanhadas por um sentimento doloroso ou agradável e que são absolutamente distintos daqueles que deram origem aos desejos primitivos. Experimenta-se o sentimento desses últimos na região pré-cortical, e eles são algumas vezes tão potentes que destruirão todas as operações de uma fria razão, levando o homem ao mais alto grau de agitação e de perturbação. Esses novos desejos são caracterizados por um sentimento agradável ou potente na região pré-cortical, sendo denominados paixões. O desejo primitivo ou a aversão são distintos das paixões pela diferença da sede do sentimento físico; o desejo da alimentação é acompanhado de uma sensação desagradável no estômago, que chamamos fome; o desejo da bebida remete para um sentimento desagradável que tem sua localização na boca e na garganta. Mas por mais violentos que possam ser esses desejos, não produzem jamais o sentimento particular de uma paixão, a menos que haja uma combinação de ambos, como quando o homem privado da comida acaba por temer a morte. (Pinel, 2007, nota de rodapé nº. 05, p. 54).

Como vemos na citação acima, Pinel procura uma distinção fisiológica das paixões em relação às afecções de todo tipo, que o autor chama de “desejos primitivos” para definir as primeiras. As paixões são definidas como sentimentos intensos que ocorrem quando “desejos primitivos” ou aversões, que o autor imagina como naturais e universais, não encontram satisfação. A localização anatômica das paixões, no encéfalo, mais exatamente na região pré-cortical, ou córtex pré-frontal, ajuda a compreender o efeito perturbador das paixões na fisiologia do encéfalo, e a consequente modificação da conduta do indivíduo[23]. É notável como Pinel procura uma explicação fisiológica, ainda que insuficiente segundo ele próprio, para a compreensão moral das paixões. Para ele, a fome não se confundiria jamais com a gula. A primeira é um desejo primitivo que busca saciedade por conta de dispositivos fisiológicos que buscam manter e perpetuar a vida. Está no campo exclusivo da biologia e sua localização anatômica é no estomago. Já a gula é um desejo

[23] O córtex pré-frontal desempenha importante papel na volição ou vontade. O planejamento e a execução de ações, a capacidade de atenção e o comportamento de modo geral são impactados pela qualidade e saúde dessa região do encéfalo. Essa descoberta está na base de uma das transformações que a Psiquiatria passou ao longo da sua história. No final do século 19, a Psiquiatria se tornou uma especialidade cirúrgica fortemente influenciada pela psiquiatria biológica de Emil Kraepelin e a escola alemã. A lobotomia foi adotada como parte do tratamento das doenças mentais exatamente por lesionar o córtex pré-frontal e produzir modificações no comportamento dos pacientes. (Masieiro, 2003)

secundário, fruto de uma fraqueza moral, que extrapola a nutrição e a necessidade, é um exagero da função nutricional em decorrência em parte de uma moral débil, pois o indivíduo deveria saber comer com moderação, em parte física, resultado de uma alteração neurofisiológica.

Em outra passagem, Pinel parece indicar que a etiologia moral da alienação mental é anterior às transformações neurofisiológicas a que o indivíduo está suscetível. Da mesma forma como podemos falar hoje em predisposição genética para algumas doenças, Pinel parece pensar analogamente em relação à moral. Alguns indivíduos teriam uma sensibilidade especial que favoreceria as paixões em detrimento da razão. Essa característica pessoal e singular ao encontrar um ambiente propicio se manifestaria, tal qual numa explicação epigenética, porém em termos morais. Nas palavras do autor: “uma sensibilidade moral levada ao excesso torna tão insuportável os sofrimentos mais leves quanto as menores privações do prazer, e daí vêm a extrema vivacidade dos desejos e as paixões mais violentas, caso se lhes coloque um obstáculo” (Pinel, 2007, p. 54). Ou seja, as paixões surgem como efeito neurofisiológico de uma falta de retidão moral, de uma força de vontade que falhou. Nesse contexto, as paixões não são as causas primárias da alienação mental, mas uma espécie de combustível da fogueira da loucura, enquanto a debilidade moral é o comburente. Aqui está o motivo para Pinel propor um tratamento que reestabeleça e fortaleça as qualidades morais do paciente, o tratamento moral.

Nossa interpretação acerca da maneira como Pinel compreende as paixões parece encontrar eco na síntese que Birman (1978, p.92) faz em seu *Psiquiatria Como Discurso da Moralidade* em que afirma que “as paixões seriam caracterizadas como afetos intensos, dolorosos para o sujeito, que não obedeceriam às interdições da vontade”. É esta vontade compreendida como a capacidade intelectual aliada à força moral que distingue com clareza o certo e o errado que precisará ser cuidada por um alienista competente tecnicamente, moralmente superior ao paciente e gentil. Tomando a vontade como aquilo que diferencia os humanos dos demais animais e as qualidades morais aliadas à vontade como o que distingue os homens entre si, Pinel propõe uma espécie de psicoeducação como forma de reeducar moralmente o paciente e assim permitir que este volte ao convívio social. Birman (1978) apresenta como os primeiros alienistas compreendem à vontade e como esta desempenha papel central na sociabilidade.

> Faculdade definidora da própria humanidade do sujeito, seria ela a falta fundamental dos idiotas, indivíduos caóticos e quase animalizados pela inexistência deste poder controlador. Não seria toda a vontade que faltaria na Idiotia, mas os dois segmentos superiores desta, possibilitadores do humano: a *vontade intelectual* e a *vontade moral*. A primeira seria impulsionadora do sujeito para as atividades do pensamento, e a segunda seria a que impulsionaria para as relações sociais. (Birman, 1978, p.93, grifos do autor).

Vemos no trecho acima, uma espécie de teoria implícita da volição que compreende o impulso, a inclinação a algo, como comum a todos os indivíduos, saudáveis e alienados. Nestes últimos, faltaria o que o autor chamou de segmentos superiores da vontade, ou seja: a) os elementos intelectuais e racionais que produziriam um juízo quanto à adequação do atendimento à pressão exercida pelo impulso – devo ou não ceder ao impulso; e b) a execução ao não da ação que satisfaz o impulso considerando o contexto em que ela se daria. Dessa forma, o homem razoado seria capaz de distinguir entre o que deve sempre ser impedido pela vontade, o que pode ser permitido em privado e o que pode ser admitido socialmente. É esta complexa capacidade de julgar e agir moralmente que Pinel visa reestabelecer em seus pacientes com seu tratamento moral. E é a este tópico que passamos agora a nos debruçar.

1.2.2 O tratamento moral

O tratamento moral é menos um conjunto organizado de procedimentos prescritos pelo médico ao paciente e mais um modo de convivência entre o alienista e o alienado. O termo tratamento neste caso pode equivocadamente sugerir uma ênfase nas atividades desenvolvidas pelo médico e a que o paciente se submete. Quando falamos da medicina mental de Pinel, o remédio é o próprio médico, mas não qualquer um. Não basta conhecer a teoria que sustenta a terapêutica, é preciso encarná-la. No alienismo, o médico só tem poderes curativos quando ele próprio é um modelo de moral ilibada e pode exercer sob o paciente uma influência positiva baseada no exemplo e na sua superioridade moral. Diferente do exemplo do antibiótico, a eficácia do tratamento não está nas propriedades físico-químicas do remédio ou na técnica aplicada, mas sim no agente promotor do tratamento. É a influência do médico que cura e para tanto será necessário que este conviva o máximo possível com o alienado.

Inspirados por Birman[24] (1978), podemos dizer que o tratamento moral tem três dimensões operativas: (i) as práticas físicas, (ii) as práticas higiênicas, e (iii) as práticas morais. As práticas físicas consistiam em ações voltadas ao corpo do paciente de modo que pela via corporal se produzissem modificações em seu estado de ânimo. Por exemplo, um paciente em fase aguda de mania poderia ter exercícios físicos prescritos pelo médico com o objetivo expurgar as paixões que excitavam o paciente. Cansar o corpo seria uma forma de domar os impulsos maníacos e aquebrantar as paixões que estão na origem do comportamento do paciente. Banhos gelados eram indicados para alienados que experimentavam excitações sexuais pela mesma razão. A praxiterapia, o trabalho repetitivo, tinha por objetivo diminuir a profusão de ideias que alguns doentes tinham. A insana criatividade daqueles loucos deveria dar lugar a pensamentos pragmáticos e úteis. Como vemos, as práticas físicas não constituem um tratamento à parte, mas uma via corporal de transformação da vontade. O mesmo pode ser afirmado quanto às práticas higiênicas que consistiam na manipulação do ambiente de acordo com as necessidades de intervenção prescritas pelo alienista. A organização da rotina dos internos, a dieta nutricional dispensada a cada um, o controle da temperatura dos espaços, a quantidade de atividade física, o tipo de roupa que os pacientes podiam usar, e tantas outras coisas genéricas que procuravam criar um ambiente disciplinado e estável, nem rigoroso demais que produzisse demasiada resistência dos pacientes, nem frouxo a ponto de ser indulgente com as falhas morais dos alienados. A higiene ou disciplina representa um modo indireto de educação moral dos doentes, visa estabelecer um ambiente propicio à restauração da razão e ao mesmo tempo infértil para as paixões. Por sua vez, as práticas morais tinham por objetivo uma ação direta sobre as paixões experimentadas pelo alienado e consistiam em repreendê-los quanto a comportamentos considerados inadequados, rebater o conteúdo das ideias dos pacientes e convencê-los a adotar princípios e práticas moralmente adequados. Esquirol, discípulo e sistematizador do pensamento de Pinel, sintetiza o tratamento moral da seguinte forma: “tudo o que possa agir

[24] A organização das dimensões operativas do tratamento moral como aqui apresentada é nossa. Birman afirma que Psiquiatria nascente com Pinel e Esquirol tinha três modos distintos de tratamento: físico, moral e higiênico. E argumenta que os tratamentos físicos e higiênicos eram coadjuvantes do tratamento moral, formando uma espécie de tratamento moral ampliado. Dessa forma, preferimos adotar os três modos de tratamento citados por Birman como aspectos concorrentes de um único modelo terapêutico, o tratamento moral.

sobre o cérebro, direta ou indiretamente, e modificar nosso ser pensante, tudo o que possa dominar e dirigir as paixões, será objeto do tratamento moral." (Esquirol[25], 1838, p.119 *apud* Birman, 1978, p.335)

Por sua vez, Pinel (2007) em uma passagem pessoal em que descreve as dificuldades do seu trabalho em Bicêtre expõe a importância das condições materiais do hospital para o tratamento dos alienados. Da mesma forma que os aspectos físicos e higiênicos do tratamento potencializam o efeito moral da terapêutica, condições desfavoráveis constituem um obstáculo ao exercício do Alienismo.

> A administração dos hospitais civis de Paris abriu-me uma carreira mais livre, no II ano da república, por minha nomeação ao cargo de médico-chefe da casa nacional de Bicêtre, no qual me mantive durante dois anos. Tudo pendia para que eu me voltasse quase exclusivamente para o tratamento moral, a fim de suprir as desvantagens do local e da disposição do hospício, não menos que os obstáculos oriundo da instabilidade e das trocas sucessivas da administração; de um lado, o interior do hospício muito fechado e próprio a fazer experimentar o frio intenso do inverno e o calor ardente do verão; celas semelhantes às tocas de animais, privação total de banhos, apesar de minhas solicitações reiteradas; inexistência de um lugar espaçoso e sombreado para entregar os alienados a trabalhos de cultivo ou a exercícios variados, impossibilidade de distribui-los em diversas classes, isolando-os de acordo com as variedades e a intensidade da mania, etc. (Pinel, 2007, p. 104).

Nesse trecho, Pinel condensa os princípios do Alienismo que mais tarde Esquirol sistematizou. No momento em que Pinel assume a assistência médica do Hospital Geral de Paris, a administração continuou a cargo de clérigos e demais indivíduos não-médicos. Para o alienista francês, a medicalização do hospital deveria ser completa e radical, isto é, não apenas a assistência médica deveria estar a cargo dos alienistas, mas a própria administração do hospital afim de que todas as decisões administrativas, inclusive reformas arquitetônicas, levassem em consideração os princípios do Alienismo. O hospital deveria ser a um só tempo o espaço de tratamento dos alienados e o laboratório do médico-cientista de modo a isolar o doente das fontes sociais da alienação – ambiente moralmente degradado – e diminuir as variáveis a serem observadas e testadas pelo médico durante o tratamento. O hospital deve, segundo o Alienismo, fornecer um ambiente organizado de modo que os doentes sejam separados por tipo de mania, intensidade da

[25] ESQUIROL, J. E. D. De la folie. **Des maladies mentales**. Paris: J. B Baillière, 1838, 2 vols, p. 119.

manifestação dos sintomas e grau de periculosidade. Os espaços devem permitir o emprego das práticas físicas e higiênicas de modo a favorecer a reeducação moral dos pacientes. O hospital medicalizado idealizado por Pinel deveria ser um espaço civilizado para dar conta do proposito civilizador do tratamento moral. Nenhuma violência contra os pacientes poderia ser tolerada. Qualquer forma de maus tratos seria na prática uma violação dos princípios da República e uma aliança com a doença. Quanto mais os internos fossem tratados como animais, mais animalizados se tornariam e maior seria o esforço do médico para recuperar a civilidade, a racionalidade e a urbanidade dos doentes. O hospital em si mesmo deveria converter-se em instrumento de cura segundo os princípios do Alienismo, isto incluía todo o corpo profissional da instituição que deveria igualmente agir sob os mais altos padrões morais, sem qualquer passionalidade no trato com os pacientes, e com uma racionalidade guiada pelo proposito de restituir à sociedade os doentes uma vez que eles fossem convertidos em cidadãos.

Os elogios que Pinel faz a Jean-Baptiste Pussin dá o panorama geral do que o alienista espera daqueles que se dedicam à assistência aos alienados. Pussin era um funcionário do Hospital Geral de Paris antes do processo de medicalização iniciado por Pinel. Era chefe da polícia interna do Hospital Geral, um cargo que em absolutamente nada tem a ver com a medicina ou enfermagem. Seu trabalho era manter a disciplina entre os internos, e vale recordar, que estamos falando de indivíduos de todo tipo que por alguma razão foram recolhidos ao Hospital Geral como já mencionamos no início deste capítulo. Pussin permaneceu após a chegada de Pinel e o alienista viu naquele homem mais do que um aliado para a implementação do seu tratamento moral, mas um modelo. Pussin dominava a arte de conviver com os alienados. Seus atos continham a medida certa de firmeza moral e amor paterno que Pinel imaginava necessários para a reeducação dos alienados. A presença de Pussin contrabalanceava as condições precárias de que Pinel se queixara anteriormente.

> De outro lado, a vigilância paterna exercida sobre eles [os alienados] pelo chefe da polícia interna do hospício; seus conhecimentos adquiridos por uma longa experiência e por um espirito refletido; a aplicação contínua dos princípios da mais pura filantropia; os cuidados assíduos e conduzidos com habilidade para preparar os alimentos, evitando entre os alienados qualquer motivo de descontentamento e de murmúrios; a disciplina severa para conter as pessoas do serviço e para prevenir todo tratamento maldoso, todo ato de violência; o uso judicioso das vias da brandura e algumas vezes de

> uma rigidez inflexível para se fazer estimar e temer pelos alienados, ou para dominar em certos casos o furor cego e transtornado; em uma palavra, ali estavam os primeiros desenvolvimentos da arte de conduzir os alienados, que deveriam somente, para se tornarem mais fecundos e mais extensos, ser reunidos às leis gerais da economia animal, e às pesquisas dos observadores de todas as épocas. Estabeleceu-se, a partir daí, entre nós dois uma intimidade que não mais se desfez: diálogos frequentes destinados a nos esclarecer mutuamente [...] são os materiais que me servem hoje de base para as regras do tratamento moral. (Pinel, 2007, p. 105).

Passamos agora a examinar os exemplos clínicos apresentados por Pinel em seu Tratado. O alienista procurou demonstrar como a influência de um médico com autoridade moral tem poderes curativos e o seu oposto, a interrupção do tratamento moral pode ter trágicas consequências. Iniciemos por um caso em que Pinel lamenta não ter podido seguir com o tratamento de um jovem. O paciente é um rapaz de vinte e quatro anos que vai a Paris realizar seus estudos em Direito. Pinel (2007, p. 106) ao apresentar o paciente ao leitor faz questão de salientar que o rapaz era dotado de “uma imaginação ardente” e que acreditava “estar destinado pela natureza a desempenhar mais adiante o mais brilhante papel nos tribunais”. O que poderia ser uma mistura de ambição profissional e idealismo típico da juventude se revelou meses depois as bases de sua mania. O rapaz mergulhado em sua rotina de estudos tornou-se recluso, passou a adotar uma tal rigidez nos estudos e na busca por desenvolver suas faculdades morais que Pinel (2007, p.106) descreve seu modo de vida como “regime pitagórico”. Com o tempo sintomas físicos apareceram: dores de cabeça violentas, sangramentos pelo nariz, retraimentos espasmódicos no peito, dores nos intestinos e intensa flatulência. Sintomas que podemos chamar de psicológicos também ocorreram concomitantemente aos físicos: uma alternância entre estados de alegria repentinos e inexplicáveis e estados de tristeza e desespero igualmente inexplicáveis, havia ainda pensamentos hipocondríacos. Pinel conta que em um primeiro momento passear com esse rapaz trazia a este conforto e um frágil retorno a um estado de segurança, mas que rapidamente se extinguia quando retornava ao quarto e aos estudos. Rapidamente os sintomas físicos e psicológicos pioraram e o declínio completo de sua razão se deu após assistir uma peça teatral chamada “O Filósofo Sem Saber”. Segundo Pinel, o rapaz entrou em completo estado de delírio persecutório, acusava o alienista francês de ter fornecido aos atores o conteúdo das conversas que tinham ao logo dos passeios para que estes encenassem uma sátira a seu respeito, afirmava que os atores estiveram

disfarçados de padres no passeio público afim de observá-lo e copiar seus gestos. Em determinado momento, a família do rapaz decide enviá-lo a um outro hospício, Hôtel-Dieu, onde permaneceu por vinte dias para, em seguida, instalar-se na casa do pai. Os sintomas melancólicos se aprofundam, desesperado o rapaz conseguiu burlar a vigilância do único funcionário que o acompanhava e fugiu para um bosque próximo à casa. Lá, provavelmente se perdeu, e por conta de seu estado já debilitado perece, sendo encontrado morto dois dias depois.

Pinel lamenta o ocorrido em uma passagem em que demonstra ao leitor a necessidade de levar o tratamento moral às últimas consequências em nome de curar o paciente. Argumenta que este empreendimento só pode ser levado a cabo por um médico experiente e moralmente superior ao doente em um ambiente adequado ao tratamento. Por fim, esclarece que o objetivo do tratamento é restituir à sociedade os cidadãos que foram sequestrados pela loucura. Nas palavras de Pinel:

> Que vantagem seria ter podido restituir à sociedade um jovem dotado, antes de seus transtornos, das mais estimáveis qualidades, e do qual os princípios exagerados de conduta apressaram a perda! No tratamento de sua mania, estava sob meu poder usar um grande número de remédios; mas o mais potente de todos me faltava, aquele que não se pode encontrar senão em um hospício bem organizado, aquele que consiste na arte de subjugar e de dominar, por assim dizer, o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, esteja apto a exercer sobre ele um irresistível império, e a mudar a cadeia viciosa de suas ideias. (Pinel, 2007, p. 108).

Noutra vinheta clínica, Pinel exemplifica o uso das práticas físicas com a finalidade de convencer o doente a submeter-se “voluntariamente” à ordem moral. Trata-se de um homem, militar da Armada, que após ter sido tratado de modo convencional no Hôtel-Dieu, chega até Pinel para experimentar o tratamento moral. Pinel (2007) conta que o homem chegou em estado de fúria e que nenhum meio brando foi capaz de acalmá-lo. Decidiu-se então pela contenção física. Homem foi levado à sua cela e amarrado firmemente. Enquanto permanecia amarrado seguia agressivo e desrespeitoso com o chefe da polícia interna. Após oito dias amarrado dentro de uma cela, o homem cede e Pinel orgulhosamente relata o desfecho da seguinte forma:

> Oito dias se passaram neste estado violento, parecendo enfim entrever que ele não era senhor de seus caprichos. Pela manhã, durante a ronda do chefe, assume o tom mais submisso, estendendo-lhe a mão: ‘Tu me prometeste, diz-lhe ele, dar-me a liberdade no interior do hospício, caso eu

> me comportasse. Então, peço-te que mantenhas a tua palavra'. O outro lhe exprime, sorrindo, o prazer que sentia por aquele feliz retorno a ele mesmo; fala-lhe com brandura e no mesmo instante faz cessar toda contenção, que teria sido a partir de então supérflua ou mesmo nociva. Sete meses de estada no hospício foram suficientes para consolidar a razão deste militar, que foi restituído à sua família e à defesa da pátria, sem ter desde então mais nenhuma recaída. (Pinel, 2007, p. 109).

Há que se destacar uma vez mais o que se apreende dos exemplos dados por Pinel de seu tratamento. A cura é a submissão ao modo de vida considerado certo pelo senso comum da época. O indicador de sanidade é o grau de adesão ao modo de vida corrente. Pinel claramente imagina estar contribuindo ao mesmo tempo para o indivíduo e para a sociedade ao reabilitar um doente como cidadão e força produtiva. Ganha o indivíduo por voltar a ter um lugar social e ganha a sociedade que se perpetua em termos de valores e identidade. Aliás, o trabalho ocupa um lugar especial na medicina pineliana. A praxiterapia tem uma dupla função no tratamento: física e higiênica. Para Pinel, o trabalho reabilita a razão porque disciplina o indivíduo – cansa o corpo excitado pelas paixões –, e estabelece uma relação pragmática e útil entre pensar e agir. O delírio e a excitação maníaca são inúteis, improdutivas e atentam contra a sociabilidade comum, contra o pacto de adesão coletiva em que cada um cumprirá seu papel na engrenagem social de modo a contribuir para a estabilidade da sociedade da qual participa. Estas ideias que estão presentes em todo o Tratado Médico-Filosófico são apresentadas de maneira ainda mais clara no capítulo XXI da obra, que Pinel (2007, p. 218) intitula "Trabalho mecânico: lei fundamental de todo hospício de alienados".

No curtíssimo capítulo XXI, apenas uma página e meia, Pinel faz uma equivalência entre saúde e ordem social. O autor imagina que a excitação maníaca dos loucos, os acessos de agressividade ou o estupor do melancólico são o resultado de uma desordem interna que se expressa no comportamento manifesto do paciente. Sua terapêutica visa reestabelecer a ordem perdida invertendo a direção dos estímulos, agora, de fora para dentro. Um ambiente organizado e a realização repetitiva de tarefas produziria como efeito a reorganização dos afetos segundo às leis morais e pensamento racional. Pinel militante de uma revolução burguesa associa a improdutividade a um delito moral, quando não à doença propriamente dita e utiliza desse raciocínio para expressar ódio e preconceito de classe. Segundo o alienista e ativista francês (Pinel, 2007, p. 2019), "os nobres, que rejeitam com desprezo e altivez toda ideia de trabalho mecânico, têm também a

triste vantagem de perpetuar seus insanos desvarios e seu delírio". Esta perspectiva tem variações ao longo do tempo e da classe social, fazendo que ao sabor do ponto de vista preconceituoso de quem a repita o mesmo pressuposto se mantenha: o trabalho cura e enobrece. Dessa forma, ideias como "depressão é coisa de rico"; ou "nunca te faltou nada para você ficar assim"; e "vai fazer alguma coisa que melhora" expressam a ideia de que as condições materiais são a única ou mais forte condição para o bem-estar de uma pessoa. Por esse raciocínio, a história de vida do individuo, em especial os cuidados que recebeu na primeiríssima infância, não importa ou importa pouco, pois o fundamental seria a condição material atual. O rico adoeceria por capricho, por uma falha moral ligada aos excessos. Por sua vez, o pobre produtivamente ocupado não adoeceria por conta de sua rotina apertada e corrida. Sua mente estaria protegida das paixões porque seu pensamento estaria voltado exclusivamente para aspectos práticos da subsistência. Entretanto, uma vez desocupado, facilmente poderia se entregar à luxuria, alcoolismo e ao crime. Ou adoeceria em razão das condições precárias do trabalho e de vida. Por essa lógica, bastaria melhorar as condições materiais dos pobres, empregá-los em atividades produtivas, e eles permaneceriam saudáveis a maior parte do tempo. Como sabemos, a realidade é bem mais complexa do que essa parca caricatura, e sendo as condições materiais um determinante social da saúde, não devemos interpretá-las como determição ou destino. Indivíduos sofrem e adoecem por razões complexas que incluem a condição material em que vivem, mas não se reduzem a essa.

Retomando a perspectiva pineliana acerca do trabalho como parte do tratamento moral, o autor afirma:

> [A desocupação] É este o meio mais adequado para manter neles a efervescência da imaginação, o hábito dos furores coléricos e todos os desvarios da exaltação delirante. Ao contrário, um trabalho constante muda a cadeia viciosa das ideias, fixa as faculdades do entendimento ao lhes dar exercícios, mantém somente a ordem em todo conjunto de alienados, dispensando uma multidão de regras minuciosas e quase sempre vãs para manter a polícia interna. (Pinel, 2007, p. 218).

Como vemos no trecho acima, Pinel via no trabalho um modo de organizar a rotina dos alienados e disciplinar a um só tempo suas condutas e o próprio hospício. A ocupação produtiva ajudava a reorganização interna dos loucos – seus afetos e raciocínio – analogamente à organização externa, entenda-se o espaço coletivo do

hospício. A cura vem a partir dessa pacificação dos afetos e da reeducação do juízo convertendo o louco antissocial e improdutivo em cidadão sociável e útil. Dito de outro modo pelo próprio Pinel (2007, p. 218): “O retorno dos alienados convalescentes a seus gostos anteriores, ao exercício de sua profissão, seu zelo e sua perseverança foram sempre para mim indícios de bom augúrio e da esperança fundamentada de uma cura sólida”.

A convicção de Pinel de que o trabalho é um meio privilegiado para o exercício da reeducação do alienado é tamanha que o autor dedica poucas linhas à defesa dessa tese. Toma este ponto como se fora óbvio e indiscutível. Imagina que seu tempo histórico, seu modo de vida, a sociedade a qual pertence são características ontológicas de um humano universal que graças ao Iluminismo e à Revolução Francesa deixou de ser a imagem e semelhança de Deus, para, agora, em sua forma correta e perfeita ser a imagem e semelhança de um homem branco francês da burguesia revolucionária. A força da imaginação de Pinel é tamanha que ao visitar um hospício em Saragoça, Espanha, em que o trabalho forçado era o único modelo de tratamento, viu uma cena bucólica e reconfortante. Pinel narra a rotina de trabalhos forçados de homens institucionalizados da seguinte forma:

> Desde a manhã, são vistos, uns preenchendo os ofícios servis da casa, outros se dirigindo a suas oficinas respectivas, e a maior parte deles separando-se em diversas turmas, sob a condução de alguns vigilantes inteligentes e esclarecidos, espalhando-se com alegria em diversas partes de um vasto local nas dependências do hospício, dividindo entre si animadamente os trabalhos relativos às estações, cultivando trigo, os legumes, as leguminosas, ocupando-se a seu tempo da colheita, do estaqueamento e das paliças, das vindimas, da colheita das olivas, encontrando à noite em seu asilo solitário a calma e o sono tranquilo.

Retirada as lentes ideológicas que transformam as contradições entre o lema da Revolução – Liberdade, Igualdade e Fraternidade – e o campo de concentração descrito acima em mero detalhe, em um mal menor, que deve ser tolerado em nome de um bem maior que é a verdadeira liberdade, a liberdade dos são, dos racionais, dos que se encaixam no projeto de sociedade; a liberdade de fazer a maior parte do tempo aquilo que esperam de nós, e que em certa medida, inconscientemente, neuroticamente, esperamos e exigimos de nós mesmos e dos outros, vemos claramente a contradição. Que liberdade! Paulo Amarante denuncia as contradições de Pinel sintetizando as contradições do tempo histórico do autor.

> Ora, no mesmo momento e contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania – como esta responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social – foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental. Se o alienado era considerado um despossuído da razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Lauret, discípulo de Pinel, a alienação mental produziria a perda do livre-arbítrio e, consequentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a Razão! (Amarante, 2007, p. 34).

Pinel sonhou com uma sociedade mais justa, livre da tirania dos monarcas absolutistas e pactuada entorno de valores republicanos e laicos. Participou ativamente de um modo novo de enxergar a loucura e reconheceu o louco como alguém dotado intrinsecamente de dignidade humana; tratou seus pacientes com a melhor medicina que concebeu; condenou tudo aquilo que, do seu ponto de vista, caracterizava maus tratos e violência; viu na sociedade um lugar perigoso para o louco e procurou guarda-lo pelo menor tempo possível até que este pudesse retornar ao convívio social em situação de vantagem para manter a sanidade conquistada ao longo do tratamento. Sua vida foi dedicada a isso e, guardando a vantagem que a distância no tempo e no espaço dá aos pesquisadores contemporâneos, pode-se afirmar que ele foi exitoso em seu empreendimento. E com que sonham os reformistas brasileiros? O que combatem em Pinel? É a isto que nos dedicaremos a seguir.

1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Contextos, Influências e Marcos Históricos

A Reforma Psiquiátrica brasileira constitui-se como um processo histórico, político e social de profundas transformações na forma de compreender e tratar o sofrimento mental. Ela emerge na década de 1970, em um contexto de intensas denúncias sobre as condições desumanas de internação em hospícios e se articula às lutas sociais contra a ditadura civil-militar instaurada no Brasil em 1964. Trata-se de uma reforma que vai além da área da saúde, pois propõe a reconfiguração das relações entre sociedade, cidadania e loucura.

Na década de 1970, os hospitais psiquiátricos no Brasil eram caracterizados por superlotação, abandono, maus-tratos, negligência e privação de liberdade sem

controle judicial ou limites temporais. Como afirma Amarante (1995, p. 27), o hospital psiquiátrico era um "dispositivo de segregação social, um espaço de exclusão". Os pacientes eram frequentemente internados por motivos alheios ao campo da saúde mental – sem critérios clínicos que justificassem a internação – como pobreza, abandono ou comportamentos considerados desviantes. O manicômio funcionava como um mecanismo de controle social. Os hospícios brasileiros eram uma mistura de instituição médica, ao modo pineliano, e Hospital Geral de Paris pré-revolução francesa. Doença e desvio social se confundiam como objeto da psiquiatria praticada naquelas instituições. As arbitrariedades cometidas contra os pacientes eram diversas e não raramente tinham caráter punitivo. Um dos símbolos dessas violências é narrado por Amarante (1995), trata-se de uma mulher que foi isolada em uma solitária e esquecida pela equipe do hospital. O corpo da paciente foi encontrado em estado tão avançado de putrefação que o exato lugar em que ela morreu ficou marcado com sua silhueta. Uma imagem que lembra as vítimas das bombas nucleares no Japão e dá a exata ideia do descaso com que a vida era tratada nesses hospitais. Diante desse cenário, um grupo de jovens médicos residentes de psiquiatria denunciou as condições de assistência que testemunhavam. A represália que eles sofreram favoreceu a criação de um novo movimento social entorno do tema da saúde metal e Direitos Humanos na esteira da contestação das arbitrariedades da ditadura militar.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) surgiu no final da década de 1970 como uma articulação coletiva de profissionais da área de saúde que passaram a questionar criticamente a lógica asilar e a estrutura institucional da assistência psiquiátrica vigente no Brasil. Seu nascimento está diretamente ligado à punição que Paulo Amarante, Carlos Gentile de Melo e Fernando Tenório, três médicos psiquiatras, sofreram em 1978, no estado de São Paulo, quando foram afastados de suas funções após denunciarem publicamente as condições degradantes em que viviam os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos.

As denúncias feitas pelos profissionais incluíam superlotação, negligência, maus-tratos e abandono de pacientes, revelando a face mais cruel da institucionalização manicomial. Em vez de resposta institucional para a apuração das denúncias e correção das violações, os médicos enfrentaram retaliações por parte das direções hospitalares e dos órgãos públicos. Como relata Amarante (1995, p. 31), o episódio teve um efeito catalisador: “foi a partir da punição e da tentativa de

silenciamento desses profissionais que se criou uma rede de solidariedade e mobilização que daria origem ao movimento". A punição aos denunciantes gerou forte comoção entre trabalhadores da saúde e ativistas dos direitos humanos, motivando a realização do I Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido em Bauru, em 1979. O encontro reuniu profissionais de diversos estados brasileiros e lançou as bases para uma crítica sistematizada ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental passou a articular ações em diferentes frentes: mobilização sindical e política, produção teórica crítica, apoio a experiências alternativas de cuidado e pressão por mudanças nas políticas públicas. Sua pauta central consiste na substituição progressiva do modelo manicomial por uma rede de serviços de base comunitária, territorial e centrada na cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico. Seu manifesto formulado uma década depois do primeiro encontro, conhecido como Carta de Bauru, tem um forte poder simbólico para o grupo de militantes que se formou desde então. O Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio, faz referência ao dia que a Carta de Bauru foi tornada pública.

Esse movimento foi decisivo na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, promovendo uma aliança estratégica com o movimento da Reforma Sanitária que se adensava nos anos oitenta e conquistava as primeiras vitórias rumo à institucionalização das suas pautas, e que culminaria na criação do Sistema Único de Saúde. Como destaca Yasui (2010, p. 58), "os trabalhadores de saúde mental que aderiram ao movimento passaram a compreender seu papel para além da técnica profissional: eram agentes de transformação social". Criou-se aí uma nova identidade para os profissionais de saúde, que deixavam de lado, no contexto do Movimento, suas identidades corporativas, para se identificarem como trabalhadores da Saúde, e num sentido mais amplo como trabalhadores, como pertencentes à classe trabalhadora, comprometidos, na perspectiva da luta de classes, com uma transformação mais radical da sociedade que não se limitava à mera reforma das condições da assistência psiquiátrica. A reboque surge uma polarização no campo da assistência, de um lado os reformistas e de outro aqueles que serão chamados de manicomiais. Certamente essa polarização é bastante mais complexa do que a simplificação expressa na ideia de um grupo contra outro. Devemos ter em mente que, no contexto da luta por redemocratização do país, existiam conflitos internos

entre aqueles que desejavam a restituição da democracia e os que apoiavam o regime militar. Se na superfície notamos dois grupos, um olhar mais aprofundado, mas que não cabe neste trabalho, revela conflitos internos. Isto também estava presente na origem do Movimento de Trabalhadores e segue ainda hoje nos diversos grupos que militam por uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Entretanto, a polarização em si serviu para a fusão de duas atividades que não necessariamente se confundiam, profissional de saúde e militante de um movimento social. Hoje, há um certo concesso entre aqueles que se reconhecem como reformistas que trabalhar na Saúde Mental e/ou ser usuário da rede de Saúde Mental e ser um ativista político são aspectos indissociáveis, mesmo que o indivíduo não esteja vinculado formalmente a algum partido político ou movimento social.

Retomando o surgimento do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, cabe reforçar a ideia de que este está intrinsecamente ligado ao contexto político de oposição ao regime autoritário da ditadura militar. Sua pauta reivindicatória se estendia para muito além da reforma da assistência psiquiátrica nos hospitais e ambulatórios. A reforma que a Reforma propõe é da sociedade, a superação das injustiças sociais e a garantia plena de direitos em um ambiente livre e democrático, inclusive o direito à saúde. Nesse sentido, deve-se ter em mente que o movimento pela reforma psiquiátrica faz parte de um contexto de agitação política mais amplo que tinha como anseios o retorno à democracia, a reforma do Estado de modo a garantir a construção de um sistema de seguridade social que garantisse aos indivíduos direito à assistência social, previdência e saúde. Para Yasui (2010), a Reforma Psiquiátrica foi um dos eixos centrais do movimento sanitário brasileiro, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). "A proposta da Reforma não se limitava à mudança na assistência, mas propunha um novo modelo de sociedade" (Yasui, 2010, p. 44).

Para tanto, a influência de experiências internacionais foi fundamental para a configuração do modelo brasileiro de reforma psiquiátrica. A Psiquiatria Democrática italiana, liderada por Franco Basaglia (1924–1980), teve um papel decisivo. A experiência de Trieste e a aprovação da Lei 180/1978, que determinou o fechamento dos manicômios na Itália, inspiraram e animaram o movimento brasileiro tanto em suas propostas de políticas públicas quando em sua militância. Como afirma Basaglia (1985, p. 75), "libertar-se do manicômio não é apenas uma questão de técnica, mas de escolha política". A política é o centro da concepção italiana e

brasileira de reforma psiquiátrica.

A obra de Franco Basaglia teve papel determinante na crítica ao modelo manicomial e na formulação de uma nova concepção de cuidado em Saúde Mental. Suas ideias exercem forte influência na constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente a partir da década de 1980. Vale ressaltar que Basaglia constrói sua perspectiva acerca da saúde mental e suas críticas à psiquiatria no contexto de uma Itália que ainda lidava com resquícios do fascismo. Aliás, o termo "democrática" como forma de qualificar sua proposta de reforma psiquiátrica é para marcar a noção de que toda epistemologia da psiquiatria tradicional está apoiada no poder autoritário de subtrair a liberdade de um indivíduo e no projeto de normalização moral dos indivíduos que para Basaglia se assemelha ao próprio fascismo.

Entre suas formulações mais impactantes está a noção de **"**instituição negada", apresentada em sua obra homônima publicada em 1968, *L'istituzione negata*. Com essa expressão, Basaglia se refere à crítica radical da instituição psiquiátrica — não apenas aos seus abusos e disfunções, mas à própria lógica fundante do hospital psiquiátrico como espaço de exclusão social. Para o autor, a instituição não deveria ser reformada ou melhorada, mas negada em sua existência como forma legítima de tratamento, pois ela é, por essência, uma máquina de desumanização e um instrumento de poder da psiquiatria como moral. Para o autor, "a instituição psiquiátrica não é um local de cura, mas de segregação; não é um instrumento terapêutico, mas disciplinar. [...] Por isso, não se trata de reformar o manicômio, mas de negá-lo" (Basaglia, 1985, p. 94).

Esse pensamento está vinculado à ideia de que o hospital psiquiátrico, ao medicalizar a diferença e controlar a conduta, opera como um instrumento de controle social, de normalização dos indivíduos. Nesse sentido, a crítica basagliana rompe com a visão técnica e biologicista da psiquiatria tradicional, trazendo à tona o caráter político da loucura e das instituições. E por sua vez, enfatizando que o trabalho em Saúde Mental envolve a reforma do imaginário social acerca da loucura que por dois séculos autorizou a psiquiatria afastar do convívio social indivíduos, que por serem loucos, eram imediatamente associados à periculosidade. O psiquiatra italiano deu a forma final à ideia de que qualquer reforma psiquiátrica deve ser antes de mais nada uma grande reforma social impulsionada por valores democráticos e promovida por mobilização da sociedade civil, institucionalização das pautas

reformistas via leis locais e nacionais e a transformação do modelo assistencial que deve ser amplo o suficiente para dar conta de temas como: moradia para os egressos dos hospícios; tratamento dos indivíduos sem a utilização de internações; geração de emprego e renda; e a construção de uma cultura de tolerância e convivência com os chamados loucos.

Outro conceito-chave de Basaglia é o da "doença entre parênteses". Ao propor que se coloque a doença "entre parênteses", o autor sugere que se suspenda o diagnóstico psiquiátrico como centro da relação terapêutica e se priorize o indivíduo em sua dimensão social, histórica e existencial. Isso não significa negar a existência do sofrimento psíquico, mas questionar o reducionismo biomédico que aprisiona o paciente à sua condição clínica e o despoja de seus direitos civis e humanos. Segundo Basaglia (1985, p.83), "a doença deve ser posta entre parênteses, para que se revele o homem". O psiquiatra italiano entende que o tratamento médico deve servir como alívio do sofrimento, mas não silenciamento da diferença, da singularidade. Para ele, uma sociedade mais justa, aberta à diferença, seria capaz de acolher o louco e incluí-lo. Esse deslocamento ético-político coloca em primeiro plano a dignidade e a cidadania do paciente, exigindo que a política de Saúde Mental seja pautada pela promoção da autonomia e da inclusão social.

A cidade de Trieste, no nordeste da Itália, foi palco de uma das experiências mais radicais e transformadoras da Reforma Psiquiátrica no mundo. Iniciado nos anos 1970, o processo triestino de desinstitucionalização não se limitou ao fechamento do hospital psiquiátrico da cidade, mas construiu um novo paradigma de atenção psicossocial. Basaglia partia do entendimento de que o hospital psiquiátrico era uma instituição total[26], produtora de exclusão e desumanização. Assim, o objetivo não era reformar o manicômio, mas extingui-lo e substituí-lo por dispositivos territoriais abertos e democráticos. Basaglia relata o trabalho em Trieste da seguinte forma:

> "Nós começamos fechando os portões, depois retiramos as grades das janelas, e em seguida abrimos as portas das celas. Descobrimos pessoas que há décadas não falavam com ninguém, que estavam nuas, sujas, sem nomes. Começamos a nomeá-las, a escutá-las, a trazê-las para o cotidiano. Isso foi o começo de tudo: reconhecer o outro como sujeito, e não mais

[26] O conceito de "instituição total" foi desenvolvido pelo sociólogo Erving Goffman para descrever instituições que controlam rigidamente todos os aspectos da vida dos indivíduos nelas internados, como prisões, quartéis, conventos e hospitais psiquiátricos. O trabalho de Goffman inspirou fortemente Basaglia em sua crítica aos hospitais psiquiátricos.

> como um número ou um diagnóstico" (Basaglia *apud* Amarante, 1995, p. 39).

Um dos pilares da experiência de Trieste foi a promoção de moradias para os egressos do hospital psiquiátrico. A moradia passou a ser compreendida como um direito fundamental e uma condição essencial para a **reinserção social.** Foram criadas casas-rede, apartamentos supervisionados e residências comunitárias que permitiram aos usuários viver fora do hospital, com apoio técnico e relações de vizinhança. Como destacou Franco Rotelli, colaborador direto de Basaglia e gestor do serviço de saúde mental de Trieste:

> "Criamos pequenas casas, apartamentos, onde os ex-internos pudessem viver juntos ou sozinhos, com a assistência de um educador ou de um profissional de saúde. Não se tratava de duplicar o hospital em miniatura, mas de criar lares, com chave, com endereço, com vida. A casa é o lugar da dignidade. É o primeiro território da cidadania. Sem ela, toda política de cuidado é ilusória" (Rotelli, 1995, p. 92).

Outro eixo essencial da reforma em Trieste foi a criação de cooperativas de trabalho, que garantiram a inserção produtiva dos usuários. Essas cooperativas não eram espaços de terapia ocupacional, mas empreendimentos reais, com atividades econômicas, contratos, remuneração e protagonismo dos trabalhadores. Ernesto Venturini, outro importante membro da equipe de Basaglia, considera o trabalho em meio para a cidadania e inserção social. Nas palavras do autor:

> "A criação de cooperativas teve um significado político e existencial. Mostrava que o doente mental podia ser produtor, cidadão, contribuinte. Montamos oficinas gráficas, de jardinagem, de limpeza urbana. Pagávamos salários, dávamos carteira de trabalho. Era uma maneira de quebrar o ciclo da dependência. **O trabalho é parte do tratamento porque devolve à pessoa seu papel social, sua dignidade e sua utilidade coletiva**. Trabalhar é ser reconhecido como sujeito". (Venturini, 1995, p. 103).

A maneira como Venturini descreve a importância do trabalho no tratamento do louco tem uma incrível semelhança com os termos utilizados por Pinel e apresentados no início deste capítulo. A ideia de que o trabalho insere o indivíduo na sociedade, o dignifica e dá a ele utilidade é uma constrangedora semelhança entre propostas de assistência ao louco que a princípio são opostas. Como estamos apresentando e demonstrando deste capítulo, esta não é a única semelhança entre a psiquiatria pineliana – e o que restou dela em outras escolas de psiquiatria ao

longo dos dois últimos séculos – e propostas de reforma psiquiátrica tão radicais quanto a italiana e brasileira. Como argumentamos na introdução desta tese, essa coincidência não se dá meramente em termos de conteúdo, pois as ideias ora se assemelham, ora se distanciam, mas o que há de comum propriamente é o modo de interpretar a realidade e propor soluções que tomam a loucura, o louco e a sociedade como objetos idealizados; e o trabalho em Saúde Mental uma ideologia. Discutiremos essas questões no próximo capítulo.

Do ponto de vista assistencial, Trieste estruturou uma rede territorial de saúde mental, composta por centros de saúde mental abertos 24 horas, sem portas trancadas, com baixa burocracia e orientados por uma lógica de acolhimento, escuta e intervenções comunitárias. Essa rede integrava-se com serviços de educação, cultura, habitação e trabalho, configurando um sistema de cuidado baseado na intersetorialidade. O princípio central era a substituição do poder psiquiátrico pela escuta clínica e pela mediação social**.** Basaglia enfatizava a importância da ruptura com os modelos disciplinares e a substituição das suas instituições por outras orientadas à promoção da cidadania e combate aos estigmas da loucura. Em suas palavras:

> “Destruir o manicômio significava também destruir o poder médico baseado na tutela, na vigilância e no saber único. A loucura nos obriga a pensar outras formas de relação, outras formas de saber, mais próximas da vida, mais abertas à escuta. A psiquiatria não pode ser neutra diante da violência institucional. Ou ela legitima a exclusão, ou se alia à liberdade” (Basaglia, 1985, p. 132).

A transformação em Trieste não se deu sem resistências. Foi necessário um forte engajamento político, alianças com movimentos sociais, apoio de administrações locais progressistas e formação de novas equipes comprometidas com o cuidado em liberdade. Como resume Rotelli (1995, p. 95, grifo nosso): “a reforma não é um evento administrativo, **mas um processo cultural e civilizatório**. Não basta mudar as leis, é preciso mudar os olhares, os afetos, os modos de convívio. Reformar a psiquiatria é reformar a cidade”.

A Reforma Psiquiátrica brasileira se inspirou fortemente no trabalho de Basaglia e na Psiquiatria Democrática. Como diz Amarante (1995, p.46), “Basaglia representou, para a nossa geração, uma ruptura epistemológica e política. Ele nos ensinou que não bastava humanizar a psiquiatria — era preciso desmontar seu dispositivo de poder”. A crítica à lógica manicomial — entendida não apenas como

arquitetura hospitalar, mas como forma de controle social — e a defesa do cuidado em liberdade expressam a herança basagliana no cenário brasileiro. A Lei nº 10.216/2001, que orienta a política nacional de Saúde Mental, inscreve na legislação o princípio da excepcionalidade da internação, propondo como regra geral o tratamento em serviços comunitários, territorializados e intersetoriais. Ainda que os legisladores tenham deixado uma brecha para a interpretação de regra geral, ao incluírem na redação final da lei, o item IX do artigo segundo que diz que a pessoa com transtorno mental deve "ser tratada, **preferencialmente**, em serviços comunitários de saúde mental"[27] (Brasil, 2001). Essa brecha é explorada pelo *lobby* de instituições religiosas que mantêm comunidades terapêuticas financiadas com dinheiro público e incorporadas à Rede de Atenção Psicossocial. As condições degradantes da assistência prestada por essas entidades, a substituição de tratamento orientado por equipe multidisciplinar de saúde por proselitismo religioso e outras violações dos Direitos Humanos já foram objeto de denuncias do Conselho Federal de Psicologia.[28]

O conceito da "doença entre parênteses" também inspirou a valorização do projeto terapêutico singular e da escuta clínica como práticas essenciais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O reconhecimento da singularidade do sujeito, acima do diagnóstico, tornou-se um valor fundamental no cotidiano do cuidado.

A influência da Psiquiatria Democrática italiana entre os reformistas brasileiros pode ser verificada na experiência de reforma psiquiátrica no município de Santos, litoral do estado de São Paulo. A transformação do modelo assistencial, de hospitalar baseado em longas internações para psicossocial com pequenas unidades espalhadas pela cidade e abertas vinte e quatro horas por dia, não é a única semelhança com o processo triestino. Foi preciso repensar a cidade e sua relação com a loucura para que o processo de reforma acontecesse.

A reforma em Santos tem como marco inicial a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 03 de maio de 1989, instituição que se notabilizou por denúncias de violações de direitos humanos e más condições de assistência. Conhecida

---

[27] Grifo nosso.

[28] Sobre o assunto recomendamos o relatório de inspeção às comunidades terapêuticas produzido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2017. https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/

popularmente como “Casa dos Horrores”, a instituição psiquiátrica foi objeto de inspeções que constataram a precariedade das instalações, a superlotação, a medicalização excessiva e práticas de contenção incompatíveis com a legislação sanitária vigente à época. A repercussão pública desses fatos impulsionou a formulação de uma política municipal orientada pela substituição do modelo hospitalocêntrico.

Segundo Silvio Yasui (2010), a proposta de reorganização da rede de saúde mental em Santos implicou a criação de dispositivos assistenciais territoriais em substituição progressiva à hospitalização de longa permanência. Trata-se de um processo caracterizado por uma reconfiguração dos serviços públicos sob a lógica da atenção psicossocial, com ênfase na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), à época, em Santos, chamados de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), residências terapêuticas e serviços intersetoriais voltados à atenção integral.

Ana Pitta (2001) observa que, no contexto santista, os processos de desinstitucionalização demandaram a reconstrução de vínculos sociais, muitas vezes interrompidos pela permanência prolongada em instituições fechadas. A autora destaca que a perspectiva de reintegração comunitária implicava o reconhecimento de trajetórias de vida marcadas pela segregação institucional, exigindo estratégias de escuta e acolhimento que ultrapassavam a dimensão clínica convencional. Nessa perspectiva, o tratamento incluía em recriar ou mesmo criar laços sociais, o sentido de pertencimento a um lugar e a reinserção social.

A proposta assistencial adotada em Santos articulou-se à noção de cuidado territorializado, conforme delineado por Antonio Lancetti (2009), que enfatiza o território como espaço de produção de vínculos e de intervenção concreta. Para o autor, o cuidado em saúde mental não se define pela erradicação dos sintomas, mas pela construção de relações sociais que permitam formas singulares de existência. Para Lancetti (2009, p. 45), “a loucura não se cura, ela se cuida. E cuidar é uma experiência ética e política, que só se realiza no território, na vizinhança, no encontro com o outro”. Como vemos, a ideia é restituir o louco à cidade e a cidade ao louco. Construir novas formas de sociabilidade baseadas na tolerância e convivência.

Nesse arranjo, a rede assistencial buscou constituir-se a partir de unidades descentralizadas e abertas, favorecendo a articulação com políticas públicas de educação, trabalho, cultura e habitação, produzindo assim, fluxos de circulação do

louco pela cidade. Em contraposição ao manicômio em que tudo que o louco “precisa” está dentro – exatamente na lógica da instituição total –, a assistência psicossocial territorial que se constituía em Santos tinha por objetivo retirar o louco do papel de objeto passivo de intervenção e favorecer seu protagonismo como pessoa e cidadão. Paulo Amarante (2007) descreve que a proposta institucional adotada se fundamentava em práticas de baixa hierarquização, com protagonismo dos sujeitos nos projetos terapêuticos e inserção dos serviços na lógica da atenção básica. O autor aponta que “o que estava em jogo não era apenas uma nova forma de atendimento, mas uma nova relação entre o Estado e os sujeitos, entre os serviços públicos e a cidadania” (Amarante, 2007, p. 91).

As iniciativas voltadas à moradia e ao trabalho integraram-se ao processo de desinstitucionalização. O município implementou residências terapêuticas destinadas a pessoas egressas do hospital Anchieta, garantindo suporte profissional e inserção em territórios urbanos diversos. Simultaneamente, foram desenvolvidas políticas de geração de renda, como oficinas de trabalho e experiências cooperativadas. Esses dispositivos operaram como instrumentos de circulação social e reorganização da vida cotidiana fora das instituições asilares.

A experiência de Santos evidencia um percurso histórico singular de reforma dos serviços de saúde mental no contexto brasileiro, atravessado por disputas políticas, transformações institucionais e reformulações no papel do Estado na atenção à loucura. A produção de novos dispositivos de cuidado, a partir da crítica às instituições totais em Santos, contribuiu para a formulação do modelo assistencial preconizado pela Lei 10.216/2001 e adotado em todo território nacional.

Há que se destacar ainda outras influências relevantes para a Reforma Psiquiátrica brasileira. A Antipsiquiatria inglesa, com autores como R.D. Laing e David Cooper, que questionavam o papel da psiquiatria como instrumento de opressão institucional, e a Psicoterapia Institucional francesa, representada por Jean Oury e François Tosquelles, que propunha a reorganização da instituição psiquiátrica a partir da escuta e da participação ativa dos pacientes no espaço institucional ajudam a compreender a ênfase que a Reforma brasileira dá à transformação do imaginário social acerca da loucura e do protagonismo do indivíduo em seu tratamento.

1.3.1 A reforma psiquiátrica é um processo social complexo

A Reforma Psiquiátrica brasileira é compreendida, por Paulo Amarante, como algo além de uma mera mudança técnico-assistencial na área da saúde mental. Em sua concepção, trata-se de um processo social complexo, de caráter histórico, ético, político e cultural e permanentemente inacabado, que envolve a reorganização dos serviços de saúde, a transformação das práticas clínicas, a redefinição das relações sociais com a loucura e a reconfiguração do lugar do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade.

Segundo o autor, “a Reforma Psiquiátrica não é simplesmente uma reforma dos serviços, uma troca do hospital pelo CAPS. Ela é uma mudança paradigmática, uma ruptura com o modelo asilar e a construção de novas formas de cuidado e convivência” (Amarante, 1995, p. 38).

Nesse sentido, Amarante propõe a análise da Reforma a partir de quatro dimensões interdependentes:

1. Dimensão epistemológica

Essa dimensão refere-se à crítica ao saber psiquiátrico tradicional, centrado no modelo biomédico, classificatório e reducionista. A Reforma propõe uma nova forma de compreender o sofrimento mental, reconhecendo a complexidade dos determinantes sociais, históricos e culturais da loucura. Em vez de focar unicamente na doença, busca-se compreender o indivíduo em sua integralidade. Um exemplo dessa dimensão é a adoção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) nos CAPS, ao substituir intervenções padronizadas por abordagens personalizadas, construídas coletivamente com o usuário, sua rede de apoio e com contribuições interdisciplinares das equipes que compõe a RAPS.

2. Dimensão técnico-assistencial

Essa dimensão diz respeito à substituição do modelo hospitalocêntrico pelo cuidado em liberdade, através da criação de uma rede de serviços comunitários e territorializados. O hospital psiquiátrico, antes centro exclusivo do cuidado, dá lugar a uma multiplicidade de dispositivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, entre outros. A implementação das Redes de Atenção Psicossocial é um exemplo dessa dimensão.

3. Dimensão jurídica-política

Aqui se insere a reconstrução do estatuto jurídico e político da pessoa em sofrimento psíquico, garantindo-lhe direitos civis e sociais. Trata-se da superação do modelo de tutela e da promoção da cidadania ativa dessas pessoas. A Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, é um exemplo dessa dimensão, bem como a reivindicação para que os processos de interdição e curatela levem em consideração o interesse do indivíduo de manter o máximo possível a sua autonomia. Outro ponto sensível nessa dimensão e que se articula com a próxima é a associação entre transtorno mental e inimputabilidade. Todo individuo com transtorno mental é incapaz de responder criminalmente pelos seus atos? Sempre e necessariamente?

4. Dimensão sociocultural

A última dimensão envolve a transformação dos valores sociais e culturais relacionados à loucura e à pessoa com transtorno mental. Implica o combate ao estigma, à exclusão e à violência simbólica historicamente associada à loucura, buscando promover a inclusão social e o reconhecimento da diversidade. Campanhas públicas como o 18 de Maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial, ações de inserção social por meio da cultura, trabalho e lazer, além de iniciativas de economia solidária (como oficinas terapêuticas e cooperativas), ilustram essa dimensão. Os blocos carnavalescos Loucura Suburbana, fundado no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira e o bloco Tá Pirando, Pirado, Pirou, fundado no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Phillippe Pinel ambos na cidade do Rio de Janeiro também são exemplos fortes dessa dimensão.

Paulo Amarante ressalta que essas dimensões são inseparáveis e que a Reforma deve ser entendida como um movimento processual e coletivo, sustentado por diferentes atores sociais — profissionais, usuários, familiares, gestores e militantes. Assim, sua realização não depende apenas de políticas públicas, mas da disputa simbólica e política em torno da loucura e da subjetividade na sociedade contemporânea. Segundo o autor “a Reforma Psiquiátrica é uma travessia ética e política. Seu êxito não se mede apenas por leitos fechados ou serviços abertos, mas pela capacidade de produzir vida, vínculo, cidadania e sentido” (Amarante, 2007, p. 22).

1.3.2 Modelo assistencial preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira

O modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira constitui uma ruptura com o paradigma asilar tradicional, que se sustentava na exclusão e no confinamento das pessoas com transtornos mentais em instituições hospitalares de caráter asilar. Em oposição à lógica manicomial, o novo modelo aposta no cuidado em liberdade, na construção de uma rede de serviços substitutivos, na valorização da singularidade do sujeito e na promoção de sua cidadania plena. Segundo Desviat (2011, p. 59), "a Reforma Psiquiátrica brasileira conseguiu avançar ao integrar-se ao Sistema Único de Saúde e transformar a lógica assistencial, mesmo diante de resistências institucionais e interesses privados". Trata-se, portanto, de um processo inacabado e permanentemente ameaçado por retrocessos, mas que representa um avanço no campo da Saúde Mental.

Esse modelo baseia-se em três pilares fundamentais: a desinstitucionalização, a territorialização do cuidado e a participação social. Entendidos da seguinte forma:

I. *Desinstitucionalização*

A desinstitucionalização é, talvez, o conceito mais emblemático da Reforma Psiquiátrica. Longe de significar apenas o fechamento físico de leitos em manicômios, ela representa um processo ético, político e cultural que visa a superar a lógica de exclusão, tutela e segregação que historicamente marcou o tratamento das pessoas com transtornos mentais. Retirar indivíduos de longas internações em instituições asilares é desospitalizar, e considerando, a Reforma como processo social complexo, desinstitucionalizar é combater o manicômio como um valor e a exclusão com prática tolerável. Segundo Amarante (2007, p. 31), “desinstitucionalizar não é simplesmente desocupar leitos em hospitais psiquiátricos; é reconstruir práticas, redes, discursos e sentidos. É subverter o modelo que legitima a exclusão social em nome do cuidado”.

A desinstitucionalização implica criar condições concretas de autonomia para os indivíduos, com acesso a moradia, renda, vínculos afetivos, espaços de convivência e inserção cultural. Nesse sentido, dispositivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as oficinas de geração de trabalho e renda são considerados pelos reformistas fundamentais para consolidar esse princípio.

Yasui também reforça que a desinstitucionalização é mais do que uma política pública, trata-se de uma mudança civilizatória. Para o autor, “a verdadeira desinstitucionalização não é a que fecha manicômios, mas a que impede sua reprodução simbólica em outros espaços. É a que liberta o cuidado da lógica de controle” (Yasui, 2010, p. 102).

II. *Territorialização do cuidado*

A territorialização refere-se à organização dos serviços de saúde mental a partir do território onde vive o usuário, reconhecendo que o cuidado deve estar enraizado no contexto social, cultural e afetivo do sujeito. Trata-se de aproximar o cuidado da vida cotidiana, valorizando os saberes locais e as redes de apoio comunitárias.

Essa perspectiva rompe com o modelo hospitalocêntrico e centralizador, substituindo-o por uma rede descentralizada e integrada de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades de acolhimento, as equipes de saúde da família e os pontos de cultura e convivência. Amarante (2007, p.42) observa que “a territorialização do cuidado nos obriga a pensar em saúde não como ausência de doença, mas como produção de vida. O território não é apenas geográfico, é também simbólico, relacional, cultural”.

Essa diretriz também contribui para a quebra da lógica da instituição total, pois distribui o cuidado em múltiplos espaços da cidade, buscando torná-lo mais acessível e próximo das relações sociais do indivíduo.

III. *Participação social*

O princípio da participação social é central para a Reforma Psiquiátrica, pois propõe a horizontalização das relações de poder entre profissionais, usuários, familiares e gestores. Rompe-se, assim, com a ideia de que o cuidado em saúde mental deve ser conduzido exclusivamente por saberes técnicos ou institucionais. A participação se dá em diversas instâncias: nos Conselhos de Saúde, nas conferências municipais e nacionais, na gestão dos serviços, e, principalmente, nas assembleias que acontecem nos CAPS em que usuários e equipe discutem problemas do serviço de saúde e possíveis soluções. Yasui (2010, p. 89, grifo nosso) enfatiza que “a clínica da Reforma é uma clínica da escuta, do contrato, do vínculo e

da responsabilidade mútua. Por isso, ela **exige o protagonismo do usuário** e sua inserção ativa no processo terapêutico".

Para operacionalizar esse novo modelo, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza os serviços de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é composta por diferentes pontos de atenção que devem atuar de forma articulada, integrada e centrada nas necessidades dos usuários, respeitando o princípio da equidade.

Entre os principais dispositivos da RAPS estão:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Serviços de atenção diária, com equipe multiprofissional, voltados para o acompanhamento intensivo e contínuo.
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – Moradias destinadas a pessoas egressas de longas internações psiquiátricas.
- Unidades de Acolhimento Transitório, Consultórios na Rua, CAPS AD (para atenção a usuários de álcool e outras drogas).
- Atenção Básica à Saúde, Serviços de Urgência e Emergência (SAMU, UPA), Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos, entre outros.

A concepção de cuidado nesse modelo vai além do tratamento clínico *stritu sensu*. Trata-se de um cuidado relacional, territorializado e que visa promover a autonomia do indivíduo. Nesse sentido, a contribuição teórica de Silvio Yasui sobre a noção de cuidado em saúde mental é essencial para compreender o quê a Reforma preconiza como modelo assistencial. Para ele, o cuidado deve ser pensado como um dispositivo de reconstrução da vida e das relações sociais da pessoa em sofrimento mental. Em suas palavras, "cuidar é produzir vínculos, estabelecer redes de apoio, ampliar os territórios existenciais dos usuários. É promover encontros que reconfigurem o lugar da loucura na cultura e no cotidiano" (Yasui, 2010, p. 72).

O autor propõe que o cuidado deve ser desinstitucionalizante em sua forma e conteúdo, ou seja, deve evitar práticas que reproduzam, mesmo fora dos hospitais, a lógica do controle, da tutela e da cronificação. Por isso, defende que o cuidado se realize em espaços abertos, permeáveis à vida social, e que valorize a escuta, o protagonismo e os projetos de vida das pessoas atendidas. Tal perspectiva implica

em uma reelaboração por parte dos profissionais de saúde acerca das suas funções. Como já demonstramos anteriormente, a identidade corporativa deve dar espaço a uma mais ampla, e ainda, a noção de especialidade deve ser superada pela de especificidade, entendida como a contribuição que uma determinada especialidade ou profissão dá ao projeto terapêutico do usuário construído interdisciplinarmente; e a própria compreensão do que é trabalhar com saúde mental deve se transformar. Segundo Yasui (2010, p. 117), “cuidar é a essência do nosso trabalho cotidiano. Somos profissionais produtores de atos do cuidar”. O autor define ainda cuidar da seguinte forma:

> Cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isso representa uma ruptura epistemológica de grande importância, conforme abordei no capítulo anterior. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. Ruptura que inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação. (Yasui, 2010, p.120).

Como vemos, para Yasui cuidar implica em reconhecer o outro como sujeito de direito e com desejos e características singulares que devem ser respeitas e acomodadas no tecido social, um cidadão. Dessa forma, podemos afirmar que esse modelo assistencial está diretamente articulado com a ideia de promoção da cidadania. A Reforma Psiquiátrica brasileira compreende que o sofrimento psíquico não deve ser tratado como um problema exclusivamente médico, mas como uma questão de direitos humanos e justiça social. O objetivo do cuidado passa, então, a ser não apenas aliviar sintomas, mas restituir à pessoa seu lugar na sociedade, sua condição de sujeito de direitos.

Nesse sentido, a reinserção social – seja por meio do trabalho, da cultura, da convivência ou da participação política – torna-se uma dimensão fundamental do cuidado. A política de Geração de Trabalho e Renda, os serviços de atenção à saúde mental em escolas e comunidades, e os projetos de economia solidária, como oficinas terapêuticas e cooperativas sociais, são expressões dessa perspectiva.

A questão que nos colocamos é o que se quer dizer ao evocar a noção de

cidadania e ter como objetivo a reinserção do indivíduo com os chamados transtornos mentais na sociedade. Afinal, como vimos Pinel enunciava seus objetivos da mesma forma.

1.4 O que se quer dizer com o termo cidadania?

O conceito de cidadania ocupa posição central nas democracias contemporâneas e representa um dos fundamentos essenciais do Estado de Direito. No Brasil, a cidadania foi consagrada como um dos princípios fundamentais da República Federativa pela Constituição Federal de 1988, marco jurídico da redemocratização após o período autoritário de 1964 a 1985.

De acordo com o artigo 1º da Constituição:

“A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político” (Brasil, 1988).

Essa formulação insere a cidadania como fundamento político e jurídico, associada à noção de participação democrática, titularidade de direitos e reconhecimento da dignidade da pessoa humana. Para além de uma condição formal ligada à nacionalidade, a cidadania constitucional brasileira implica o direito de ter direitos — sociais, civis e políticos — e o **dever** de contribuir para a construção da vida pública.

Para compreender a complexidade da cidadania como conceito histórico e sociopolítico recorremos a T.H. Marshall, que em seu ensaio *Citizenship and Social Class* (1950), propôs uma definição estruturada em três dimensões:

I. Cidadania civil: relacionada aos direitos individuais, como liberdade de expressão, propriedade, justiça;
II. Cidadania política: vinculada à participação no governo, ao voto e à elegibilidade;
III. Cidadania social: que inclui direitos a bem-estar, educação, saúde e segurança.

Para o autor, “a cidadania é um status conferido àqueles que são membros plenos de uma comunidade. Todos os que possuírem esse status são iguais perante os **direitos e deveres** que esse título implica” (Marshall, 1967, p. 92, grifo nosso).

Por sua vez, Norberto Bobbio (1992) associa a cidadania à efetividade dos direitos humanos. Em *A era dos direitos*, argumenta que não basta declarar direitos em textos constitucionais: é preciso garantir sua aplicação. Para o autor, a cidadania somente se concretiza com a justiciabilidade dos direitos, ou seja, com a possibilidade de sua exigibilidade jurídica.

Outro autor costumeiramente citado no campo da Reforma psiquiátrica é Boaventura de Sousa Santos, que propõe uma visão ampliada e intercultural de cidadania. Para ele, a cidadania deve ser pensada como um processo de luta social e não como um status formal. Segundo o autor, “a cidadania não é um ponto de partida, mas um ponto de chegada. Ela se constrói a partir da participação ativa das populações na luta por seus direitos” (Santos, 2002, p. 81). Boaventura também introduz o conceito de “cidadania insurgente”, que valoriza práticas sociais que desafiam o monopólio do Estado sobre o reconhecimento dos direitos, como movimentos populares, indígenas e antimanicomiais.

A Constituição brasileira de 1988, nesse sentido, representa um avanço ao incorporar uma noção substancial e progressiva de cidadania, que inclui os direitos sociais (art. 6º) como parte integrante da vida cidadã. A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de parte da agenda do movimento pela Reforma Psiquiátrica se inscrevem neste marco, ao reconhecer o direito à saúde como um direito de cidadania (art. 196 da Constituição Federal).

Como veremos a seguir a noção de cidadania é constantemente evocada nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, que têm forte participação de movimentos sociais formados por usuários dos serviços de Saúde Mental, seus familiares e trabalhadores desses serviços.

1.5 A cidadania reivindicada nas Conferências Nacionais de Saúde Mental

Desde 1987, as Conferências Nacionais de Saúde Mental têm sido marcos estratégicos na consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente no que se refere à construção do conceito de cidadania como eixo estruturante das políticas públicas de saúde mental e um dos espaços de participação dos

movimentos sociais antimanicomiais no intuito de institucionalizar suas demandas.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, estruturou-se em torno de três temas básicos. Entre eles, destacava-se o "Tema III – Cidadania e Doença Mental: Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental", sinalizando que a cidadania era compreendida como a restituição dos direitos civis, sociais e políticos às pessoas com sofrimento mental. Conforme o documento da conferência, “o conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.” (Ministério da Saúde, 1988, p. 21) Além disso, apontava-se que deveria “ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadão aos doentes mentais, assim como aos demais segmentos marginalizados da sociedade.” (Ministério da Saúde, 1988, p. 21) A proposta era, portanto, romper com a lógica da tutela e afirmar a pessoa com transtorno mental como sujeito pleno de direitos.

Na II Conferência (1992), o eixo temático “Da Cidadania” reafirma esse compromisso, articulando-o agora com a atenção integral em saúde mental. A cidadania passa a ser vista não apenas como princípio jurídico, mas como fundamento para um novo modelo assistencial. Segundo o relatório:

> O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades.” (Ministério da Saúde, 1994, p.6).

E ainda,

> Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos. (Ministério da Saúde, 1994, p. 7)

Como vemos, as noções de saúde e cidadania vão se fundindo ao longo das primeiras Conferências. A ideia de que ser saudável é ser um cidadão vai aos poucos se consolidado e produzindo estranhas semelhanças com propostas do passado. Por exemplo, a Psicoterapia Institucional francesa também propunha, na metade do século XX, que o hospital fosse uma escola de cidadania, com relações horizontais entre internos e equipe assistencial e decisões compartilhadas.

Certamente, Pinel, mais de um século antes, não propunha relações horizontais, ao contrário, como vimos, imaginava que a verticalização das relações com papeis hierárquicos bem definidos é que facilitaria a cura e a restauração da cidadania do alienado. Entretanto, o ponto comum é retorno da vida em sociedade com direitos e deveres. Para tanto, a II Conferência apresenta algumas propostas de ações para garantir o acesso à educação, ao trabalho e à cultura, bem como o incentivo à criação de dispositivos territoriais abertos, como centros de convivência e núcleos de geração de renda. Salientamos que noção comum de Pinel no final do século XVIII até o momento, ano de 2025, é de que o louco deve ter acesso ao trabalho e renda. Parece haver uma ideia comum e subjacente de que o gozo da cidadania passa pela produção e pela renda.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, reforça o vínculo entre as noções de cuidado e cidadania ao afirmar que a nova política pública de saúde mental deve:

> As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a **habilitação da sociedade para conviver com a diferença**. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania. (Ministério da Saúde, 2001, p. 23, grifo nosso).

No trecho acima, encontramos uma inovação em relação às conferências anteriores. É a primeira vez que num relatório final de Conferência Nacional de Saúde Mental se faz menção à reforma da sociedade, dos seus valores, como forma de garantir a convivência com o individuo dito louco. Nesse sentindo, a convivência não depende exclusiva ou prioritariamente da adaptação do louco à sociedade, mas da transformação desta de modo a ser mais inclusiva e diversa. As políticas públicas, sob esta ótica, devem produzir concomitantemente inclusão do individuo louco e transformação das relações sociais. Para tanto as propostas da III Conferência incluem a criação de fóruns locais de cidadania, o incentivo a práticas culturais nos serviços de saúde mental e a eliminação de barreiras legais que impedem o exercício pleno de direitos por pessoas com sofrimento psíquico.

Na IV Conferência (2010), o conceito de cidadania é elevado à condição de eixo estruturante do debate, inserido no eixo temático “Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.” Na apresentação do relatório, a

comissão relatora faz questão de apontar um problema que se agravou desde então: o financiamento público de entes privados para a oferta de assistência em saúde mental. Naquele ano, as políticas de financiamento de comunidades terapêuticas religiosas por parte do Estado era um tema quente e a política sobre drogas no Brasil começava a dar uma guinada conservadora impulsionada pelo tema das cenas de uso de *crack*, popular e pejorativamente chamadas de “Cracolândia”, que se espalhavam pelas grandes cidades do país. Nesse contexto, a Comissão convoca os usuários a participarem como ativistas na defesa das políticas públicas antimanicomiais. Nas palavras da Comissão:

> O Relatório da IV CNSMI, que temos o prazer de apresentar agora, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de
> um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social. (Ministério da Saúde, 2010, p. 10)

O relatório final da IV Conferência conta com mil e vinte e uma propostas organizadas em três grandes eixos, sendo o terceiro intitulado “Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético intersetorial”. Dentre as propostas contidas no terceiro eixo, grande parte faz menção a temas como moradia, trabalho e renda. Para não sermos repetitivos ou recorrermos a sucessivas citações, destacamos e aglutinamos os principais temas das propostas da seguinte maneira:

- Expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos como forma de garantir o direito à moradia digna e comunitária;
- Apoio e fomento a cooperativas sociais e empreendimentos de economia solidária voltados para a inclusão laboral;
- Parcerias com o Sistema Nacional de Emprego (SINE), SEBRAE, SENAI e SENAC para a capacitação e inserção no mercado de trabalho;
- Criação de linhas de microcrédito e programas de renda continuada voltados a usuários da saúde mental;
- Ações intersetoriais com o Ministério do Trabalho e da Previdência Social para inclusão econômica e acesso à seguridade social.

Destas, destacamos duas que nos parecem ilustrativas da ênfase que a IV Conferência deu aos temas trabalho e renda:

> 639. Elaborar e garantir projetos com a rede intersetorial, com o tema "Direitos Humanos e Cidadania", com fins de capacitação profissional e de possível (re)colocação dos usuários no mercado de trabalho.
> 640. Garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico a cursos técnicos,
> profissionalizantes e universidades, visando à inserção no mercado de trabalho. (Ministério da Saúde, 2010, p.109)

Como vemos nas propostas 639 e 640, a inserção social pelo trabalho, ou ainda, a capacitação para o trabalho é uma preocupação expressa recorrentemente no relatório e reivindicado como um direito que leva à cidadania. O anseio por inserir o louco na sociedade por meio do trabalho e da garantia de cidadania está documentado na última Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, nas contribuições teóricas dos reformistas italianos, em especial, nas décadas de 1970 e 1980, e no Tratado escrito por Pinel na França do início do século XIX. Desse ponto de vista, é possível afirmar que a ideia de reinserir o louco na sociedade, e sempre que possível, torná-lo produtivo e sujeito de direitos é uma retificação tão antiga quanto a própria psiquiatria; e talvez condição para o surgimento dela. Política e psiquiatria estão intrinsicamente imbricadas desde as primeiras formulações do Alienismo de Pinel até às mais contemporâneas experiências de contestação da psiquiatria como prática moral de ajustamento de condutas. Através da contestação do modelo de organização do Estado e do seu poder sobre os indivíduos nasceu a psiquiatria moderna. Os revolucionários franceses clamavam por cidadania, os reformistas brasileiros também. Estes últimos acusam a moral psiquiátrica de servir ao sequestro de direitos fundamentais dos indivíduos ditos loucos e visam por meio da ação política construir uma sociedade mais justa e diversa que garanta plena cidadania aos loucos.

As quatro conferências reafirmam que a cidadania é não apenas um direito, mas também uma prática coletiva, que exige transformação institucional, compromisso político e participação ativa dos indivíduos historicamente excluídos. Apontam para a política institucional como forma de garantir formalmente direitos, e os movimentos sociais que delas participam indicam que a militância e o ativismo político são os caminhos para passagem do formalismo ao gozo real e cotidiano da plena cidadania. Pinel parece concordar que não há dissociar ação política com assistência médica, ou em sentido mais amplo, com assistência em Saúde Mental. Segundo o alienista francês:

> O princípio da filosofia moral que ensina a não destruir as paixões humanas, mas a opô-las umas contra as outras, aplica-se igualmente à medicina como à política, e não está somente aí o único exemplo do contato entre a arte de governar os homens e aquela de curá-los de suas enfermidades. A

> diferença mesma, se aí há alguma, transforma-se em vantagem para a medicina, que se coloca de um ponto de vista mais elevado, considerando o homem em si, e independentemente de nossas instituições sociais, e muitas vezes não vê outro remédio senão o de contrariar as tendências da natureza, ou contrabalançá-las por afeições mais potentes. (Pinel, 2007, p. 227).

Como vemos, para Pinel governar e tratar são tarefas primas. Ele imagina que compreendendo a política, a medicina pode adotar um ponto de vista mais verdadeiro sobre o ser humano e tratar suas moléstias de maneira mais adequada. Os reformistas brasileiros parecem concordar. Atuando politicamente esperam transformar concomitantemente a sociedade e o modelo de assistência em Saúde Mental para melhor. Provavelmente aqui está outra coincidência entre Pinel e os reformistas brasileiros, ambos acreditam que seu ponto de vista é melhor, em especial, quando comparado em polarização política com o modelo anterior.

As coincidências entre a perspectiva ideológica de Pinel e da Reforma Psiquiátrica brasileira são o objeto do próximo capítulo em que apresentaremos uma origem comum, a metafisica.

Capítulo 2: A metafísica comum a Pinel e à Reforma Psiquiátrica Brasileira

Introdução

Ao examinarmos o percurso histórico da psiquiatria ocidental, é possível identificar pontos de convergência entre os fundamentos formulados por Philippe Pinel, no final do século XVIII, e certos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada em meados da década de 1970. Embora situados em contextos históricos e políticos radicalmente distintos, tanto Pinel quanto os reformadores brasileiros propuseram uma nova leitura sobre a loucura, vinculada à crítica de práticas de exclusão e à elaboração de dispositivos terapêuticos orientados pela possibilidade de reintegração do indivíduo à vida social.

Um dos aspectos centrais compartilhados por essas duas experiências é a compreensão de que a sociedade, tal como estruturada, representa um risco para o indivíduo em sofrimento psíquico. Pinel argumenta, em seu *Tratado médico-filosófico*, que certas relações sociais e experiências coletivas são capazes de corromper moralmente o indivíduo, contribuindo para a eclosão de estados de alienação mental. Por sua vez, os defensores da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para um imaginário social que associa o louco ao perigo, à imprevisibilidade e à incapacidade, o que legitima práticas manicomiais de segregação e justifica o encarceramento como uma forma de neutralização da diferença. Em ambos os casos, a proposta de intervenção institucional se pretende, ao menos em parte, como uma forma de proteção ao próprio indivíduo, exposto a mecanismos sociais de exclusão, preconceito e violência simbólica.

Outro ponto de contato significativo entre Pinel e os reformistas brasileiros reside na ênfase atribuída à reinserção social como objetivo terapêutico. Para Pinel, a alienação mental deveria ser compreendida como um distúrbio passível de remissão, desde que conduzido sob orientação racional e moral, com vistas ao retorno progressivo do indivíduo à convivência. De modo análogo, os dispositivos criados pela Reforma brasileira — como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e os programas de geração de trabalho e renda — operam sob a premissa de que o cuidado não se realiza apenas na contenção do sofrimento, mas sobretudo na restituição do vínculo com o

espaço público, com os laços comunitários e com os direitos de cidadania.

Essa perspectiva comum se torna ainda mais evidente quando se observa o papel atribuído ao trabalho como eixo terapêutico e ético. Em Pinel, a ocupação produtiva figura como estratégia de reordenação moral e disciplinar da vida do alienado. No paradigma da Reforma brasileira, o trabalho é concebido como instrumento de subjetivação e inclusão social, articulado às políticas de economia solidária, cooperativas e oficinas terapêuticas. Em ambos os casos, a atividade produtiva aparece como um meio de reconstrução do indivíduo e de sua reapropriação simbólica da vida social.

Embora a Reforma brasileira tenha operado uma crítica radical à instituição manicomial — da qual Pinel foi, ao mesmo tempo, reformador e legitimador —, a comparação entre suas propostas permite pensar que determinadas concepções sobre a loucura, o cuidado e a reinserção social atravessam diferentes regimes históricos, assumindo novas configurações sem perder totalmente sua filiação. A análise dessas aproximações, longe de desautorizar a Reforma, contribui para historicizá-la e compreendê-la como parte de uma longa disputa em torno da legitimidade dos saberes e práticas que se erguem sobre a experiência da loucura.

2.1 A metafísica como modo de pensar

A metafísica é uma das disciplinas mais antigas da filosofia ocidental, surgindo no contexto da Grécia clássica como uma tentativa de compreender a totalidade da realidade para além da experiência sensível. A denominação “metafísica” consolidou-se após a organização dos escritos de Aristóteles, sendo usada para designar aquilo que vem “depois da física” — não em ordem temporal, mas enquanto aprofundamento do nível investigativo que se volta à essência da realidade. Segundo Aristóteles, a metafísica é a “ciência do ser enquanto ser” (*tò òn hē òn*), isto é, um saber que busca apreender os primeiros princípios e as causas últimas que fundamentam e estruturam tudo o que há. Ela se distingue das ciências particulares por não investigar uma parte do real ou um aspecto específico da experiência, mas aquilo que é comum a todo e qualquer ente: o próprio ser. Ao tratar do ser de modo universal, a metafísica não se limitaria à empiria ou aos dados fornecidos pelos sentidos; ao contrário, ela os transcenderia, buscando o que há de mais originário e essencial na constituição da realidade.

No pensamento de Aristóteles, a metafísica não é um conjunto de proposições dogmáticas, mas um método de investigação que parte da experiência comum e se eleva ao conhecimento dos fundamentos mais profundos da existência. A pergunta formulada por Leibniz em *Monadologia*, “por que existe algo em vez de nada?”, sintetiza de forma paradigmática o tipo de inquietação que mobiliza o pensamento metafísico. Essa indagação conduz à busca das causas primeiras — material, formal, eficiente e final — que explicam a constituição e a finalidade de todas as coisas. É nesse horizonte que Aristóteles compreende a metafísica como sabedoria (*sophia*), isto é, como o saber mais elevado, que se ocupa com aquilo que é mais digno de conhecimento: o ser em sua totalidade. Assim, a metafísica se apresenta como uma ciência teórica por excelência, não voltada a fins práticos imediatos, mas à contemplação da verdade. O filósofo italiano Giovanni Reale (1974), por exemplo, reforça essa leitura ao afirmar que, em Aristóteles, a verdade se define como o conhecimento adequado daquilo que é, e a metafísica é a ciência que busca o ser verdadeiro na sua inteireza.

A busca da verdade é, portanto, o núcleo fundamental da metafísica, e essa verdade não é entendida como mera correspondência factual, mas como desvelamento do que as coisas são em sua essência. Esse desvelamento se realiza por meio da razão, que investiga os princípios que não podem ser demonstrados por nenhuma outra ciência, justamente porque todas as demais disciplinas pressupõem sua validade. Trata-se, portanto, de um saber fundacional, que fornece o arcabouço conceitual a partir do qual o mundo se torna inteligível. Desse ponto de vista, essa característica faz da metafísica um campo especulativo, pois é a partir dela que se estruturariam os pressupostos ontológicos e epistemológicos de todas as demais formas de conhecimento.

No curso da história da filosofia, a metafísica enfrentou diversas transformações, críticas e reformulações. A modernidade filosófica atribuiu-lhe um papel central ao considerar que toda ciência precisa de fundamentos que a justifiquem. Descartes (1994), por exemplo, entende a metafísica como o ponto de partida necessário para a construção de um saber seguro, ancorado em princípios evidentes e indubitáveis. Para ele, é somente por meio da metafísica que se pode estabelecer a validade da razão e da ciência. Em *Meditações Metafísicas*, Descartes afirma: “e, portanto, parece-me que já posso estabelecer como regra geral que todas as coisas que concebemos mui claramente e mui distintamente são todas

verdadeiras” (Descartes, 1994, p. 137). Além disso que ficou conhecida como “regra geral da verdade”, para ele, a metafísica reúne os princípios mais gerais – como substância, causa e efeito – que fundamentam todas as ciências.

A partir de Kant, no entanto, a metafísica é reinterpretada. Embora reconheça que a razão humana possui uma inclinação natural para a metafísica, Kant coloca em questão a possibilidade de ela constituir-se como ciência. Sua filosofia crítica estabelece que o conhecimento legítimo deve estar circunscrito ao domínio da experiência possível. Por isso, ele propõe uma análise das condições que tornam possível o conhecimento, deslocando o foco da metafísica tradicional para uma investigação transcendental. Ainda assim, ele reconhece que a metafísica expressa uma exigência inerente à razão. Para Kant (1994), a metafísica é uma disposição natural da razão, mas não é por isso um saber adquirido naturalmente. Ela é, antes, uma propensão inevitável da razão, e por isso mesmo nos impele a ultrapassar os limites da experiência.

É interessante perceber que Kant intui que a metafísica é um modo de pensar e não exatamente um método de investigação da realidade. Porém, ele parece atribuir à mente humana uma inclinação inata e incontornável ao modo metafísico de pensar, ao passo, que ele próprio imagina metafisicamente uma razão dissociada do indivíduo e suas condições capaz de criticar e superar os erros da mente humana.

Nietzsche (1998a) desenvolve uma crítica contundente à metafísica ao mostrar que ela se constituiu como um sistema de desvalorização da vida. A tradição filosófica ocidental, sobretudo a partir de Platão, instituiu a separação entre um mundo verdadeiro e um mundo aparente, concedendo maior valor ao primeiro e reduzindo o segundo a mera ilusão. Essa divisão, segundo Nietzsche, não apenas falseia a realidade, mas também introduz uma lógica de negação dos instintos vitais e da dimensão sensível da existência. Ao privilegiar conceitos abstratos, essências imutáveis e fundamentos transcendentes, a metafísica buscou oferecer estabilidade e segurança diante do caráter fluido da vida, mas, nesse processo, acabou por enfraquecer a potência criadora do ser humano. Para Nietzsche, a origem afetiva de nossa busca por ideais metafísicos está em nossos medos mais profundos (da morte, doença, ignorância, por exemplo). Imaginar um mundo idealmente ordenado, previsível e uma vida orientada por designíos universais atenua as angústias e ansiedades que derivam dos medos. O autor mostra a dimensão afetivas dos ideais metafísicos no aforisma 187 de *Para Além de Bem e Mal*:

> Abstraindo ainda de valores como “há, dentro de nós, um imperativo categórico”, pode sempre perguntar-se: o que nos diz tal afirmação a respeito de quem a faz? Há morais que se destinam a justificar perante os outros o seu autor; outras têm por fim acalmá-lo e pô-lo bem disposto consigo próprio; com outras quer crucificar-se e humilhar-se a si mesmo; com outras quer vingar-se, ou esconder-se, ou transfigurar-se e colocar-se nas alturas e distâncias; há a moral que serve para o seu autor esquecer, há outras para o autor se fazer esquecer a si ou a algo de si; certo moralista queria exercer sobre a humanidade o seu poder e o seu capricho criador; outro, talvez justamente Kant, daria a entender com a sua moral: “o que há de respeitável em mim é o fato de eu poder obedecer, – e convosco *deve* passar-se precisamente o mesmo que comigo!” – numa palavra, as morais também não passam de uma *linguagem simbólica dos afetos*. (Nietzsche, 1998a, p. 93).

Contra essa herança, Nietzsche (1998b) propõe a superação da metafísica em favor de uma filosofia afirmativa, que reconhece o devir, a multiplicidade e a mudança como traços constitutivos da realidade. Em lugar da busca por verdades eternas e universais, ele destaca o papel da perspectiva e da interpretação, compreendendo o conhecimento como inseparável da vida e do corpo. A crítica nietzschiana evidencia que os sistemas metafísicos não passam de construções humanas, elaboradas para responder ao medo da impermanência. Sua proposta, portanto, é afirmar a vida em sua imanência, afirmando o caráter transitório do mundo e valorizando a criação como expressão da vontade de potência.

No século XX, a crítica à metafísica assume novos contornos. Heidegger, em particular, denuncia o “esquecimento do ser” como traço fundamental da tradição metafísica ocidental. Para ele, ao longo da história, a metafísica ocupou-se dos entes e de suas categorias, negligenciando a questão do ser enquanto tal. Sua proposta consiste em recuperar o pensamento originário do ser, anterior às divisões entre sujeito e objeto, essência e existência.

Apesar das críticas, a metafísica não desaparece. Ao contrário, ela ressurge em novas formas e permanece como eixo de debates filosóficos contemporâneos. Étienne Gilson observa que a história da filosofia é, em grande medida, a história das tentativas de superação da metafísica, mas tais tentativas invariavelmente culminam em novas formas de metafísica. Para Gilson (1952), a história da metafísica não é linear, mas sim marcada por uma série de rejeições: cada nova escola filosófica procura desbancar a metafísica que a antecede, contudo acaba por construir, involuntariamente, uma nova estrutura metafísica. Ou seja, a crítica não a elimina, mas transforma as bases metafísicas anteriores em ordem a instaurar outras.

Como vimos em Kant, não é raro que a alternativa à metafisica seja um outro conteúdo metafisico.

Danilo Marcondes propõe compreender a metafísica não apenas como um corpo doutrinário, mas como uma atitude filosófica permanente, marcada pela reflexão sobre as condições últimas da existência e do conhecimento. Segundo Marcondes (2000), a metafísica, nesse sentido, é o exercício de refletir sobre as condições últimas da existência e do conhecimento, sendo, por isso, inseparável da própria prática filosófica. Não se trata apenas de um conteúdo sistematizado, mas de um modo de pensamento que busca compreender o fundamento último da realidade.

Marcondes parece recair no mesmo equívoco que Kant ao considerar a metafísica como inata à experiência de pensar. Dessa perspectiva, pensar é igual a pensar metafisicamente ou criticá-la, em um exercício de polarização que a mantém como referência.

Ao abordar a questão da metafísica, André Martins propõe uma releitura que subverte o entendimento tradicional desse campo como mero ramo da filosofia, nos convidando a perceber a metafísica como uma forma de pensar profundamente enraizada na cultura ocidental. Para Martins (2023):

> Nas origens da filosofia como a entendemos hoje, na Grécia Antiga, Sócrates, assim como Platão ao escrever as teorias daquele, e Aristóteles, discípulo deste, se opuseram aos mitos, e propuseram o que consideraram e nomearam como um pensamento racional, dando início, na história, não só à filosofia racional ocidental, como também, por conseguinte, à ciência. Mas suas teorias também foram utilizadas para fundamentar as doutrinas religiosas, tornadas teológicas, e isso não se deu por acaso, mas pela metafísica imaginativa comum tanto aos mitos quanto à filosofia e sua concepção de razão que historicamente os desbancaram. Platão em seus discursos apresenta como sendo a razão uma busca de verdades que não dependem da tradição, da transmissão intergeracional, dos medos e das superstições. Estas verdades seriam puras, perenes, imutáveis, e seriam acessadas por meio da mente através de um exercício dialético argumentativo. Segundo sua teoria, transmitida, no entanto, por um discurso alegórico e portanto de estilo literário, as ideias puras existiriam em outro mundo, e os argumentos lógicos dialéticos permitiriam à mente acessá-las, ou mais precisamente, participarem delas, pelo fato de as ideias da mente humana se aproximarem das ideias puras, por serem suas cópias, embora degradadas pelo fato de estarem encarnadas na matéria. A matéria, e no caso do humano seu corpo e seus afetos, seriam assim o lugar e a fonte do erro e da impureza. O corpo e os objetos materiais estariam, em uma gradação valorativa essencialista, metafísica e moral, na escala mais baixa da existência. Cerca de meio milênio depois, notadamente com Agostinho, mas não só, a doutrina cristã apenas acrescentou à ideia platônica de impureza aquela de pecado, e ao mundo das ideias perfeitas a de um Deus imaterial, em cuja mente as ideias perfeitas existem. (Martins, 2023, p.367).

Essa perspectiva desloca o debate filosófico da mera análise de conceitos abstratos para a observação dos efeitos concretos desse modo de pensamento sobre as estruturas sociais, institucionais e subjetivas, revelando como a metafísica sustenta e orienta nossa visão de mundo, inclusive nas esferas do direito, da política, das políticas públicas e da clínica. Dessa forma, a metafísica é um modo de pensar que desvaloriza o real imanente em nome de uma realidade idealizada, porém falsa. Martins (2023), mostra que o pensamento metafísico é antes de mais nada uma defesa psicológica que indivíduos e grupos utilizam para diminuir a angústia e ansiedade diante de aspectos da realidade que os faz sofrer. Segundo o autor:

> A metafísica é um termo filosófico que designa aquilo que transcende a experiência sensível, seja isso que transcende considerado como sendo o ser ou como formas da razão, ou o que quer que seja que se considere como se situando para além da natureza e da própria existência. Esta hipótese, no entanto, somente pode ser considerada e formulada por alguém que esteja na experiência e exista na natureza, o que mostra o incontornável caráter especulativo – ou imaginário – do que é assim considerado. Donde podemos depreender, tal como proponho, ser esta suposição ou pretensão metafísica explicável e compreensível pela filosofia da mente e pelo conhecimento do psiquismo, como produção psíquica motivada por demandas e necessidades psicológicas específicas e contextuais a partir de certas experiências vivenciadas que permaneceram incompreensíveis por aqueles que encontram conforto nessa inferência. (Martins, 2023, p. 334).

E ainda:

> A metafísica como forma defensiva de pensamento em cada indivíduo, idealizando outros mundos onde não haveria dor, finitude, doença, degradação física ou mental se mostra, ao longo dos tempos e em toda a humanidade, particularmente visível nas diversas doutrinas religiosas. Uma das funções inegáveis das religiões é o consolo metafísico e a amenização do medo pela ativação do sentimento de esperança, seja esta de melhora de saúde, seja de justiça, seja de um mundo melhor, este mundo por sua vez sendo localizado ou em um tempo futuro em vida ou em uma vida futura. Um consolo metafísico, um paliativo simbólico e psicológico que tem o poder de operar, a partir da força da imaginação, efeitos na vida real, modificando a maneira de vivenciar os fatos inelutáveis. (Martins, 2023, p. 336).

Martins (2023) destaca que reconhecer os efeitos da metafísica é fundamental para entender o funcionamento de pressupostos que atuam, muitas vezes de modo invisível, nas relações humanas. Tomando a metafísica não como conteúdo, mas como modo de pensar, o autor nos mostra que as ideologias, todas

elas, indistintamente, são idealizações defensivas acerca da realidade, ou melhor, de certos aspectos da realidade; respostas afetivas aos medos e indignações que sentimos, e, dessa forma, projeções de um funcionamento desejado/idealizado do mundo e da vida, que se atingido, nos livraria das angústias e injustiças que encontramos no mundo real. Nas palavras do autor:

> Como a idealização é uma imaginação, isto é, uma associação de ideias imaginadas, ficcionadas, fantasiadas como melhores do que o real atual, ela se dá na mente, em oposição ao que é sentido e percebido pelos afetos atuais, nas interações atuais com o ambiente real. O "outro mundo", ou "como as coisas deveriam (supostamente) ser", é um pensamento, uma imaginação, criada na mente como forma de tornar mais suportáveis as adversidades e contrariedades reais. A grande questão é se esta idealização compromete a parte boa do real e da vida, quando a percepção dos pontos ruins se sobrepõe àquela dos pontos bons, e só restam as fugas, evasões, paliativos, anestesias e analgesias; ou se os consolos não prejudicam a percepção e a fruição do todo da vida, não apenas reativamente na forma de adicções, lenitivos, descarga, catarse, para divergir, entreter e "esquecer" das dores - na verdade para fingir que não se as sente, para não olhar para elas, para não integrá-las na vida. (Martins, 2023, p. 366).

Essa perspectiva é decisiva, pois indica que a busca por consensos e resoluções estáveis pode estar enraizada em uma expectativa metafísica de permanência e universalidade – um desejo inconsciente de segurança – o que muitas vezes inviabiliza a abertura ao novo e ao inesperado, características essenciais dos processos vivos de negociação e transformação social. Seu argumento nos ajuda a compreender que pensar metafisicamente, em qualquer contexto, significa deslocar inconscientemente conteúdos e correlações inadequadas em relação ao real.

Tal crítica rompe com a tradição que busca fundamentos últimos e critérios universais, deslocando o foco para o campo da diferença e da criação, abrindo espaço para práticas mais flexíveis, dinâmicas e abertas à pluralidade de perspectivas. A crítica à metafísica atinge qualquer pretensão de estabelecimento de verdades últimas e inquestionáveis.

O desejo de estabilidade absoluta, de uma ordem apaziguadora está na raiz de qualquer ideologia. E para que a defesa metafísica ideológica funcione (sempre parcialmente) é preciso que ela se organize em oposição a outros conjuntos ideológicos, de forma que a polarização afetiva/ideológica mantenha a coesão do grupo, o sentido de verdade de suas afirmações, e algum grau de tolerância com

suas incoerências internas. A polarização serve ainda para que o outro e suas ideias sejam percebidos com um mal maior em comparação com as incoerências internas do grupo e para que sacrifícios sejam tolerados em nome de uma causa maior e finalmente redentora dos males e sofrimentos.

O mesmo pode ser dito sobre qualquer ideia ou proposta que reivindica ser mais do que uma resposta provisória num determinado contexto histórico, e se arvore a ser universal e atemporal. Quando tratamos de políticas públicas, quanto mais elas responderem ao real do seu tempo melhor. Dito de outra forma, quanto mais resolverem ou atenuarem um problema real de um determinado contexto histórico melhor. O contrário também se verifica. Piores serão as políticas públicas que se pautarem pela ideologização do real, que procurarem resolver um problema ideológico, ou seja, formal e discursivo no campo da disputa política, e negligenciarem os problemas reais que afetam a pessoas reais. Um exemplo disto e que veremos mais a frente é a ideia de promoção de cidadania ao louco preconizada pelos reformistas brasileiros. Como se diz popularmente, “o tiro às vezes sai pela culatra”.

Dessa forma, as ideologias acabam por replicar o desejo metafísico de estabilidade e universalidade, negligenciando a multiplicidade dos sujeitos, dos contextos e das experiências singulares. Com isso, práticas ideologizadas correm o risco de se reduzirem à aplicação automática de princípios abstratos, perdendo o potencial criativo e transformador da realidade imanente.

Martins (2023) indica que superar a metafísica não se trata de simplesmente rejeitá-la, mas sim de abrir-se à diferença e ter em conta o real imanente, não se cerrando em defesas ideológicas e identitárias que transformam as complexas tensões sociais em simples polarizações. Segundo o autor, superar o modo metafisico de pensar pode proporcionar aos indivíduos e a coletividade um reencontro com a potência transformadora/criativa que há em nós e que nos permite agir no mundo real para melhorar as condições de vida individual e coletiva. O que Martins (2023), nos mostra é que se pudermos compreender as razões afetivas de nossas defesas psíquicas e agir nas causas, seremos mais potentes individualmente e mais capazes de viver melhor em sociedade. Nas palavras do autor:

> Por isso me parece importante entendermos que a metafísica está na origem da formação de ideais de verdade e da pretensão - compreensível, mas ineficaz e mesmo contraproducente - de "correção da existência", que

> finda por exercer uma função moral e ao mesmo tempo paradoxalmente conservadora do problema, ao reprimir o indivíduo, ao invés de contribuir para que ele compreenda o que se passa em sua afetividade. E entendermos que a metafísica é antes de tudo uma defesa psíquica individual, ainda que fomentada pela coletividade e disseminada pela sociedade como solução cultural para conflitos psíquicos. Ultrapassar os ideais metafísicos, ao invés de levar o indivíduo ao desamparo, o fortalece ao integrá-lo através da compreensão de si e do outro, e da prática ética que daí decorre. A reforma do pensamento, de que fala Spinoza, consiste em compreender os afetos, ao invés de julgá-los, e através da compreensão de nossas motivações, entender o quanto a reatividade pode ser prejudicial à própria pessoa. (Martins, 2023, p. 388).

Portanto, a abordagem de André Martins sobre a metafísica oferece ferramentas conceituais decisivas para repensar tanto a filosofia quanto as práticas em diversos campos como Justiça, Saúde e Educação, por exemplo, desafiando o pensamento a se libertar de amarras metafísicas e abrindo-se à construção de novos horizontes de sentido.

Entretanto, o horizonte traçado por Aristóteles, em que a razão é convocada a desvendar princípios universais e causas primeiras, ainda exerce forte influência sobre as práticas intelectuais e sociais do Ocidente, perpetuando o ideal de que o mundo pode – e deve – ser compreendido em sua totalidade por meio de categorias fixas e estáveis. No entanto, autores como André Martins trazem à tona as consequências dessa postura diante do real, especialmente quando tal expectativa é projetada sobre a dinâmica dos conflitos humanos e institucionais.

Enquanto Aristóteles concebe a busca da verdade como o ponto culminante da experiência filosófica, sustentando que a razão pode alcançar o “ser verdadeiro”, Martins questiona se tal aspiração não implica, muitas vezes, uma idealização que recobre a complexidade, a pluralidade e a contingência do mundo real vivido. O desejo de encontrar respostas definitivas e soluções universais frequentemente leva indivíduos e grupos a instituir esquemas rígidos de compreensão da realidade, que se transformam, no limite, em sistemas ideológicos.

Essa tendência manifesta-se tanto em contextos teóricos quanto práticos: na tentativa de superar noções e práticas estabelecidas pela psiquiatria desde Pinel, por exemplo, a Reforma brasileira recorre a noções semelhantes e a ideologização de suas práticas. Nesse sentido, o louco deve ser convertido em cidadão e o trabalho em saúde torna-se uma forma de militância. Sendo o mundo injusto, é preciso torná-lo justo, mesmo que pelo caminho algumas injustiças sejam cometidas e toleradas em nome do resultado esperado. Pinel concordaria com essa ideia e o

faria porque enxergava no seu ofício um sentido ideológico de transformação do mundo orientado por uma concepção de justiça. O aspecto metafísico comum a Pinel e seus críticos não está no conteúdo ideológico, mas propriamente no modo de pensar ideologizado, no julgamento da realidade que faz ao imaginar que ela **deveria** ser de determinada outra maneira. Evidentemente não estamos propondo nenhuma forma de resignação frente às injustiças ao criticar as ideologias, até porque muitas injustiças são resultantes de práticas ideológicas, mas argumentando que é possível pensar considerando o real imanente e que não o fazer produz as injustiças que se queria combater.

Martins propõe uma inversão desse paradigma: se, para Aristóteles, a verdade corresponde ao desvelamento do ser em sua essência, para a reflexão imanentista é necessário desconfiar das promessas de totalidade e universalidade. A crença numa verdade absoluta, longe de ser apenas uma postura epistemológica, assume frequentemente um caráter normativo e excludente, tornando-se fundamento para o fechamento de horizontes e para a produção de ideologias e polarizações. Ao idealizar o real, perde-se a capacidade de escutar o novo, o múltiplo e o divergente – exatamente os elementos que, segundo Martins (2023), constituem o cerne dos processos vivos de negociação e convivência. Tal idealização não raras vezes leva a imaginar uma polarização entre bem e mal e a projetar o mal no outro. Quando olhamos para o panorama da Saúde Mental, encontramos reformistas contra manicomiais, do ponto de vista dos reformistas; e defensores de uma “verdadeira assistência psiquiátrica” contra militantes fanáticos, considerando o ponto de vista daqueles que criticam as propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Assim, a crítica de Martins à metafísica, situada para além da rejeição pura e simples da tradição, propõe uma abertura à diferença e à incerteza, reconhecendo que todo saber, inclusive o filosófico, é sempre situado, contingente e inacabado. Trata-se de uma perspectiva que exige zelo sobre as próprias categorias de pensamento, questionando os fundamentos e afetos que sustentam tanto nossas teorias quanto nossas práticas institucionais.

2.2 Confusões metafísicas nas experiências da Reforma Psiquiátrica brasileira

2.2.1 Assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade do Rio de Janeiro

As assembleias realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam uma das mais importantes inovações do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, consolidando-se como dispositivos clínico-políticos de extrema relevância na atenção psicossocial brasileira. Essas práticas institucionais, que reúnem usuários dos serviços, seus familiares e profissionais da equipe multidisciplinar, são atravessadas por múltiplas dimensões que vão desde a construção de laços e pertencimento até a concretização de princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, como a participação popular e o controle social. No contexto da Reforma Psiquiátrica, as assembleias emergem não apenas como uma técnica de gestão democrática, mas como uma prática ética e política que possibilita que o cuidado em saúde mental seja realizado de forma horizontalizada, acolhedora e comprometida com os direitos humanos.

As assembleias são concebidas como espaços regulares de escuta, deliberação e troca de experiências, nos quais se busca romper com a lógica hierárquica da medicina tradicional e construir um campo de interlocução entre saberes diversos. Ao se reunir para discutir questões do cotidiano do CAPS, avaliar atividades, sugerir mudanças e denunciar situações de negligência ou violência institucional, os usuários passam a exercer um papel ativo na produção do cuidado. A reunião desses diferentes atores em um mesmo espaço simbólico e físico concretiza a proposta de um serviço territorializado, que valoriza os vínculos e reconhece os usuários como protagonistas de sua própria trajetória terapêutica. Nesse sentido, as assembleias cumpririam o papel de efetivar o princípio da equidade e o reconhecimento da singularidade, característicos da clínica ampliada em saúde mental.

No plano político, as assembleias viabilizam o exercício do controle social e da cidadania ativa. O controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) não se restringe à atuação dos conselhos de saúde ou às instâncias formais de gestão, mas compreende todo e qualquer espaço em que os cidadãos possam interferir nas decisões sobre políticas públicas e serviços que os afetam. As assembleias se

inscrevem nesse marco como mecanismos de gestão compartilhada, nos quais os sujeitos têm a oportunidade de participar da formulação, acompanhamento e avaliação das ações do serviço. Como demonstram Giuntini e Muñoz (2024), esses espaços não apenas acolhem as demandas dos usuários, mas se tornam dispositivos de transformação institucional, na medida em que convocam todos os participantes à responsabilização coletiva. Nas palavras das autoras: "a assembleia se constitui como dispositivo clínico e político dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois se estabelece como espaço de participação popular e ao mesmo tempo opera como dispositivo de cuidado para sujeitos com grave sofrimento psíquico" (Giuntini; Muñoz, 2024, p. 3).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, o exercício da cidadania nos CAPS seria impulsionado pelas assembleias à medida que os usuários se percebessem como sujeitos de direitos, capazes de reivindicar melhorias e propor mudanças. Trata-se de uma **pedagogia política** que visa romper com a lógica da tutela e da dependência, promovendo a autonomia e a emancipação. Nesse processo, o diálogo e a escuta atenta ganhariam centralidade, possibilitando que as experiências de sofrimento não sejam silenciadas, mas convertidas em matéria de reflexão e ação coletiva. Os relatos de experiências conduzidas em diferentes contextos do país, como os apresentados por Silva, Cavalcante e Veras (2022), demonstram que, ao serem ouvidos, os usuários passam a compreender melhor seus direitos, expressar desejos, questionar o funcionamento do serviço e propor soluções concretas para problemas enfrentados no cotidiano. Tais práticas não apenas fomentariam a co-gestão dos serviços, mas ativariam processos de empoderamento que se estendem para além das fronteiras institucionais. Segundo as autoras, as assembleias foram decisivas para promover melhorias objetivas no funcionamento do CAPS, como a qualidade da alimentação oferecida e as condições físicas do espaço, mas também para gerar consciência crítica e articulação política entre os participantes (Silva; Cavalcante; Veras, 2022).

O empoderamento dos usuários, entendido como processo de fortalecimento da capacidade de agir sobre sua própria vida e sobre o contexto em que está inserido, é potencializado nas assembleias, pois ali são discutidas não apenas questões operacionais do serviço, mas também as condições sociais, econômicas e políticas que afetam diretamente a saúde mental. Quando o usuário compreende que sua experiência de sofrimento está atravessada por desigualdades estruturais e

que ele pode intervir nesse cenário junto a outros, abre-se um caminho para a construção de um cuidado mais horizontal, crítico e transformador. O empoderamento também se estende aos familiares, que nas assembleias encontram um espaço legítimo para expressar suas angústias, trocar experiências e se implicar no projeto terapêutico dos seus entes. (Vasconcelos, 2013)

Tendo esse panorama sobre as funções das assembleias e seu papel estratégico na promoção de cidadania em mente, cabe compartilhar, a título de exemplo, algumas experiências vividas em mais de vinte anos de atuação na Saúde Mental.

O primeiro caso é uma assembleia geral de usuários, familiares e trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, do tipo II, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Para a realização da assembleia alguns princípios eram levados em conta e repetidos pela coordenação do serviço à equipe técnica semanalmente nas reuniões de equipe. Esses princípios são: (i) é mandatório a participação de todos os funcionários indistintamente, não importando a profissão, o grau de escolaridade ou função exercida no serviço. Dessa forma, preconizava-se que funcionários da limpeza, manutenção, segurança, administração se juntassem aos profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, estagiários e residentes na assembleia. (ii) A assembleia deveria ter pauta previamente estipulada e amplamente divulgada. (iii) Era fundamental reunir o maior número possível de usuários e familiares.

Nesse CAPS, a assembleia acontecia uma vez por mês, mas não raras vezes o intervalo entre as assembleias extrapolava os trinta dias. Essa atividade acontecia em uma espécie de pátio interno. No horário da assembleia todos os participantes eram convidados a levarem cadeiras para esse espaço e sentarem dispostos em semicírculo. A assembleia seguia uma liturgia: primeiro era lida a ata da assembleia anterior; em seguida, eram transmitidas oralmente por um ou mais participantes informações sobre eventos ou datas importantes, esse momento era chamado de “informes”; após os informes, a lista de temas pautados para o dia era lida; e por fim abria-se para debate.

Cabe ressaltar que a parte anterior ao debate da pauta costumava ser longo e, em geral, produzia certa desmobilização dos participantes. Havia muitas interrupções para pedir que os usuários permanecessem sentados e pedidos para que falas espontâneas sobre temas diversos fossem deixadas para outro momento.

Numa dessas assembleias, a pauta era a higiene dos banheiros destinados aos usuários. Era consenso entre os participantes que os banheiros costumavam estar sujos porque os usuários não colaboravam para a manutenção da limpeza. Vasos sanitários urinados nos banheiros dos homens; absorventes descartados de modo inadequado no banheiro das mulheres; usuários que não davam descarga nos sanitários eram algumas das reclamações vocalizadas por um pequeno grupo de usuários mais participativos e dois ou três familiares. A maior parte da audiência permanecia sentada, mas alheia ao que se discutia. Em determinado momento, um usuário reconhecidamente loquaz e megalomaníaco pede a palavra. Os ânimos da equipe técnica e do pequeno grupo de usuários e familiares ativamente participativos se modifica. A palavra é concedida a esse usuário, mas a forma como isso aconteceu demonstrava impaciência por parte da coordenação da assembleia. O rapaz inicia sua fala dizendo que os banheiros eram sujos porque “os pobrezinhos” que ali frequentavam eram “brasileiros” e que nos Estados Unidos “aquela imundice” não seria tolerada. A fala gerou comoção na plateia. Alguns se sentiram pessoalmente atacados e a coordenação da assembleia interveio. A palavra foi restituída ao rapaz que seguiu com elogio aos Estados Unidos e iniciou uma anedota sobre um conhecido que viajou para lá. Imediatamente a coordenação interveio novamente, mas dessa vez para pedir que as falas se limitassem ao tema em discussão. O usuário se calou e outra pessoa tomou a palavra. A medida que o novo orador expunha suas ideias, o rapaz anterior levantava e fazia comentários sobre os Estados Unidos e era imediatamente advertido pela coordenação. Essa dinâmica se repetiu diversas vezes, inclusive com um discurso inflamado deste usuário sobre a democracia estadunidense: – Lá, eu não seria impedido de falar! Afirmava aos brados. Um outro usuário emenda dizendo que é muito educado e que ele não suja o banheiro, mas ainda assim era criticado pela sobrinha com quem vivia e era sua curadora legal. Contou que se sentia magoado com as críticas injustas da sobrinha e com o rigor com que era tratado em casa. Foi apoiado aos gritos e aplausos pelo primeiro usuário. A coordenação da assembleia pediu a palavra: – Gente, essas são questões importantes, mas que devem ser conversadas em outros espaços. Você pode levar isso para a consulta com a sua psicóloga e para o grupo de família. Disse olhando para o usuário que se queixava da sobrinha. – E você – olhou para o outro – porque não participa das reuniões de preparação para o ato do 18 de maio? Lá, muitas questões políticas estão sendo debatidas.

A assembleia foi interrompida por uma das copeiras que começou a servir o lanche da tarde. Apesar dos protestos reiterados da coordenação do serviço, o lanche precisava ser servido pontualmente não importava o que acontecesse porque a copeira trabalhava em uma empresa terceirizada que entrega e serve as refeições, e ao terminar de servir o lanche, a copeira deveria ir para outra unidade realizar o mesmo serviço. Quem já esteve em um serviço de saúde mental sabe que nada é mais imperativo do que uma refeição. Ao ouvirem a copeira anunciar o lanche, boa parte dos espectadores se levantou imediatamente e seguiu para o refeitório. Um pequeno grupo formado quase que exclusivamente por profissionais continuou para produzir um encerramento institucional daquela assembleia e deliberar que a pauta seguiria em debate na próxima assembleia.

Este é um exemplo da interpretação metafísica da cidadania. A idealização do funcionamento de uma assembleia mostra-se tão rígido neste exemplo, que levando ao paroxismo os pedidos da coordenação da assembleia aos dois participantes mencionados, apreende-se que o real pedido era para que eles não se portassem como loucos enquanto a assembleia acontecesse. Que adiassem a loucura para outro momento, preferencialmente para os momentos especificamente indicados ou prescritos pela coordenação.

Nesse caso, a cidadania não é algo a ser promovido, mas um pré-requisito para a participação naquele espaço. Falas desconexas ou idiossincráticas não eram bem-vindas porque aquele não era o momento para isso. Os demais participantes que permaneceram calados e alheios ao que se passava produziam menos interesse e indignação aos coordenadores da assembleia. A idealização de um louco-cidadão parece revelar um desejo secreto de anulação da loucura para que a parte cidadã, entenda-se sã e adaptada à convenção social, prevaleça e assim atue socialmente para denunciar as injustiças sociais e lutar por ampliação e garantias de direitos. No que Pinel discordaria disto? Provavelmente em situação igual, Pinel imaginaria que quando os dois personagens dessa vinheta puderem participar ativa e racionalmente dos debates concernentes à coletividade estarão finalmente curados. Assim, as assembleias cumpririam um duplo papel: a promoção de cidadania e a ação terapêutica.

A dimensão terapêutica das assembleias, ainda que não seja seu objetivo inicial, também merece destaque entre os reformistas. Embora concebidas como espaços deliberativos, essas reuniões produziriam efeitos clínicos, como a

ressignificação da experiência de sofrimento, o fortalecimento de vínculos interpessoais e a ampliação da rede de suporte social. A análise conduzida por Junqueira, Carniel e Mantovani (2015) mostra que as assembleias operam como espaços de cuidado na medida em que proporcionam o acolhimento da singularidade, a escuta empática e a legitimação da fala dos usuários. Os autores enfatizam que tais espaços favorecem a construção de protagonismo e autonomia, sendo fundamentais para consolidar práticas instituintes capazes de produzir subjetividades menos marcadas pela lógica da exclusão. Conforme os próprios autores afirmam: "acredita-se, através do grupo objeto desse estudo, que esse dispositivo funcione como uma das formas de atenção aos sujeitos e como recurso terapêutico produtor de autonomia, na busca pela maior participação e responsabilização dos usuários em seu tratamento, além de representar um importante instrumento institucional." (Junqueira; Carniel; Mantovani, 2015, p. 34).

Nesse mesmo sentido, a análise ética e epistemológica proposta por Costa-Rosa (2013) contribui para compreender as assembleias como dispositivos do paradigma psicossocial, em oposição ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. O autor argumenta que o cuidado em saúde mental deve ser sustentado pela escuta e pela alteridade, e que os espaços institucionais devem estar abertos à invenção, à negociação e à partilha. As assembleias, nesse contexto, seriam entendidas como práticas de produção de cidadania, pois ao convocarem o indivíduo a se implicar em seu tratamento, rompem com a lógica do sujeito passivo e instituem novas formas de pertencimento e responsabilização.

Considerando a revisão da literatura acerca das assembleias, nota-se a tensão entre o que é coletivo e o individual. Os autores parecem partir do pressuposto de que a melhoria das condições da vida coletiva produz melhoria no bem-estar individual. A pergunta que nos fazemos é se este pressuposto é válido. No exemplo que citamos anteriormente, é possível afirmar que a melhora da conservação dos banheiros produziria sempre e necessariamente alívio para as questões que os dois usuários citados enunciavam durante a assembleia? Banheiros mais limpos é melhor para todo mundo quando se vai usar o banheiro, mas modifica as questões subjetivas e o sofrimento dos dois rapazes em questão? O aspecto metafísico presente nesta questão está em idealizar um funcionamento coletivo ótimo que como por mágica atuasse no alívio do sofrimento individual. Supomos que se trata de uma concepção ideológica que imagina que mero

incremento das condições materiais de vida seria suficiente para transformar a experiência subjetiva de viver. Nesse sentido, o pobre sofreria por ser pobre, sendo a cura do seu sofrimento a melhoria das condições objetivas da sua pobreza. Por sua vez, o rico sofreria por frescura, visto que não teria porque sofrer já que sua vida material é abastada. Um exemplo desta confusão, é a maneira como Antonio Lancetti distingue indivíduos pobres e ricos que fazem uso prejudicial de drogas. Segundo o autor:

> Na experiência do Proad, os fumadores de maconha que voltam ao trabalho ou ao estudo, voltam porque já trabalhavam ou estudavam. É diferente do que ocorre com os dependentes severos das classes altas. Eles não poderiam voltar porque nunca estiveram no mundo do trabalho ou integrados na rede de ensino. **Mimados**, são mais difíceis de desmamar. (Lancetti, 2008, p.83, grifo nosso).

Como se nota, Lancetti recorre à moralidade para explicar porque a estratégia de redução de danos, em sua experiência, funciona melhor entre os pobres do que com os ricos. A interpretação subjacente é que os pobres fazem uso abusivo de substâncias para suportarem a dura realidade material e social a que estão submetidos enquanto os ricos o fariam por falha de caráter. Uma segunda e complementar interpretação também é possível: os pobres voltariam a estudar e trabalhar porque dependem da educação formal e do trabalho para superarem as dificuldades materiais. Por sua vez, os ricos não teriam motivo para se esforçarem já que não lhes falta nada materialmente.

A leitura que Lancetti faz dos limites da clínica da redução de danos quando considera públicos com diferentes perfis demográficos revela não apenas uma clínica atravessada pela concepção ideológica da luta de classe, mas um ódio de classe. Certamente é frustrante oferecer uma proposta terapêutica a um público e constatar que ela, naquele contexto, não funciona. Mas isso deveria servir para procurar novas invenções e não para fazer uma defesa ideológica e passional de um determinado método e culpar os pacientes pelas suas doenças. Nada mais pineliano do que a interpretação de Lancetti.

Em outras assembleias, dessa vez realizadas em um CAPS, tipo II, num pequeno município da região metropolitana do Rio de Janeiro, usuários, familiares e profissionais debatiam sobre a importância do protagonismo dos usuários do CAPS nas eleições municipais que se aproximavam. Antes de avançarmos é preciso apresentar uma informação. Naquele município, que contava com um CAPS II, um

CAPSad, destinado aos cuidados de saúde mental para pessoas em situação de abuso de álcool e outras drogas, e quase uma dezena de residências terapêuticas, apenas uma funcionária do programa municipal de saúde mental era concursada e contava com estabilidade funcional. Os demais profissionais de todas as categorias e níveis hierárquicos eram contratados via uma cooperativa.

Nas assembleias, os usuários pouco falavam. A palavra circulava basicamente entre alguns profissionais e um pequeno grupo de familiares que pretendia formar em breve uma associação de usuários, familiares e profissionais para defender a saúde mental antimanicomial naquele município. Os debates se davam em torno dos riscos de desmonte do programa municipal de saúde mental caso o atual prefeito não fosse reeleito. Não havia pedidos explícitos de votos, mas as falas repetidas assembleia após assembleia iam formando um clima de apreensão entre os usuários e seus familiares e entre os profissionais que temiam perder o emprego. No intervalo entre duas assembleias, um usuário me procurou. Contou que estava muito preocupado, que temia a minha demissão caso o prefeito não fosse reeleito. Afirmou que levara muito tempo para confiar em mim, e agora que se acostumava com a minha presença e com nossas conversas que se davam no CAPS ou na varanda de sua casa durante as visitas domiciliares que eu lhe fazia quando passava muito dias sem ir ao CAPS, não queria perder aquilo que considerava algum progresso em seu tratamento. Ao longo dos meses que antecediam as eleições, esse rapaz foi progressivamente piorando. Ele que costumava fazer cortes nos braços durante crises de angústia, passou a se cortar mais frequentemente e suspeito que a abusar de álcool também.

Evidentemente a alternância de grupos políticos com visões antagônicas acerca das políticas publicas de saúde mental é um tema sensível, mas não propriamente pela divergência de concepções acerca das políticas, mas pela precária sustentação das políticas pelo personalismo. Em democracias maduras, nenhum chefe do poder executivo em qualquer esfera é capaz de desmontar um programa de saúde previsto na Constituição Federal e garantido por dezenas de leis, resoluções ministeriais e normas técnicas dos diversos conselhos federais das profissões em saúde regulamentas por lei. Somente quando a precarização do trabalho se torna método de perpetuação de poder é que uma eleição pode “desmontar” um programa de saúde mental. O prefeito, atual mandatário naquele momento, era retratado por parte dos profissionais e pelo grupo de familiares citados

com um aliado da Reforma Psiquiátrica naquele município. O medo de que ele não fosse reeleito impedia a pergunta: se ele é um reformista, porque não tomou durante o primeiro mandato ações estruturantes como a realização de concurso público, por exemplo, que fortaleçam a perenidade do programa municipal de saúde mental? Não sabe ele, assessorado por seus secretários e coordenadores que a estabilidade de vínculos tem repercussões reais na saúde dos usuários atendidos pelo Programa? Ou seria mesmo um método a produção de angústia em trabalhadores e usuários como parte de uma estratégia eleitoral? No caso em tela, as assembleias realizadas ao logo do ano não produziram cidadania e protagonismo, não fortaleceram o controle social do SUS, ao contrário, serviram para exercer controle sobre as pessoas acuadas e em sofrimento que temiam pelo futuro. A premissa de que as assembleias produzem protagonismo do usuário e controle social do SUS é apenas uma premissa e não uma qualidade intrínseca desse dispositivo que produzirá sempre e necessariamente incremento da participação dos usuários na gestão do CAPS e dos demais serviços de saúde. Interesses corporativos, econômicos e ideológicos podem deturpar o uso das assembleias. Vale ainda ressaltar, que um determinado grupo orientado por suas perspectivas ideológicas pode concluir que a manipulação da assembleia é um mal menor em comparação com o mal maior que pode ser a eleição de um “inimigo da causa” ou que não há manipulação alguma porque as ideias propagadas na assembleia são as boas ideias, aquelas que promoverão o bem-estar da maioria e a defesa do “lado certo da história”. Dessa forma, conhecer bem os propósitos das assembleias é tão importante quanto conhecer o modo como nos afetamos e como nossa mente funciona, tema do próximo capítulo. Assim, os participantes poderão não apenas discutir as pautas das assembleias, mas também os afetos que os movem. Nas assembleias que citamos acima, teria sido terapêutico que os participantes pudessem falar dos seus medos e não simplesmente tamponar esse afeto com uma indignação militante.

As assembleias têm papel fundamental na consolidação do controle social, princípio norteador do SUS e elemento indispensável da política pública de saúde mental. Mais do que ouvir, esses espaços propiciam a corresponsabilização dos usuários e familiares na definição de diretrizes do serviço, assegurando a transparência das ações, o compartilhamento de decisões e a democratização dos saberes. O Projeto Avaliar-CAPS Nordeste, coordenado por Pitta *et al*. (2015),

demonstrou que a presença regular de assembleias nos CAPS da região Nordeste está associada a maiores índices de satisfação por parte dos usuários, maior sentimento de respeito e reconhecimento e percepção de autonomia. Os dados quantitativos e qualitativos do estudo mostram que a presença de espaços participativos tem correlação direta com a qualidade do vínculo entre equipe e usuários, e com o sentimento de pertencimento ao território.

Como vemos até aqui, as assembleias ao mesmo tempo em que cumpririam funções administrativas e operacionais nos CAPS se constituiriam como dispositivos clínico-políticos que sintetizariam os principais fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto essas características e funções não são automáticas ou garantidas. Dependem de reformas mais profundas que busquem reconfigurar o lugar do saber, do poder e do cuidado, ao romperem com a verticalidade das decisões institucionais e abrirem verdadeiramente espaço para a fala dos usuários, incluindo a sua loucura, seus familiares e da equipe do serviço. A valorização da escuta, da pluralidade e da construção compartilhada das decisões redefiniria o modo de produzir saúde mental, contribuindo para um cuidado mais ético, singular e territorializado.

2.2.2 Cuidado, cuidadores e residências terapêuticas

Como vimos, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidado a partir da década de 1990, instituiu uma mudança paradigmática no tratamento em saúde mental. Essa mudança implicou a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial orientada pelos princípios da desinstitucionalização, do cuidado em liberdade e da promoção da cidadania. Nesse novo modelo, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) emergem como dispositivos estratégicos para a reintegração social de pessoas com longas internações psiquiátricas. Nesse contexto, os **cuidadores** desempenham um papel fundamental na sustentação do cotidiano, na promoção da autonomia e na preservação dos vínculos sociais dos moradores.

Consideramos fundamental explorar os desafios enfrentados por esses trabalhadores, especialmente no que diz respeito à sua formação, às tensões entre afeto e técnica, aos riscos à saúde mental a que estão expostos, à articulação com a

equipe interdisciplinar e ao papel que ocupam na promoção da cidadania dos moradores.

A atuação dos cuidadores nos SRTs é herdeira direta do movimento de Reforma Psiquiátrica e da crítica basagliana à lógica asilar. Para Franco Basaglia (1985), a instituição psiquiátrica não se sustentava apenas por seus muros físicos, mas pela cristalização de papéis e pelo apagamento da subjetividade dos pacientes e trabalhadores. Nesse sentido, a presença dos cuidadores em serviços substitutivos demanda não apenas uma prática assistencial, mas também política e ético-estética. Na concepção da Reforma brasileira, o cuidado torna-se, então, uma categoria política.

Amarante (1995) enfatiza que a superação do manicômio como dispositivo não se restringe à extinção física dos hospitais psiquiátricos, mas implica uma reconstrução dos modos de cuidar e das próprias relações de trabalho em saúde. Os cuidadores, muitas vezes oriundos de camadas populares, com formação técnica limitada, ou mais frequentemente leigos, são inseridos nesse novo campo com baixa valorização simbólica e salarial, embora desempenhem funções centrais no cotidiano dos SRTs. São eles que cozinham, acompanham os moradores em consultas, auxiliam na higiene, promovem atividades de lazer e garantem a continuidade do cuidado nos aspectos do cotidiano que a equipe técnica formal não tem como atuar.

Nesse contexto, configura-se uma tensão entre a invisibilidade social do cuidador e a importância afetiva e simbólica que ele adquire para os usuários do serviço. Um dos maiores desafios para os cuidadores é a ausência de uma formação específica para o trabalho em saúde mental no contexto dos SRTs. Embora alguns cursos técnicos de enfermagem incluam módulos de atenção psicossocial, o cotidiano das residências exige competências que extrapolam os saberes biomédicos convencionais.

A tensão entre o saber técnico e o saber prático é bem abordada por Merhy (2002), ao propor a noção de “trabalho vivo em ato”. Para o autor, o cuidado em saúde é mais do que a aplicação de protocolos: ele é uma produção situada, que depende da singularidade da relação entre trabalhador e usuário. Nesse sentido, o cuidador opera em uma zona híbrida, onde a técnica não basta, e a ética do encontro é central.

Os cuidadores exercem um papel ambíguo no processo de construção da cidadania dos moradores dos SRTs. De um lado, são mediadores que facilitam o acesso aos direitos sociais — saúde, assistência, lazer, cultura, mobilidade urbana. De outro, correm o risco de se tornarem substitutos dos moradores em atividades que estes poderiam realizar, promovendo involuntariamente a heteronomia.

Segundo Benevides e Passos (2005), a cidadania em saúde mental não é apenas um atributo jurídico-formal, mas um campo de luta que exige a reconstrução de espaços sociais e simbólicos. Os cuidadores são atores estratégicos nesse processo, pois operam no “entre” — entre o usuário e o médico, entre a casa e a rua, entre o cuidado e o controle. Como destacam Campos e Figueiredo (2001), o cotidiano dos serviços de base comunitária exige a capacidade de operar na zona de indeterminação entre o instituído e o instituinte.

O trabalho nos SRTs, embora essencial para a sustentação da vida cotidiana dos moradores, expõe os cuidadores a elevados níveis de desgaste físico e emocional. A proximidade constante com o sofrimento psíquico e as exigências de um cuidado que não se encerra no expediente laboral tornam a função particularmente vulnerável à sobrecarga. Não são raras as queixas entre esses trabalhadores, como ansiedade, insônia, dores físicas crônicas e sensação de impotência diante da complexidade dos casos.

Essa vulnerabilidade é agravada pelas condições precárias de trabalho: contratos temporários, baixos salários, ausência de plano de carreira e, muitas vezes, falta de suporte institucional. O cuidador é, frequentemente, convocado a lidar com situações de crise sem treinamento adequado ou respaldo da equipe técnica (Passos, 2016).

O envolvimento afetivo com os moradores, se por um lado é fator de humanização do cuidado, por outro pode levar à confusão de papéis e à dificuldade de estabelecer limites entre o domínio da vida pessoal e profissional. A literatura sobre saúde do trabalhador em saúde mental aponta a síndrome de *burnout* como um risco real entre cuidadores de SRTs, especialmente quando não há espaços institucionais de escuta e supervisão (Nunes; Oliveira, 2017). O sofrimento do trabalhador, nesses casos, é frequentemente silenciado, pois o discurso dominante prioriza a atenção ao usuário, invisibilizando a dor de quem cuida.

Merhy e Feuerwerker (2009) propõem uma inversão necessária: cuidar de quem cuida deve ser um princípio da Reforma. Supervisões clínicas regulares,

grupos de apoio, valorização do saber da experiência e políticas de cuidado institucional aos trabalhadores são estratégias urgentes para sustentar práticas de cuidado em saúde mental.

A atuação do cuidador no interior das Residências Terapêuticas se dá em articulação, muitas vezes tensa, com equipes compostas por profissionais das mais diversas áreas: psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros. A proposta dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o trabalho interdisciplinar e colaborativo, centrado no projeto terapêutico singular (PTS) de cada usuário. No entanto, na prática, os cuidadores nem sempre são reconhecidos como parte ativa da equipe, sendo frequentemente relegados a um papel operacional e subordinado, ainda que sejam eles quem mais convive com os usuários/moradores.

A hierarquização dos saberes e a centralidade do discurso biomédico dificultam o reconhecimento da contribuição específica dos cuidadores, que atuam com um saber tácito, construído no cotidiano, e não raramente, mais próximo dos moradores do que os demais técnicos. Como ressalta Merhy (2002), a produção de cuidado se realiza a partir do encontro entre diferentes racionalidades e modos de saber-fazer. Desqualificar o saber do cuidador é, portanto, comprometer a integralidade do cuidado.

Quando ouvidos, os cuidadores são capazes de oferecer informações valiosas sobre o cotidiano dos moradores, suas crises, seus desejos, seus modos de se relacionar. Sua presença contínua nas casas permite uma leitura da vida como ela é vivida, e não apenas como ela aparece nas entrevistas clínicas ou em visitas domiciliares. Entretanto, como mostram os estudos de Nascimento e Lima (2016), a escuta dos cuidadores ainda é pontual e dependente da disposição dos técnicos, o que reforça desigualdades no interior das equipes.

Amarante e Torre (2018) defendem que é preciso superar a fragmentação do trabalho em saúde, operando um deslocamento da ideia de equipe como soma de especialidades para uma concepção de equipe como espaço de trocas, negociações e produção compartilhada de sentidos. Nesse modelo, o cuidador é reconhecido como ator político, cuja prática é também produtora de saber e produtora de cidadania.

O cotidiano nas Residências Terapêuticas é composto por uma multiplicidade de práticas que nem sempre são reconhecidas como terapêuticas, mas que

possuem profundo valor para a construção de subjetividades e vínculos. Preparar o café da manhã, ajudar a escolher a roupa, conversar sobre uma lembrança da infância, acompanhar a ida ao mercado, assistir a um filme junto — todas essas ações são expressões de cuidado.

Essa dimensão do cuidado cotidiano, que se realiza nas brechas e nos intervalos da rotina, é o que Merhy (2002) denomina como “tecnologia leve” do cuidado. Ao contrário das tecnologias duras, como equipamentos ou procedimentos padronizados, essas práticas são fundadas na relação, na escuta e na afetação mútua. São os “nós invisíveis” que sustentam a rede do cuidado em liberdade.

No entanto, o risco da cristalização da rotina, da naturalização do sofrimento e da burocratização do cuidado também está presente. Como adverte Foucault (2006), todo dispositivo de cuidado pode se tornar também dispositivo de controle, se não houver uma constante vigilância crítica sobre os efeitos das práticas. É por isso que a supervisão e a escuta clínica do cuidador são indispensáveis: para que o cuidado não se transforme em automatismo e o cotidiano não vire contenção.

Segundo Figueredo e Frare (2008), a presença de psicanalistas nos dispositivos da RAPS, especialmente nos SRTs, tem se mostrado fundamental na sustentação de uma escuta que não reduz o sujeito ao diagnóstico, ao comportamento ou à funcionalidade. A contribuição da psicanálise nesse campo está na aposta na singularidade e na ética do desejo, o que implica considerar o morador como sujeito e não como objeto de intervenção. Nesse horizonte, o trabalho do cuidador pode se tornar também espaço de elaboração psíquica, desde que haja dispositivos que o escutem.

Até aqui fica a claro o modo como os cuidadores são percebidos na literatura reformista, eles são instrumentos para a realização do projeto de “uma sociedade sem manicômios”[29]. Eles operam no cotidiano os ideais reformistas de promoção de cidadania e incremento da autonomia dos moradores das SRT`s. Mas quem são os cuidadores? O obvio precisa ser afirmado e reafirmado: são pessoas. Como mostra Passos (2016), essas pessoas têm gênero, classe social, escolaridade e tantas outras características que devem ser levadas em consideração. Como nos mostra a autora, em geral são mulheres, em sua maioria pretas e pardas, quase sempre moradoras de periferias, com baixa escolaridade e, em geral, sem nenhuma

[29] “Por uma sociedade sem manicômios” é o lema do Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (ENTSM) realizado em Bauru, em 1987.

formação específica para atuarem como cuidadoras em saúde mental. Normalmente chegam a essa função a partir de terem trabalhado como empregadas domésticas, cuidadoras de idosos, e/ou terem ficado muito tempo fora do mercado formal de trabalho. São pessoas que aceitam receber baixos salários e terem longas jornadas de trabalho por falta de opção. São contratadas em geral por Organizações Não-Governamentais (ONG), Institutos, Associações, e mais raramente, empresas formalmente constituídas.

Como demonstra Passos (2016), a contratação dessas profissionais via parcerias público-privadas ou convênios com instituições do terceiro setor não as protege dos efeitos da precarização do trabalho, como contratos instáveis, baixos salários, atrasos de salários e benefícios como vale transporte e vale refeição, ausência de formação e plano de carreira, apenas para citar alguns exemplos.

No ano de 2010, atuava como acompanhante terapêutico em um grande manicômio público na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Meu trabalho consistia em favorecer as condições clínicas e sociais dos pacientes internados para que estes fossem viver com suas famílias de origem ou, mais frequentemente, em SRT`s. Meu trabalho envolvia ainda, acompanhar os moradores de duas SRT`s e coordenar as equipes de cuidadoras dessas residências. Naquele ano, enfrentamos uma grande crise. Todos os profissionais contratados, incluído cem porcento dos cuidadores, e muitos profissionais de nível médio e superior, ficamos sem receber salário por seis meses. A empresa que nos contratava teve os repasses do contrato com a Prefeitura do Rio de Janeiro suspenso por falta de recolhimento dos valores descontados dos salários dos profissionais contratados referentes obrigações previdenciárias e do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Por conta da natureza do trabalho de assistência à saúde não havia greve geral com paralização completa das atividades. Na prática, a greve significava uma redução nos dias de trabalho ao logo da semana, mas a manutenção das equipes na assistência aos pacientes internados e aos moradores das SRT`s. Por volta do quarto mês sem salário, recebo uma ligação a cobrar. Era uma cuidadora de uma das SRT`s sob minha responsabilidade. Ela ligara para me informar que não iria trabalhar naquele dia e em nenhum outro até que voltasse a receber salário e contracheque. Apesar de compreensível a posição da cuidadora, imediatamente fui tomado por uma grande ansiedade. Eu precisaria conseguir outra cuidadora para substituir aquela. Além dos moradores precisarem da assistência contínua de cuidadores, eu seria

cobrado pelo meu chefe caso falhasse na substituição da cuidadora. Em um misto de ingenuidade e desespero procurei demovê-la de sua decisão ao que prontamente ela me respondeu com um choque de realidade. Disse a cuidadora. – Meu marido está ameaçando me bater. Ele está convencido de que eu tenho um amante. Diz que eu minto dizendo que vou trabalhar, mas que não coloco um real em casa. E ele está errado?

O ponto aqui não é a discussão sobre o marido abusivo e violento que a cuidadora tinha, mas as repercussões dramáticas que uma cuidadora vivia a partir da precarização do seu trabalho. Dela era exigida ética com a vida dos pacientes, promoção de cidadania e autonomia. E a vida dela? Sua segurança física e emocional? Sua dignidade? Sua cidadania. Estas questões não estão postas efetivamente quando se reduz os cuidadores a meras engrenagens de uma elaborada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a todas as contribuições que diversos saberes, incluindo a psicanálise, podem dar para o trabalho cotidiano desses profissionais. Dos cuidadores espera-se mais do que eficiência, cobra-se deles a adesão ao projeto ideológico de cidadania para os loucos, mesmo que isso signifique não gozar da mesma cidadania. Espera-se dos cuidadores mais do que trabalho, devoção; mais do que compromisso, militância. A escuta desses profissionais e a supervisão de seu trabalho dão conta de um fragmento da complexa realidade em que estão inseridos. Mas os ideais reformistas parecem imaginar que basta oferecer acolhimento aos cuidadores e eles cuidarão do resto.

Como apontam Benevides e Passos (2005), a clínica ampliada demanda a transversalidade dos saberes e a inclusão do cuidador como sujeito de enunciação. O psicanalista, nesse contexto, pode funcionar como operador de escuta e de sustentação de espaços coletivos de fala, como grupos de supervisão, rodas de conversa ou reuniões de equipe com escuta clínica do trabalho. Não se trata de “analisar” o cuidador, mas de criar condições para que ele possa falar do que vive, do que sofre e do que inventa no ato de cuidar. A pergunta é: isto é suficiente?

Segundo os autores, escuta do sofrimento do cuidador, longe de ser um luxo, é uma condição para a sustentação ética do cuidado em liberdade. Como lembra Basaglia (1985), “liberdade é terapêutica” não apenas para os usuários, mas também para os trabalhadores. Promover a liberdade no cuidado implica promover condições de liberdade simbólica e material para aqueles que o realizam.

Mas de que maneira essa proposta ética de cuidado com quem cuida é transformada em ato? Quando falamos de administração de serviços de saúde e contratação de profissionais, entidades reconhecidas como pertencentes ao campo da luta antimanicomial apresentaram os mesmos problemas de entidades privadas. Como relembra Passos (2016), o Instituto Franco Basaglia (IFB) e a Associação de Parentes e Amigos do Complexo Juliano Moreira (APACOJUM) administram contratos públicos para a implementação de SRT`s na cidade do Rio de Janeiro e nem por isso implementaram melhorias nos salários, condições de trabalho e formação profissional. Ambas tiveram problemas de repasse com o Governo Federal e Prefeitura do Rio de Janeiro e enfrentaram problemas para pagar seus funcionários em dia. O agravante é o constrangimento de movimentos da sociedade civil organizada não poder mais cobrar publicamente as autoridades competentes por melhores condições de assistência, uma vez que se tornaram parte da administração direta dos serviços. Para ilustrar essa questão cito duas situações que vivi.

A primeira foi quando após a crise com os salários que citei anteriormente, a APACOJUM assumiu os contratos da empresa anterior e passou a ser minha empregadora. Não tardou, e problemas de atraso nos pagamentos surgiram. Certa vez, em uma reunião em que uma liderança da Luta Antimanicomial ligada a APACOJUM estava presente fui interpelado. – Você vive reclamando dos atrasos. Tem que ter paciência! Você está contra a gente?

Reivindicar que meu salário e de meus colegas fosse pago em dia não era ouvido como uma demanda trabalhista justa. Deturpada pelas lentes da metafísica, meu protesto por receber em dia era visto como uma traição ideológica. Eu deveria me comportar não como um profissional diante de seu empregador, mas como um militante junto a seus companheiros e suportar as falhas e contradições do grupo em nome de manter a coesão e coerência.

Noutra situação, quando trabalhava em um manicômio público na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro desenvolvendo basicamente as mesmas atividades que realizava quando estive lotado na Zona Oeste, fui interpelado com uma questão muito interessante por parte da equipe de cuidadores que eu coordenava. Cabe antes apresentar o contexto. Aquele manicômio vinha sendo desmobilizado há mais de dez anos, resultado do êxito da política de fechamento de leitos em instituições

asilares e da priorização do financiamento de novos serviços substitutivos como centros de atenção psicossocial.

O prédio que abrigava a unidade em que eu e equipe que me refiro trabalhávamos era bastante antigo e não passava por nenhuma grande reforma há décadas. No prédio de dois andares, apenas um banheiro individual no segundo andar estava em condições de uso e servia à minha equipe, à coordenação da unidade e a colegas de outras equipes que trabalhavam em prédios em piores condições. Eu e minha chefe direta concordávamos que aquele banheiro era insuficiente para atender ao grande número de profissionais que ali trabalhavam ou circulavam por aquela unidade. Nossa demanda era pela reforma de outros banheiros. Entretanto, a decisão de alocar recursos para essas reformas era da direção do hospital. As tentativas de convencer a direção foram inumeras, por escrito, em reuniões apenas entre as chefias, em reuniões abertas às equipes e em conversas informais. A resposta era sempre a mesma. Não era possível investir recursos para reformar o hospital porque o objetivo era fechar completamente aquele hospital e financiar os novos serviços que estavam previstos. Essa é uma ideia que está de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira e com a política pública de saúde mental vigente. Ninguém que eu conhecesse no trabalho era contra fechar aquele hospital e ampliar a RAPS com serviços novos que atendessem melhor a população e evitassem a repetição da história de internações longas e cronificantes. Aliás, a unidade da qual eu fazia parte tinha como função primordial favorecer a passagem dos internos de longa permanência para SRT`s. Entretanto, nem por isso achávamos que ter banheiros em número suficiente e em boas condições rivalizava com o objetivo de acabar com aquele manicômio.

Dito isto, voltemos a pergunta que a cuidadora me fez. Estávamos em uma reunião de equipe e eu constrangido tentava explicar que uma vez mais nosso pedido de reforma dos banheiros fora negada pela direção do hospital. Li para a equipe um trecho da mensagem que recebera da direção e que reproduzo aqui apenas de memória. A mensagem reafirmava que os objetivos daquela administração era o fechamento completo do hospital e a substituição daquele manicômio por CAPS e SRT`s que proporcionariam a restauração da liberdade e

dignidade que foram usurpadas dos internos. Quaisquer desvios de orçamento para outros objetivos representava um obstáculo a realização do “projeto”[30].

Quando terminei de ler a mensagem, uma cuidadora jocosa e precisa me perguntou: – E o que o cocô da gente tem a ver com isso? Rimos muito num misto de graça e indignação. O que a mensagem dizia é que o “projeto” não nos incluía. O objetivo de fechar o manicômio e promover uma vida melhor para os internos deveria acontecer apesar de nós. A contradição era a missão de zelar e promover cidadania para nossos pacientes, mas sem que pudéssemos reivindicar o gozo real e objetivo daquela cidadania imaginada para nós também, e não como uma promessa para o futuro, mas no presente. Era evidente para todos nós que seriamos melhores em nossa tarefa de cuidar se contássemos com melhores condições. E riamos do que nos parecia o delírio mais delirante dentre os que ouvíamos cotidianamente no contato com nossos pacientes. Nenhum deles jamais imaginou que nossos intestinos e bexigas rivalizavam com eles e com o objetivo de lhes proporcionar uma vida melhor. Sempre que penso nessa reunião lembro do último interno do hospício de Itaguaí, o próprio Dr. Simão Bacamarte.[31] (Assis, 2013)

A Reforma brasileira preconiza que o trabalho do cuidador em Saúde Mental não seja compreendido apenas em termos operacionais ou funcionais. Ele é, antes de tudo, um trabalho ético, no sentido em que envolve decisões contínuas sobre o modo de se relacionar com o outro, de manejar a alteridade, de sustentar o cuidado mesmo quando ele se torna difícil. Nesse campo, o vínculo não é um efeito colateral da convivência: é condição para a clínica. Mas esta não pode se dar às custas do adoecimento dos cuidadores e nem da precarização deliberada das suas condições de trabalho. As relações entre cuidadores e pacientes se dá no campo da realidade imanente e não das abstrações ideológicas e representações em planilhas.

A desinstitucionalização, tal como pensada por Franco Basaglia e continuada nos marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira, não é simplesmente o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas a construção de novos modos de subjetivação, de

---

[30] Projeto era o termo empregado pela direção do hospital para resumir a tarefa de fechar aquele equipamento e financiar novos serviços na RAPS.

[31] Simão Bacamarte é a personagem principal do conto *O Alienista* de Machado de Assis. Na história, o Dr. Bacamarte, médico alienista, assume o hospício de Itaguaí e começa a internar gradativamente os moradores da cidade. Seus critérios para distinguir a loucura da sanidade são tão idealizados, incompatíveis com a vida real, que o alienista leva sua tarefa ao paroxismo e interna a cidade inteira. Até que lhe ocorre a suspeita de que, sendo ele o único são que restara na cidade, talvez a proporção fosse exatamente ao contrário, sendo ele o único louco.

sociabilidade e de inserção social para pessoas com sofrimento psíquico intenso. Mas só para estes? No modelo preconizado pela Reforma, espera-se que os cuidadores desempenhem um papel que vai muito além da assistência: eles seriam operadores da desinstitucionalização no cotidiano. E quando o cotidiano do trabalho de cuidar produz violências e injustiças?

A presença dos cuidadores nas casas, sua escuta, sua paciência com as repetições, seu acolhimento das singularidades, são práticas que constroem, dia após dia, um mundo fora do hospício. Ao acompanhar o morador em uma ida à padaria, ao respeitar seu silêncio, ao ajudá-lo a entender um boletim médico, o cuidador está produzindo rupturas com os códigos da institucionalização psiquiátrica. É um equívoco imaginar que esse trabalho pode ser feito por qualquer um e de qualquer forma. A valorização do trabalho dos cuidadores passa por melhores salários, vínculos mais estáveis e formação permanente.

Como bem observa Rotelli (2001), desinstitucionalizar não é uma ação específica, mas um conjunto de ações cotidianas que desmonta a lógica manicomial. Os cuidadores são, muitas vezes, os únicos a permanecerem com o morador nos momentos em que as equipes técnicas se afastam, seja por esgotamento, por impasses terapêuticos ou por mudanças institucionais. Sua presença contínua, ainda que fragilizada, constitui uma espécie de resistência concreta à lógica do abandono.

Os programas de formação existentes, como os promovidos por secretarias municipais ou consórcios regionais, são muitas vezes descontinuados ou desconectados das demandas reais do cotidiano dos serviços. Além disso, não raro esses trabalhadores são confundidos com empregados domésticos ou “serviços gerais”, o que reforça uma lógica de desqualificação do saber do cuidado.

Como propõem Passos e Barros (2015), é urgente instituir políticas públicas que reconheçam o cuidador como um agente estratégico da RAPS, com acesso a formação específica, valorização salarial, plano de carreira e inserção nos espaços deliberativos e de planejamento da política de saúde mental. Essa valorização não é apenas uma questão de justiça trabalhista, mas condição para a efetivação do cuidado em liberdade.

Além disso, a política deve reconhecer que os cuidadores são também produtores de conhecimento, e não apenas executores. As experiências acumuladas no cotidiano das residências, quando sistematizadas e compartilhadas, têm o

potencial de enriquecer profundamente o campo da saúde mental, produzindo novas práticas, novos conceitos e novas formas de pensar o cuidado.

2.3 A clínica ampliada e a diluição da clínica

A concepção de clínica ampliada em saúde mental emerge no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira como uma resposta às limitações da clínica tradicional biomédica, hospitalocêntrica e centrada no especialista. Trata-se de um processo de expansão teórica e prática do campo terapêutico, integrando dimensões subjetivas, sociais e territoriais. Dentre os autores brasileiros que mais se destacam na sistematização desse paradigma está Silvio Yasui, cuja obra analisa os dispositivos substitutivos da Reforma, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sob a perspectiva da produção de cuidado em liberdade e da responsabilização coletiva.

Yasui (2010) compreende a Reforma Psiquiátrica como uma ruptura epistemológica que exige a reconstrução dos fundamentos da prática clínica. Trata-se de uma transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo psicossocial, que desloca o centro do cuidado da instituição para o território.

O CAPS, segundo Yasui (2010), deve ser compreendido como um dispositivo de produção de cuidado articulado ao território e à vida cotidiana. Esses serviços operam não apenas como substitutos dos hospitais psiquiátricos, mas como potentes produtores de redes de sentido, vinculação e autonomia. Para o autor:

> Defendo aqui que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. (Yasui, 2010, p. 115).

Esse reposicionamento clínico-epistemológico implica o reconhecimento do CAPS como um dispositivo coletivo que articula diferentes saberes e práticas para a produção do cuidado singularizado e territorial.

A clínica ampliada, na perspectiva de Yasui (2010), é marcada pelo deslocamento do foco na doença para a relação e para a produção de vida. Nessa

concepção, o cuidado é entendido como um ato relacional que envolve o compromisso de diferentes atores do cuidado em uma ampla rede intersetorial que se organiza através do projeto terapêutico singular do usuário e do permanente diálogo entre as equipes. Para o autor,

> É uma dimensão essencialmente política. Trata-se aqui de um convite e de uma provocação que, partindo de um setor (a saúde coletiva de forma mais genérica), inscreve na agenda dos atores dos diferentes campos essa necessidade de construir coletivamente caminhos para a ação, evidenciando a possibilidade real e concreta do reconhecimento e da convivência com a diferença, da articulação dos saberes/fazeres fragmentados e isolados, produzindo uma maior capacidade para enfrentar as situações que nascem da necessidade das pessoas e de seus problemas concretos. Ações que produzam efeitos em todos os atores envolvidos, construindo, assim, sujeitos e coletivos (Campos, 2000)[32]. (Yasui, 2010, p. 155).

Essa compreensão desloca a clínica de seu lugar tradicional de intervenção técnica para uma perspectiva de encontro entre indivíduos, onde escuta, presença e responsabilização tornam-se elementos centrais de uma ampla rede de cuidados. Dessa forma, a clínica ganha contornos mais amplos integrando ações que não são tipicamente do campo da saúde, mas que têm repercussões na saúde individual e coletiva. Um exemplo da clínica ampliada é a mediação dos conflitos que acontecessem entre os moradores de uma SRT ou entre os vizinhos e estes moradores. Certa vez, quando supervisor de saúde mental clínico-territorial da Prefeitura do Rio de Janeiro para a Grande Tijuca, área que compreende alguns bairros da Zona Norte do Rio de Janeiro, fui na companhia de uma psicóloga articuladora de saúde mental daquela região checar a denúncia de que havia uma clínica psiquiátrica clandestina em funcionamento em um prédio residencial. Assim que chagamos, encontramos uma notificação de outro órgão da prefeitura colado na portaria do prédio interditando a suposta clínica. Conversamos com o síndico que nos levou até um apartamento que segundo ele estava cheio pacientes internados. Tratava-se do apartamento cujo proprietário era o morador e dividia o apartamento com mais três pessoas. Eles se conheceram em um serviço de saúde mental particular que funciona nos moldes de um CAPS e decidiram com apoio de suas famílias morar juntos e dividir os custos da casa e da contratação de cuidadoras que

[32] O autor faz referência ao livro: CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

se revezavam na assistência aos quatro moradores. Não havia ali portanto clínica psiquiátrica alguma, mas quatro pessoas estigmatizadas por seus vizinhos. Pedimos para participar de uma reunião com os moradores do prédio. O síndico organizou e nós participamos. As queixas dos vizinhos depois que a farsa da clínica clandestina foi desmontada é de que os moradores daquele apartamento de “loucos” eram agitados e barulhentos, que falavam e gemiam de dor a noite toda. Os condôminos estavam dispostos a votar a expulsão dos moradores daquele apartamento. A reunião foi atribulada. Havia quem defendesse a ideia de que eles fossem morar num sítio pois é “um lugar mais calmo”. Resolvemos tentar uma outra abordagem. Negociamos alguns dias antes de que se convocasse uma assembleia extraordinária para expulsar os moradores. Passamos a visitar regularmente o apartamento com o simples objetivo de ganhar a confiança dos demais moradores do prédio e adiar o quanto possível a possível expulsão. Passávamos o tempo conversando com os moradores do apartamento, com as cuidadoras e trocando mensagens com alguns familiares dos moradores. Certo dia, já no início da noite começamos a ouvir barulhos, uma mistura de choro, grunido e objetos caindo. Estávamos no apartamento e definitivamente os barulhos não vinham de lá. Tratamos de chamar o síndico para que ele testemunhasse que não eram “os loucos” os autores dos sons que incomodavam a vizinhança. Ele nos ajudou com muito esforço a estimar a provável origem dos barulhos. Descobrimos que no prédio morava uma senhora que cuidava da filha, uma jovem com deficiência intelectual grave. Era a moça que fazia os barulhos, mas os vizinhos ouviam “os loucos”. Além de oferecer assistência à moça e sua mãe, passamos a conversar com os moradores sobre aquele mal-entendido. Foi muito interessante que outras histórias familiares foram surgindo. Alguém que já teve um idoso com Alzheimer em casa, famílias com filhos pequenos que faziam barulho, etc. Os moradores do apartamento que foi indicado como clínica clandestina nunca quiseram participar de nenhuma das reuniões que fizemos. Eles e as cuidadoras se sentiam ofendidos e perseguidos. Até onde sei nunca receberam um pedido formal de desculpas nem do condomínio e nem do órgão da Prefeitura que colou a notificação na portaria. A assembleia extraordinária que votaria a expulsão daquele condomínio dos moradores não foi convocada. A descoberta de que muitos moradores daquele passaram ou passavam por situações difíceis nos cuidados com seus filhos e idosos pode ter tido um efeito reparador no imaginário de que loucos são perigosos e precisam viver longe. É

possível imaginar que aqueles que inicialmente eram vistos como diferentes demais, fossem percebidos agora como diferentes em meio a tantas outras famílias diferentes, ou dito de outro modo, diferentes, porém, semelhantes.

Retomando a perspectiva clínica de Yasui (2010), a territorialidade é um dos eixos fundamentais da clínica ampliada. Para ele, o cuidado se realiza no espaço concreto onde vivem os sujeitos, envolvendo suas relações, redes e culturas. O autor defende que o termo clínica ampliada ou clínica antimanicomial seja compreendido a partir da interseção entre aquilo que se passa com o indivíduo, sua história, o espaço onde vive e os recursos que a rede pode oferecer. Em suas palavras:

> Com suas respectivas diferenças e singularidades, podem-se encontrar alguns elementos comuns em algumas dessas nomeações: buscam desconstruir ou questionar o conceito tradicional de clínica relacionado ao conceito de doença, superando um entendimento biologista e contextualizando o processo saúde-doença como resultante de uma multiplicidade de aspectos sociais, políticos, econômicos, históricos, culturais etc. Multiplicidade que incide e se configura na subjetividade de uma pessoa concreta, singular, que demanda cuidados, cujas estratégias e atos se fazem no encontro norteado por uma ética da autonomia, da singularização e da inclusão social. A elaboração de uma estratégia e de uma produção de atos, considerando a complexidade deste objeto, implica pensar na articulação e no diálogo de distintos saberes e fazeres que transbordem para além dos enquadres terapêuticos tradicionais em alianças e encontros com outros recursos do território. (Yasui, 2010, p. 152).

Desse modo, o cuidado passa a ser compreendido como produção coletiva e intersetorial, que exige a articulação com outros equipamentos sociais e o reconhecimento da dimensão política do sofrimento. No exemplo que citamos, a rede não era composta por serviços de saúde, mas a reunião de condomínio, e depois algum grau possível de reconhecimento entre os vizinhos que passaram a perceber barulhos e incômodos fazem parte da vida coletiva em um edifício e que algumas condições objetivas da vida ultrapassam as convenções do condomínio e requerem a revisão de padrões excessivamente rígidos, além da desconstrução de estigmas.

No caso em tela, talvez tenha faltado por parte do serviço de saúde que acompanha aqueles moradores alguma mediação com os demais condôminos. É possível que aquele serviço se veja como um serviço de saúde que não tem nada a ver com o que se passa da porta para fora. No contato que tivemos, não houve disponibilidade de participarem das reuniões que aconteceram com os condôminos. Nesse cenário, a mera retirada de indivíduos de um hospital ou a simples

substituição da assistência hospitalar por um serviço psicossocial não garante a desinstitucionalização do cuidado. Yasui (2010) alerta para os riscos de uma desospitalização que não se acompanha de uma verdadeira desinstitucionalização. Em muitos contextos, a mudança do dispositivo não implica a mudança do paradigma, e os serviços substitutivos acabam reproduzindo lógicas manicomiais em novas formas. Esse alerta reforça a necessidade de uma clínica que não apenas substitua estruturas, mas reinvente modos de cuidado.

Um exemplo desse risco é a própria institucionalização dos serviços de saúde mental nos moldes da atenção psicossocial. A inventividade que marca as experiências inaugurais dos CAPS no Brasil, nas cidades de Santos e São Paulo, se dilui à medida que os CAPS passam a ser previstos em lei e portarias ministeriais. O paradoxo é que quanto mais eles são instituídos como políticas publicas menos eles são resultado de um engajamento local e territorial. Muitos CAPS em diferentes regiões do país funcionam da mesma forma. Evidentemente não nos referimos às semelhanças institucionalizadas pela portaria do Ministério da Saúde número 336 de 19 de fevereiro de 2002 que institui os tipos de CAPS e seus parâmetros mínimos de funcionamento, mas às reproduções mimetizadas de atividades como por exemplo as oficinas terapêuticas.

Oficinas terapêuticas não são exclusividade de serviços de atenção psicossocial. Em hospitais psiquiátricos públicos e privados elas também acontecem e mesmo nas instituições asilares também aconteceriam. O que as diferencia é o *ethos* dessa atividade. Em geral, nos manicômios elas estão a serviço da organização do tempo, da disciplina e da ideia pineliana de que o trabalho organiza o espírito. Em muitos CAPS essa prática é reproduzida. É muito comum ver funcionários de serviços de atenção psicossocial não apenas convidando, mas persuadido os usuários a participarem da oficina “que vai começar”, independentemente do interesse do usuário e do seu projeto terapêutico singular. A perspectiva subjacente a essa prática de colocar o paciente na oficina é de que o tratamento é a oficina, ou pior, a mera participação na oficina, ou ainda, que se tratar num CAPS é igual a participar de oficinas, do contrário o usuário não está se tratando e está “à toa” no serviço.

Nesse sentido, seguimos a pergunta de Rauter (2000): oficinas para quê? Segundo a autora:

> Quando nos perguntamos sobre o sentido das oficinas terapêuticas, tal questionamento diz respeito ao desejo e suas condições de efetuação na vida, no trabalho, na criação. A questão do desejo e de suas produções nos remete a pensar a época em que vivemos e as condições de produção da cultura na contemporaneidade. Embora uma diferença de grau e não de natureza nos separe dos animais (assim, não haveria oposição entre natureza e cultura, se consideramos a perspectiva da filosofia da diferença) – enquanto eles têm um mundo –, para os homens “o mundo” se apresenta como uma construção permanente. O "mundo humano" não está tão garantido por padrões de comportamento fixados hereditariamente como ocorre no mundo animal, embora o mundo animal também não possa ser compreendido como um mundo estático, sem a variação trazida pela experiência. Mas o que queremos enfatizar é que o mundo humano depende mais radicalmente, que o animal, da invenção que se dá no cotidiano da experiência. Ele tem que ser recriado, um tecido cultural tem que ser produzido. A espécie humana demonstra, no período em que vivemos, uma certa deficiência, uma certa incapacidade na criação e recriação deste tecido cultural. (Rauter, 2000, p. 270).

Como vemos, as oficinas terapêuticas podem ser espaços de criação e reinvenção do cotidiano. Diferente do tempo institucional, em geral, marcado pelas refeições que são servidas, o tempo da criação é radicalmente singular e diz respeito à relação do participante com os materiais disponíveis. Evidentemente o tempo cronológico continua sendo um organizador. A oficina tem horário para começar e terminar, mas a atividade realizada por cada participante pode ser retomada em outra sessão. O objetivo é oferecer linguagens diversas no tempo de cada um para que o processo expressivo aconteça. As linguagens são os materiais e as técnicas disponíveis que serão utilizadas pelo participante ao seu modo em um ambiente orientado a favorecer a relação pessoal e singular dos participantes com os materiais. O resultado expressivo é a transformação do material (tinta, papel, argila, miçanga, etc) em alguma outra coisa. Criar é transformar e não se deve confundir o ato expressivo de criar com o objeto criado. Como nos mostra Winnicott (1975), não devemos confundir a capacidade criativa com o objeto produzido e o valor econômico ou estético que ele encontra socialmente.

Essa perspectiva terapêutica das oficinas fica comprometida quando elas se convertem em espaços de controle moral do tempo – instrumento de combate à ociosidade –, ou quando a ênfase deixa de ser na expressividade e passa para a realização de uma tarefa específica, por exemplo, a confecção de pulseiras e colares de miçanga. Ao longo dos muitos anos de trabalho na Saúde Mental, pudemos testemunhar diversas vezes a rápida passagem de oficinas como instrumentos expressivos para ateliês de artesanato, de modo que os participantes menos habilidosos ou mais desorganizados psiquicamente eram apenas tolerados

no espaço e os objetos produzidos eram supervalorizados. Recordamos de uma oficina de miçanga recém-criada que em poucos meses passou a selecionar entre objetos produzidos aqueles que tinham algum valor comercial para que fossem vendidos em eventos ligados à luta antimanicomial. Havia ali, uma clara confusão entre os objetivos de uma oficina terapêutica e a criação de uma cooperativa de trabalho.

Como afirma Rauter (2000, p. 273), “o objetivo das oficinas terapêuticas nos parece ser o de produzir outras conexões entre esses aspectos: produção desejante, trabalho, criação artística.” A institucionalização da ideia de criação, transforma a oficina terapêutica em uma pequena fábrica e o impulso criativo propiciado por um ambiente acolhedor é trocado pela valorização da eficiência no cumprimento de uma tarefa prescrita. Novamente é possível notar como o modo de pensar metafísico aproxima algumas experiências da atenção psicossocial da praxiterapia pineliana. A ideia de que o louco estará melhor uma vez inserido no universo simbólico pela via do trabalho socialmente reconhecido dificulta o uso das oficinas como instrumentos realmente terapêuticos. Nas experiências que tivemos ao longo dos anos, era comum encontrar essa confusão em serviços que superestimavam o uso da palavra falada como instrumento terapêutico. Os serviços criavam uma grande demanda por consultas psicológicas individuais ou grupos terapêuticos por confundirem as oficinas terapêuticas com “espaços de fazer” em contraposição aos “espaços de dizer”. Oficinas e consultas se complementam e devem ser consideradas a partir do projeto terapêutico singular. A polarização entre esses dispositivos clínicos, em geral, obedece a alguma lógica moral ou ideológica.

Retomando as considerações de Yasui (2010) acerca da clínica ampliada, o autor destaca a necessidade de um trabalho transdisciplinar e compartilhado, e importância de construir equipes que dialoguem entre diferentes saberes e que reconheçam o usuário como sujeito de direitos e não apenas como portador de sintomas. A ética do cuidado, nesse contexto, não é apenas técnica, mas relacional e existencial. A clínica ampliada, portanto, se configura como um campo de resistência à lógica da fragmentação e da homogeneização, e como aposta na singularidade e no vínculo.

Entretanto, não raras vezes a fragmentação do trabalho é defendida pelas coordenações de serviço e pelo corpo técnico de modo inconsciente como forma de defesa contra condições precárias de trabalho. Citamos alguns exemplos. Num

CAPS da cidade do Rio de Janeiro, os usuários do serviço eram divididos por técnicos de referências, profissionais que por conta do vínculo que o usuário estabeleceu servirá de articulador do projeto terapêutico singular daquele usuário. O Mistério da Saúde (2004) chama o técnico de referência de terapeuta de referência e o define da seguinte maneira:

> O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS. (Mistério da Saúde, 2004, p. 16).

Como vemos no trecho acima, cabe ao técnico de referência articular com o usuário, sua família e as equipes que assistem o paciente o seu projeto terapêutico. Pois no CAPS que citamos, presenciamos diversas vezes usuários que buscavam o serviço fora dos dias estabelecidos em seus projetos terapêuticos e eram orientados a voltar no dia em que o seu técnico de referência estivesse no serviço. A esses usuários costumeiramente não era perguntado o motivo da vinda ao serviço, tampouco ofertado a possibilidade de passaram aquele dia no serviço. A lógica do acolhimento e escuta era substituída por interpretação equivocada e rígida da função do técnico de referência. Havia uma repetição do modelo hospitalar de internação em que o paciente “é” do médico tal e que somente este é responsável pelo paciente. No modelo da atenção psicossocial, a compreensão é de que o usuário é do serviço e que cabe a equipe do dia organizar o acolhimento dos usuários que chegam e avaliar junto com o usuário qual a melhor resposta para a demanda que ele traz. Nas conversas que tínhamos com os profissionais que costumavam pedir para que o usuário voltasse no dia de sua referência, algumas explicações se repediam. Era comum ouvirmos que a equipe do dia já estava sobrecarregada; que não haveria refeições disponíveis para aquele usuário[33]; ou que aquele usuário poderia tumultuar as atividades previstas para o dia. Também era notório que a equipe era menos rígida com os usuários considerados “doceis”.

[33] Na maioria dos CAPS, as refeições são recebidas diariamente e as porções são calculadas a partir do número de usuários que frequentam o serviço em cada dia da semana. Neste CAPS especificamente, as refeições eram entregues por uma empresa terceirizada e a divisão das porções, a conservação dos alimentos até o momento de serem servidos e dispensação de dietas especificas para usuários com alguma restrição alimentar era supervisionado pela nutricionista da equipe.

Em outro dispositivo, uma residência terapêutica localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro, as cuidadoras viviam sobressaltadas com a falta de hábito de uma moradora de beber água. Eu havia sido recém-contratado e a coordenação do CAPS havia me imbuído da tarefa de “investigar” o que se passava naquela RT, visto que o médico do serviço e a equipe de enfermagem reclamavam com frequência de que a moradora Olívia[34] estava desidratada. Em minhas primeiras visitas, notei que a pele de Olivia estava claramente ressecada. As cuidadoras apressaram-se em explicar que eram zelosas com todas as moradoras e que Olivia contava com todo o suporte e atenção delas. Como eu era um “novato”, apelido que Olivia me dera, eu ainda não contava com a sua atenção e ela se recusava a conversar comigo. Aos poucos foi ficando claro que ela sentia falta do colega que eu substituira, chamado por ela de “príncipe”. Como já citamos anteriormente, nesse município os vínculos empregatícios eram muito precários e a rotatividade de profissionais era grande. Pude verificar que ela se alimentava sempre que as refeições eram servidas pelas cuidadoras. A comida era farta, sempre havia opções de refrescos, refrigerantes e sucos naturais da preferência das moradoras. As sobremesas e lanches eram porções de frustas frescas e a casa contava com uma geladeira nova, com garrafas de água gelada e um filtro moderno com água em temperatura ambiente. Olivia nunca recusava nenhuma refeição o líquido que lhe era oferecido, mas não se hidratava em nenhum outro momento. Ela era lúcida, mas paranoica. Passava a maior parte do tempo em seu quarto porque temia o movimento dos carros na frente de sua casa, sentia-se ameaçada especialmente por carros na cor preta. Certo dia, Olívia me convida para almoçar com ela e as demais moradoras. O convite foi ratificado pelas outras moradoras e aceitei de bom grado. Sentei-me ao lado de Olivia que pela primeira vez me chamou pelo meu nome, sem apelidos. Almoçamos e todos à mesa conversavam amenidades. Olivia comeu e bebeu. Após o almoço, ela me convidou para conhecer o quarto dela. Contou espontaneamente sua história, disse que foi internada à força pelo marido e permaneceu quase trinta anos internada. Olivia não sabia o paradeiro do marido e nem dos filhos. Senti que finalmente tínhamos uma ligação. Nas visitas seguintes, o clima de proximidade se manteve. E num dia, resolvi compartilhar com Olivia a minha preocupação com seus sinais de desidratação. Ela contou que só

[34] Nome fictício que atribuímos a moradora com a finalidade de proteger sua identidade.

bebe o que lhe dão. Argumentei que ali era a casa dela e que ela poderia pegar água ou qualquer outra bebida sempre que quisesse na geladeira ou água no filtro. Olivia retrucou me perguntando como é que eu poderia afirmar que aquela era a sua casa. Num tom impaciente, perguntou se eu não lembrava de nada do que havíamos conversado outro dia sobre sua história, sobre ter sido internada à força. Olivia foi categórica: ela foi colocada à força num manicômio e retirada de lá para morar naquela casa que não era sua. Para Olivia ela continuava internada. A RT era uma versão *soft* do hospital, mas nunca a sua casa. Ela se recusava a considerar "aquela clínica" a sua casa e por isso não abria a geladeira ou pegava água, alimentá-la e hidratá-la era um trabalho das "enfermeiras", modo como Olivia chamava as cuidadoras.

Essa história da Olivia exemplifica a diferença entre desospitalizar e desinstitucionalizar. Ela havia saído formalmente do manicômio, mas o sentido de pertencimento a um lar não tinha nada a ver com isso. Sua casa era aquela que fora perdida quando internada e proselitismo algum a converteria em dona do seu espaço. A RT compartilhada com outras ex-internas do mesmo manicômio do qual Olivia saira seguia sendo um hospital e ela uma interna.

A mesma Olivia protagonizou uma outra passagem que ilustra a fragmentação do trabalho e a idealização de transformar o louco em cidadão, entenda-se, adaptado às regras correntes descritas nas leis e nos costumes. A coordenação do CAPS insistia que a assistente social do serviço deveria acompanhar Olivia até à agência da Previdência Social para renovar a burocracia concernente ao seu benefício previdenciário. Olivia sempre acatava o agendamento feito pela assistente social da data para irem juntas a agência, porém, no dia combinado Olivia sempre se recusava a ir. Isso se repetiu algumas vezes, e além de deixar a colega frustrada, gerou cobranças por parte da coordenação. Apostando no vínculo que havia se estabelecido entre mim e Olivia, me voluntariei para acompanhá-la no lugar da assistente social. A colega aceitou e a coordenação autorizou. No dia combinado, esperei Olivia na sala da RT. Em pouco tempo ela apareceu arrumada e pronta para sair. Achei por bem conferir os documentos que precisávamos para o atendimento na Previdência Social. Estávamos de posse de todos os documentos exceto a identidade de Olivia. Ela disse que buscaria no quarto. Em poucos minutos o seguinte diálogo se deu: – Aqui está a identidade. Disse ela estendendo o braço me entregando o documento. Quando peguei fui

tomado por uma grande surpresa, o documento estava partido ao meio. – Olivia, sua identidade está rasgada no meio. Eles não vão aceitar isso lá. – Você não pediu a minha identidade? Aí está! Eu sou assim, metade viva, metade morta. Você não sabe disso? Respondeu com certa indignação. Olivia estava certíssima. Ela estava metade viva e metade morta e seu documento de identidade era absolutamente compatível com seu estado, afinal identidade vem de idêntico, e uma pessoa partida não poderia ter um documento que não representasse a sua identidade.

Foram muitas semanas para convencer Olivia a fazer uma segunda via do documento, uma via que segundo nosso combinado "só serviria para os outros, para os burocratas, para aqueles que não conseguiam vê-la como ela é". Olivia nunca aceitou guardar consigo aquela segunda via. Era um documento "falso". Em seu quarto, até quando pude acompanhá-la, manteve seu documento original, partido como ela em dois, e a segunda via ficou sob a guarda das cuidadoras em uma pastinha com outros documentos importantes.

Nessas passagens sobre Olivia, vemos que os ideais de compartilhamento do trabalho e da clínica ampliada quando demasiadamente rígidos produzem constrangimento os trabalhadores e uma expectativa de que o louco uma vez detendo formalmente direitos previstos em lei se converterá em cidadão, ou seja, gozará desses direitos na forma como foi imaginado e seguindo os caminhos prescritos pela burocracia formal ou pela organização do trabalho em uma instituição como o CAPS que assistia a RT em que Olivia vivia.

Uma terceira situação ilustrativa das confusões produzidas pelas idealizações rígidas acerca da clínica ampliada e do trabalho das equipes de saúde mental na assistência de pacientes institucionalizados e cronificados aconteceu em um manicômio público localizado na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. Em uma unidade desse manicômio destinada a fazer a desospitalização de pacientes de longa permanecia e inseri-los e acompanhá-los em SRT`s, havia uma mulher de cerca de trinta anos, surda, que havia sido admitida para internação ainda na infância. Esta mulher viveu a maior parte de sua vida dentro do manicômio e desenvolveu um modo próprio de se comunicar. Ela não recebeu educação formal e nunca aprendeu LIBRAS[35]. Circulava com muita desenvoltura pelo extenso espaço do manicômio, conhecia e era conhecida por todo mundo. Seguindo o cronograma

[35] Língua Brasileira de Sinais.

de fechamento de leitos daquele hospital e o processo de desinstitucionalização em marcha no município, chegara a vez de Dalva[36] de ir morar em uma SRT. Em todos os casos, o processo era lento procurando construir alguma aproximação entre os morados da RT e o futuro morador. Encontros eram promovidos, almoços, lanches, passeios juntos, compra do enxoval, da cama e do armário, até que em algum momento o futuro morador era convidado para pernoitar na casa e depois voltar para unidade. E quando essas experiências eram repetidas muitas vezes e com êxito, os moradores da RT, o futuro morador e as equipes da unidade/RT e do CAPS decidiam juntos e em comum acordo a data da mudança.

Com Dalva o protocolo se repetiu. Ela participava de alguns encontros, mas na medida que o avanço desse protocolo se dava, ela se desorganizava psiquicamente. Passava a ter insônia, ficar agitada, eventualmente agressiva e claramente deprimida. A equipe do CAPS intensificava os cuidados a Dalva, suas medicações eram reforçadas ou alteradas e o protocolo era suspenso. Em pouco tempo Dalva tinha completa remissão dos sintomas. Todas as vezes que o protocolo era retomado, o desfecho era o mesmo. Em um ano e meio que estive na equipe vi Dalva sofrer diversas vezes o processo de desorganização e depressão por conta da proximidade da sua saída do hospital. Com o passar dos meses, a direção do hospital mostrou-se impaciente com o processo e cobrava a coordenação da unidade, que por sua vez, cobrava a equipe técnica que se desentendia com a equipe do CAPS. A pressão para a saída de Dalva produziu um clima de rivalidade entre as equipes e de ansiedade entre os trabalhadores. Dalva se transformou em um “problema”.

Tensas e intermináveis reuniões de equipe aconteceriam semanalmente com o intuito de descobrir um modo de Dalva se mudar para a SRT que a esperava e que na planilha mantinha sem uso por meses uma vaga que era financiada com recursos públicos. Aquela situação poderia configurar improbidade administrativa argumentavam alguns. Caso o impasse perdurasse logo a coordenação municipal cobraria mais intensamente a coordenação do hospital e “cabeças poderiam rolar”. Dalva foi reduzida a um problema administrativo e de financiamento público da política de expansão do SRT`s. As chefias e parte da equipe não entendiam como todos aqueles recursos não eram suficientes para que Dalva se mudasse. Ela tinha

[36] Nome fictício que atribuímos a moradora com a finalidade de proteger sua identidade.

o direito de morar fora do hospital e era chocante a constatação de que ela não queria.

A questão fundamental é como aliviar o sofrimento de alguém que cresceu em um manicômio e para quem este é o seu território. Na interpretação metafisica do conceito de território este só parece servir para descrever o conjunto de relações que um individuo tem com um espaço geográfico e simbólico da porta do hospital para fora. E quando o território de um indivíduo é aquilo que foi reconhecido pela política publica como uma forma desumana de assistência e que deve ser substituído por serviços extra hospitalares? É plenamente possível chegar à conclusão de que os manicômios historicamente produziram violências contra os loucos. O que é contraintuitivo e contra ideológico é que não produziram apenas violência. Para alguns indivíduos que cresceram dentro de manicômios aquele é o seu território afetivo e construir alternativas a isso implica mais do que direitos adquiridos e formalizados em leis, normas e cronogramas, é preciso uma clínica que dialogue com o sofrimento do indivíduo e ofereça algum alívio. Evidentemente isto não rivaliza com a construção de alternativas de moradia, combate ao estigma à loucura, construção de laços sociais e afetivos fora do manicômio, iniciativas de educação e cultura. Mas a clínica ampliada não pode ser uma clínica diluída nos ideais de cidadania.

A contribuição de Silvio Yasui à clínica ampliada em saúde mental, para a consolidação de um cuidado pautado pela liberdade, pela responsabilização e pela escuta é inequívoca. Ao enfatizar a importância do território, da relação, do vínculo e da ética do cuidado, Yasui oferece fundamentos robustos para uma prática clínica que se distancia da lógica manicomial e se aproxima da promoção da autonomia e da cidadania. Entretanto, a conversão formal do louco em cidadão e a ampliação da clínica para favorecer o gozo da cidadania não pode ser obstáculo para o desafio de oferecer aos pacientes algum alívio para o seu sofrimento psíquico. É muito provável que uma pessoa com esquizofrenia grave viverá melhor fora de um manicômio do que dentro, mas ainda sim é preciso oferecer as terapêuticas adequadas para que o sofrimento da doença seja amenizado.

2.4 Clínica e terapêutica

Em *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*,

publicada em 2018, Manuel Desviat, apresenta uma análise do percurso da reforma psiquiátrica, especialmente na Espanha e na América Latina, e propõe a construção de um novo paradigma: a saúde mental coletiva. O autor, com longa experiência como psiquiatra e gestor de serviços de saúde mental, parte da constatação de que o modelo reformista, ao ser institucionalizado, perdeu parte de sua força transformadora e se tornou, muitas vezes, um campo de disputa política que desconsidera o sofrimento mental dos pacientes. Nas palavras do autor:

> Se há um problema a ser resolvido, se quisermos ir além de uma mera reforma da estrutura dos serviços e avanços relevantes, mas pontuais na prática assistencial, é a questão da ação terapêutica, da clínica. Fortes movimentos de usuários a questionam. Boa parte dos profissionais de reabilitação psicossocial argumenta que não é com eles. Os basaglianos a colocam provisoriamente entre parênteses. A psiquiatria hegemônica a nega em seu reducionismo biológico ao prescindir de sua subjetividade; da semiologia e da psicopatologia, como faz o cognitivismo mais inflexível. Autores do movimento da luta antimanicomial, imersos no ativismo sociopolítico, argumentam que tudo é clínica, pois agora o que deve ser tratado é uma sociedade doente, onde a alienação prevalece em todas as esferas da vida. (Desviat, 2018, p. 50).

Parafraseando o poeta Ferreira Gullar quando discute o conceito de arte podemos dizer que se tudo é clínica, nada é clínica. As contribuições da Saúde Coletiva com sua constatação de que a saúde de indivíduos e coletividades tem determinantes mais amplos do a genética e o ambiente, que existem determinantes sociais da saúde e que promover saúde envolve melhorar as condições de vida das pessoas não deve rivalizar com a terapêutica que promove alívio dos sintomas e cura das enfermidades quando isso é possível.

Um dos principais argumentos desenvolvidos por Desviat (2018) é o de que a reforma psiquiátrica, em diversos contextos, perdeu sua capacidade inovação. Inicialmente concebida como um movimento de desinstitucionalização e defesa da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, a reforma foi gradualmente sendo capturada por uma mera substituição de serviços hospitalares por outros de atenção psicossocial. E que em certa medida o sucesso na transformação assistencial e na institucionalização da agenda por cidadania das pessoas ditas loucas esvaziou a capacidade de responder a questões fundamentais e dramáticas. Por exemplo: como aliviar o sofrimento de um indivíduo que passa a noite acordado andando de um lado para outro, fumando sem parar, atormentado por vozes e pensamentos delirantes? Como aliviar o sofrimento de um indivíduo que gravemente dependente

de drogas ameaça a própria família para obter recursos para comprá-las? Essas são questões práticas e cotidianas que carecem de resposta da clínica. Não responder adequadamente a essas questões tem levado familiares de pacientes e parte da opinião pública a apoiar movimentos que pedem o retorno dos leitos psiquiátricos em instituições asilares. O financiamento público de comunidades terapêuticas religiosas e a resposta política que os contra reformistas encontram na brecha deixada pela atenção psicossocial no que diz respeito ao sofrimento de pacientes graves. Essa constatação leva o autor a propor uma "reforma da reforma", ou seja, um retorno aos seus fundamentos éticos e políticos, com vistas a construir uma nova abordagem que recuse tanto o modelo manicomial quanto a reprodução tecnocrática do cuidado. Como argumenta o autor:

> Uma negação da clínica que, de acordo com essa autora, se dá não só na prática da psiquiatria biológica, mas também em muitos serviços alternativos. Para ela, o impulso da luta antimanicomial ocasionou focos de cegueira, de negação da doença e da clínica (ONOCKO, 2013)[37], às vezes, com uma leitura errada da proposta basagliana, que não negava a doença, mas estabelecia um olhar que não fosse exclusivamente clínico. Negá-la, idealizando a loucura, é ignorar o sofrimento envolvido e, portanto, seu tratamento. (Desviat, 2018, p. 51).

Por a doença entre parentes é não reduzir a pessoa a sua doença ou sintomas, mas não pode significar uma atitude de abandono da terapêutica, do alívio do sofrimento, a partir da imaginação de que assistir ao louco é fundamentalmente transformar o mundo em um lugar mais tolerante com a loucura. Certamente uma cultura menos violenta para com o louco será melhor para ele e para todos, mas não agir terapeuticamente para aliviar o sofrimento da pessoa louca não contribui inclusive para esse objetivo político. Quem sofre quer alívio para o seu sofrimento e quem convive ou cuida de alguém com grave sofrimento psíquico demanda tratamento adequado para o paciente e não somente ampliação dos direitos.

O ponto central é a crítica ao modelo biomédico, que tende a reduzir o sofrimento psíquico a uma disfunção cerebral ou transtorno químico, falhou ao procurar adaptar o individuo louco à normalidade socialmente pactuada. O resultado foi a internação em massa durante dois séculos e, atualmente, a aposta em psicofármacos cada vez mais potentes associados ao retorno das internações para

---

[37] O autor faz referência ao livro: ONOCKO CAMPOS, R. **Psicanálise & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

que o paciente “colabore” com o tratamento. Novamente a internação de pessoas que fazem uso abusivo de drogas serve de exemplo da associação entre esperança no progresso da psicofarmacologia e o velho tratamento moral que aposta na força de vontade do paciente. Para Desviat, esse modelo ignora os determinantes sociais, culturais e políticos da loucura, convertendo experiências humanas singulares em categorias diagnósticas e protocolos terapêuticos. Por sua vez, o discurso da reabilitação psicossocial aposta em transformações sociais inequivocamente importantes, mas insuficientes para responder ao sofrimento mental dos pacientes e de seus familiares/cuidadores. Como argumenta Desviat:

> A reabilitação psicossocial é outra coisa, enfocam, privilegiando alguns protocolos padronizados, que visam a *normalização* dos pacientes. Onde se faz necessário uma teoria psicológica, escrevem Rodriguez Rodriguez e Bello Gomes (2008)[38]. Eu iria mais longe: falta, e não é uma questão que afeta apenas a reabilitação, uma psicopatologia. (Desviat, 2018, p. 53).

Como vemos, a psiquiatria biológica aposta na normalização do paciente via comportamento e a atenção psicossocial normaliza o paciente pela idealização de uma cidadania ampla que será gozada por todos, inclusive pelo louco.

Nos unimos ao argumento de Desviat ao afirmar que falta uma teoria psicológica da loucura que ajude no aprimoramento da ação clínica/terapêutica com vistas a aliviar o sofrimento dos pacientes sem abrir mão ou rivalizar com as conquistas no campo da assistência psicossocial e consolidação e ampliação de direitos civis e sociais.

Para tanto, no próximo capítulo acompanharemos André Martins com Spinoza e Winnicott na apresentação de uma teoria psicanalítica da loucura, na demonstração do funcionamento mental e na construção de uma proposta clínica que leve em consideração a imanência, e, portanto, não necessite buscar seus fundamentos em questões ideológicas.

Como afirma André Martins em suas aulas no PPGBIOS[39], se toda clínica é sempre política, pois que nos ocupemos propriamente da clínica. A que acrescentamos que se toda clínica é política, nem toda política é clínica. É preciso agir terapeuticamente.

---

[38] O autor faz referência ao artigo: RODRÍGUEZ, M & BELLO GÓMEZ, A. Desarrollos futuros em rehabilitación psicosocial. **Boletín AMRP**, 14 (22), 2013.

[39] Disciplina Tópico História da Filosofia Contemporânea II, ministrada no semestre 2023.1.

Capítulo 3: Superando a metafísica: por uma terapêutica imanentista da potência

Introdução

Pinel procurou reformar o louco para reabilitá-lo para a vida em sociedade. A atenção psicossocial também insiste na reinserção social do louco. Ambos sonham com um louco cidadão, que idealmente se pareça mais com um “louco sem loucura”.

Essa coincidência não está apoiada propriamente em conteúdos ideológicos ou epistemológicos entre Pinel e a Reforma brasileira, mas no modo metafísico de pensar as questões que, cada um em seu tempo histórico, procurou resolver.

O modo metafísico de pensar tem produzido a repetição da oposição entre loucura e sociedade e a busca por reinserir o louco socialmente sem levar em consideração a etiologia de sua loucura.

Dessa forma, nos propomos a refletir sobre a assistência aos ditos loucos a partir da adoção não de utopias políticas, mas de um religamento com a ação terapêutica baseada em uma teoria da saúde, um modelo psicopatológico de compreensão da etiologia da das psicoses e uma direção ético clínica da ação terapêutica.

3.1 Perspectiva winnicottiana da saúde

Temos aqui a oportunidade de retomar, agora mais maduros, a apresentação que fizemos em nossa dissertação de mestrado da concepção que o pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott (1896-1971) tem da saúde.

Winnicott foi um autor profundamente inovador e comprometido com o trabalho clínico, e sua produção teórica reflete de forma clara esse percurso profissional. Seus conceitos nascem da prática com crianças e da observação de seus processos de desenvolvimento, oferecendo à psicanálise uma vitalidade que parece ter se perdido com a centralidade do triângulo edipiano proposto por Freud. Uma das distinções mais significativas entre ambos os autores reside no modelo explicativo do desenvolvimento humano: enquanto Freud baseia sua teoria no desenvolvimento da libido, estruturando-a nas fases oral, anal e fálica, culminando na resolução do complexo de Édipo por volta dos seis anos, Winnicott propõe uma

compreensão fundamentada nos cuidados recebidos pelo bebê desde os primeiros momentos de vida, ou seja, na qualidade da relação com o ambiente.

Segundo Winnicott, a saúde resulta de um desenvolvimento satisfatório, constituindo-se como uma conquista pessoal baseada na experiência de ser inteiro, espontâneo e criativo. Para o psicanalista inglês, o desenvolvimento de um indivíduo se dá tendo como base o modo como o indivíduo se afeta na relação com o ambiente que dele cuida. Winnicott chama esse momento de desenvolvimento emocional primitivo, e apenas para fins didáticos, o dividide em três etapas inter-relacionadas e interdependentes: integração, personalização e realização ou relação de objeto. Essas fases, embora distintas, como dissemos, operam de forma complementar e simultânea: tudo que contribui para uma também favorece as outras.

A noção de integração refere-se à formação do ego, ou seja, à progressiva delimitação entre o bebê e o mundo, processo que se dá por meio do cuidado materno. Para Winnicott (1983: 55), “pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade”. Nesse momento, podemos falar da constituição do mundo interno do bebê que será enriquecido pelo mundo externo, em especial, a partir da qualidade do atendimento que o ambiente promove às necessidades do bebê.

Winnicott afirma que todo bebê sem lesão cerebral possui potencial para se desenvolver satisfatoriamente, desde que receba os cuidados ambientais apropriados. Aqui, o termo “ambiente” ultrapassa a ideia de espaço físico e se refere à figura da “mãe-ambiente”, uma presença materna – seja biológica ou substituta – que se adapta ativamente às necessidades da criança. Como afirma Winnicott (1999, p.4), “pode ser muito útil postular que o meio ambiente satisfatório começa com um alto grau de adaptação às necessidades da criança”. Essa adaptação ativa por parte do ambiente implica em oferecer cuidados no momento certo e em quantidade suficiente para atender o bebê. Quando essa relação é “suficientemente boa”, o desenvolvimento do bebê é favorecido. Como afirma Winnicott:

> Podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial. (Winnicott, 1983, p. 81).

Apesar de sua tendência natural ao crescimento, o bebê é, nos primeiros meses, absolutamente dependente do cuidado externo; sem recursos próprios para atender suas necessidades fisiológicas, como a fome, e afetivas. Nesse início de vida, ele ainda não é uma unidade integrada, sendo indiferenciado do seu ponto de vista do ambiente. Tudo que lhe acontece – da fome à saciedade – é percebido como autogerado. A ideia de um "ele" ainda não se aplica, trata-se de uma unidade dual mãe-bebê em que cada uma das partes é altamente dependente da outra sem que nenhum dos dois se aperceba desse fato. A construção de um senso de unidade resulta do cuidado ambiental que lhe oferece as condições necessárias para a vivência dessa ilusão inicial de onipotência por parte do bebê, em que o seio materno ou seu substituto é vivido como extensão ou criação do próprio bebê. Winnicott (2000, p. 327) expressa essa percepção da seguinte maneira: "a mãe, por adaptar-se quase cem por cento, proporciona ao bebê a possibilidade de ter a ilusão de que o seio é uma parte dele".

É nesse movimento contínuo de adaptação ambiental que a exterioridade é apresentada ao bebê. Curiosamente, é justamente ao permitir essa vivência onipotente que a mãe-ambiente introduz os contornos do "eu" e do "não-eu". Nas palavras do autor:

> A adaptação da mãe à necessidade do bebê quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa que corresponde à sua capacidade de criar. Dito de outro modo, há uma superposição entre o que a mãe fornece e o que o bebê é capaz de conceber. […] O bebê concebe o seio somente na medida em que um seio poderia ser criado ali e então. (Winnicott, 2000, p. 328).

Esse cuidado responsivo oferece ao bebê a experiência fundamental de "continuar a existir", ou seja, a vivência de não sofrer retaliações por sua espontaneidade, e, portanto, não precisar desenvolver defesas precoces. Essa estabilidade permite o bebê seguir experimentando a onipotência fruto da fase de ilusão. O bebê que pode se mover livremente no berço, alimentar-se quando sente fome e ser acolhido sem coerção, desenvolve um sentimento de autenticidade e segurança. Essa liberdade de ser inaugura a criatividade, cuja origem está nessa vivência onipotente inicial e no estado de confiança que se desenvolve a partir das experiências de cuidados suficientemente bons. Com o tempo, a integração do ego permite ao bebê suportar uma desadaptação materna gradual, como explica o próprio Winnicott:

> É parte do repertório da grande maioria das mães prover uma desadaptação gradativa, e isto está muito bem orientado para o rápido desenvolvimento que o lactente revela. Por exemplo, há o começo da compreensão intelectual, que se desenvolve como uma vasta extensão de processos simples, como o reflexo condicionado. (Imaginem um lactente esperando a alimentação. Vem o tempo em que o lactente pode esperar uns poucos minutos porque os ruídos na cozinha indicam que a comida está prestes a aparecer. Ao invés de ficar simplesmente excitado pelos ruídos, o lactente usa esses novos itens para se capacitar a esperar. (Winnicott, 1983, p. 83).

A conquista da capacidade de esperar é um marco da relativização da dependência absoluta. No entanto, esse desenvolvimento só é possível se a onipotência foi previamente vivida. Em contextos de cuidado inadequado – por intrusão ou negligência – o bebê pode ser forçado a desenvolver precocemente capacidades mentais para lidar com o sofrimento, o que resulta em uma dissociação entre corpo e mente. Winnicott (2000) aponta a psicose como uma das consequências possíveis da falha na integração.

A integração é, portanto, a base da saúde para o autor, pois implica na formação de um senso de *self* íntegro, sem vivências persecutórias. Ter vivido a onipotência com segurança permite confiar no ambiente e em si mesmo, enfrentar frustrações e diferenciar problemas reais de fantasias persecutórias. Segundo Winnicott:

> A integração está intimamente ligada à função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem o ‘eu’ que inclui ‘todo resto é não-eu’. Então vem ‘eu sou, eu existo, adquiro experiências, enriqueço-me e tenho urna interação introjetiva e projetiva com o não-eu, o mundo real da realidade compartilhada’. (Winnicott, 1983, p. 60).

Concomitante à integração, que pode ser resumida como o momento em que o bebê adquire a percepção de que “eu existo, sou um e tenho um corpo”, segue-se o estágio da personalização. Trata-se da fase em que o ego se identifica com o corpo, passando da vivência de “ter um corpo” para “ser o próprio corpo”. Nesse ponto, ocorre a consolidação do psicossoma, uma unidade indivisível entre corpo e mente, embora tal distinção possa existir apenas para fins teóricos. Como afirma Winnicott (2001, p. 8), a personalização corresponde ao estágio no qual “a psique e o soma já aprenderam a conviver”.

Quando a personalização não ocorre de maneira satisfatória, há o risco de uma dissociação entre vida psíquica e corporalidade. O indivíduo, nesses casos,

experimenta uma vida mental dissociada do corpo. Um exemplo ilustrativo é o de uma paciente psicótica mencionada por Winnicott (2000), que, em análise, relatou perceber-se vivendo “em sua cabeça, atrás de seus olhos”, enxergando o mundo como se seus olhos fossem janelas, sem consciência do que seus pés faziam (Winnicott, 2000: 223). Assim, a personalização permite ao sujeito vivenciar-se como uma totalidade, indo além da simples coexistência de mente e corpo: ela instaura a experiência de ser um psicossoma.

O conceito de psicossoma talvez represente uma das mais relevantes contribuições de Winnicott à psicanálise. Ele expressa uma visão não dicotômica do indivíduo, para quem mente e corpo não são entidades separadas, mas dimensões interdependentes de um mesmo fenômeno: o ser humano. A mente, nessa perspectiva, não é uma estrutura localizada, mas uma função do psicossoma. Assim, o pensar é uma atividade que envolve o corpo, como se observa na experiência sensorial do bebê que, mesmo sem linguagem ou reflexão intelectual *strictu sensu*, é capaz de esperar a chegada do alimento ao ouvir alguém se aproximar ou preparar, por exemplo, a mamadeira. Aqui não estamos falando de uma reação reflexa do bebê, mas uma compreensão não intelectual da situação. Os bebês pensam com o psicossoma, aliás assim como os adultos também. Para Winnicott, a mente é “a especialização da parte psíquica do psicossoma” (Winnicott, 2000: 333). Dito de outra forma, a mente pensa as ideias que já são elaborações não mentais do psiquismo. E este por sua vez é a dimensão elaborativa das experiências somáticas.

Uma personalização bem-sucedida possibilita ao indivíduo sentir-se inteiro e viver não apenas como ego, mas como *self*. Como o ego corresponde apenas à dimensão mental, Winnicott propõe o conceito de *self* para abarcar a totalidade da experiência de ser. O tradutor Marcelo Brandão Cipolla oferece uma definição precisa dessa noção de *self*:

> o conceito psicanalítico que inclui o eu (ego) e o não-eu. É a totalidade da própria pessoa. Inclui também o corpo com todas as suas partes, a estrutura psíquica com todas as suas partes, o vínculo com os objetos internos e externos e o sujeito como oposto ao mundo dos objetos. (in: Winnicott, 2001, p.7, nota de rodapé).

É essa vivência de *self* que conduz à terceira etapa do desenvolvimento emocional primitivo descrita por Winnicott: a realização, também chamada de

relação de objeto. Nessa perpectiva, o indivíduo é entendido como uma unidade relacional, com existência somatopsíquica situada no tempo e no espaço. Para entender melhor como se dá a realização, é necessário introduzir os conceitos de verdadeiro e falso *self*, bem como os de objeto e fenômeno transicional.

A constituição de um verdadeiro ou falso *self* está diretamente relacionada ao tipo de ambiente no qual o bebê é acolhido. O verdadeiro *self* se fortalece através espontaneidade, favorecida por um ambiente suficientemente bom que permite ao bebê ser ele mesmo. Nesse contexto, a confiança no ambiente é fundamental, e a experiência de ilusão, como vimos, tem papel essencial. A mensagem implícita que o ambiente passa ao bebê é: “seja você mesmo e não tenha medo disso”. Isso permite ao lactente integrar-se, personalizar-se, crescer e tornar-se um indivíduo espontâneo, capaz de lidar com frustrações e medos.

Por outro lado, o falso *self* é uma construção defensiva, uma adaptação ao ambiente hostil ou invasivo com o objetivo de proteger o verdadeiro *self*. Isso não significa que o falso *self* seja sempre patológico. Em situações sociais, todos utilizam recursos do falso *self*, como seguir regras de etiqueta e polidez, em nome de uma boa convivência. Trata-se de um falso *self* “saudável”. Contudo, há formas patológicas dessa defesa, nas quais o verdadeiro *self* é tolhido, e o indivíduo passa a experimentar a vida sob uma perspectiva reativa, buscando adaptações por submissão e medo de ser atacado. Winnicott (2000, p. 312) afirma: “O falso self, desenvolvido com base na submissão, não pode candidatar-se à independência da maturidade, salvo, quem sabe, a uma pseudomaturidade num ambiente psicótico”. Apesar disso, muitos falsos *selfs* podem parecer, à primeira vista, maduros e autênticos. A racionalização, por exemplo, pode ser uma defesa estruturada sobre um falso *self*. Um bebê que tenha vivido a experiência de ilusão de forma insuficiente pode desenvolver uma intelectualidade precoce como defesa contra a negligência ambiental. Nesse sentido, uma criança considerada “esperta” nem sempre é saudável ou feliz — o mesmo vale para adultos.

A possibilidade de se relacionar com os objetos “não-eu” de forma autêntica está enraizada na experiência de onipotência e também na vivência dos fenômenos transicionais, mediados por objetos transicionais. Winnicott introduz os termos da seguinte maneira:

> Introduzi as expressões ‘objeto transicional’ e ‘fenômeno transicional’ para designar a área intermediária da experiência, entre o polegar e o ursinho,

> entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal, entre a atividade da criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida. (Winnicott, 2000, p. 317).

Winnicott concebe uma terceira realidade além da interna e da compartilhada: o espaço potencial. No início da vida, não há distinção entre o bebê e o ambiente do ponto de vista do bebê. Com o amadurecimento, o encontro entre mundo interno e externo torna-se possível, e o objeto transicional facilita essa transição. Ele é a primeira posse de um objeto percebido como não-eu, mas ainda assim vivenciado como parcialmente criado pela criança e submetido ao seu controle onipotente. O objeto transicional também tem função de consolo frente à ausência materna temporária, como na hora de dormir ou em momentos de espera.

O objeto transicional, em geral uma manta ou bichinho de pelúcia, conforta o bebê e faz a mediação entre a realidade interna e externa tal qual a mãe-ambiente faz ao atender às necessidades do bebê e concomitante a isso apresentá-lo à realidade externa. Nesse sentido, os objetos e fenômenos transicionais proporcionam a sobreposição entre a realidade interna e externa, de modo que o indivíduo experimente sua vivacidade e espontaneidade como fontes para sua contribuição pessoal para a realidade externa. Aqui, está a origem da identificação do indivíduo com a sociedade. Na saúde, ela não é fruto de nenhuma imposição moral ou adesão ideológica, mas resultado da compreensão profunda de que é melhor para cada um e para todos é que cada indivíduo possa autêntico e espontâneo. Nessa perspectiva, a origem da ética está no bom atendimento que o ambiente proporcionou ao bebê e na consequente experiência de estar em confiança consigo mesmo e com o outro. O cenário contrário exigirá do indivíduo o estabelecimento de defesas precoces que podem levar a desfechos muito graves como esquizofrenia e vivências paranóicas. Winnicott define os objetos e fenômenos transicionais da seguinte maneira:

> A todas estas coisas estou chamando de fenômenos transicionais. Pode acontecer, também, que de tudo isto (se estivermos estudando uma determinada criança) emerja algo ou algum fenômeno — talvez uma bolinha de lã ou a ponta de um cobertor ou edredom, uma palavra ou melodia, ou um maneirismo, que se tornam vitalmente importantes para a criança, que os usa quando vai dormir, e que funcionam como uma defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade depressiva (Cf. Illingworth, 1951). A criança pode ter encontrado e passado a usar algum objeto macio ou a coberta do berço, que se transformam no que estou chamando de objeto transicional. Esse objeto conserva a sua importância. Os pais ficam

> sabendo de seu valor e o levam nas viagens da família. A mãe permite que ele fique sujo e mesmo malcheiroso, sabendo que se ela o lavar haverá uma ruptura na experiência do bebê, uma quebra que poderá destruir o valor e o significado do objeto. (Winnicott, 2000, p. 319)

E ainda:

> Os padrões estabelecidos no início perduram ao longo de toda a infância, de modo que o objeto macio original continua a ser absolutamente necessário na hora de dormir ou em momentos de solidão, ou quando surge a ameaça de um humor depressivo. Na saúde, em todo caso, há um gradual alargamento da amplitude dos interesses, e em algum momento a amplitude alargada se mantém, mesmo na proximidade de uma ansiedade depressiva. A necessidade de um objeto específico ou de um comportamento padroniza do iniciado nos primeiros tempos de vida pode reaparecer num momento posterior, quando surge o perigo da deprivação. (Winnicott, 2000, p. 320).

Como afirmamos anteriormente, a função dos objetos e fenômenos transicionais é favorecer a expressão singular, espontânea, entenda-se expansiva e não reativa, e criativa do indivíduo. No curso do desenvolvimento humano saudável, esses objetos se tornam desnecessários e a própria vida é experimentada como espaço transicional[40]. Winnicott descreve da seguinte forma o destino dos objetos transicionais:

> Gradualmente descaracterizado, de modo que no decorrer dos anos ele se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isto quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não 'vai para dentro', nem o sentimento a seu respeito sofre repressão[41] necessariamente. Ele não é esquecido e não há luto por ele. Ele perde o sentido, e isto porque os fenômenos transicionais tornaram-se difusos, espalharam-se sobre todo o território intermediário. (Winnicott, 2000, p. 321).

Tanto os objetos quanto os fenômenos transicionais criam uma zona intermediária entre realidade interna e externa, essencial à vida subjetiva. Um exemplo típico é a brincadeira em que uma criança transforma uma poltrona em um monstro e interage com ela como se fosse real. A criança sabe que o monstro não é real, mas vive a experiência como se fosse dentro do território da brincadeira (ela não está alucinando), até que um adulto a interrompa ou a brincadeira deixe de ser interessante. Essa capacidade de dar significado pessoal à realidade é o que

---

[40] Winnicott usa o termo espaço potencial para se referir à essa área intermediária entre a realidade interna e externa, ou seja, para se referir ao viver criativo. Optamos por usar o termo espaço transicional apenas para facilitar a transmissão da ideia ao leitor.

[41] Winnicott ao usar o termo repressão está se referindo ao conceito psicanalítico de recalque (Verdrängung).

Winnicott denomina brincar. A brincadeira se situa no espaço potencial e é fruto das etapas anteriores do desenvolvimento emocional.

O espaço potencial, legado da infância, se transforma ao longo da vida no local de intersecção entre realidade interna e externa, onde o sujeito pode ser autêntico, criativo e produtivo. É nesse espaço que a vida se realiza: ao criar, escrever, imaginar, crer, amar. Nas palavras de Winnicott:

> Essa área intermediária da experiência, não questionada sobre se ela pertence à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê, e pela vida afora se mantém como o lugar das experiências intensas no campo da arte, da religião e da imaginação, e também do trabalho científico criativo. (Winnicott, 2000, p. 331).

Todos esses elementos que viabilizam a relação autêntica do indivíduo com o mundo compõem o que Winnicott denomina realização. Nesse estágio, o indivíduo é apresentado à realidade externa e a sua existência passa a ter o sentido de unidade. Agora, o bebê é um e se relaciona com objetos não-eu.

Conforme abordado no início deste capítulo, para Winnicott a saúde é fruto de um desenvolvimento emocional suficientemente bom, cujo resultado é a capacidade de viver de forma criativa. A criatividade, nesse contexto, não se refere a uma aptidão excepcional ou a uma inteligência acima da média, mas sim à habilidade de inventar meios de tornar a vida significativa. Ser criativo é, em última instância, sentir que a vida vale a pena, mesmo diante das dificuldades, inclusive aquelas decorrentes de situações como o adoecimento. A definição de criatividade oferecida por Winnicott é precisa nesse sentido:

> Tenho a esperança de que o leitor aceite uma referência geral à criatividade […], evitando que a palavra se perca ao referi-la apenas à criação bem sucedida ou aclamada, e significando-a como um colorido de toda a atitude com relação à realidade externa. (Winnicott, 1975, p. 95).

O autor busca, portanto, dissociar o conceito de criatividade de seu uso restrito à produção de obras ou realizações extraordinárias, para concebê-lo como uma forma singular de estar no mundo, conquistada a partir das experiências iniciais com o ambiente suficientemente bom. Trata-se de uma postura existencial enraizada na confiança e espontaneidade.

Essa espontaneidade, por sua vez, permite o relaxamento necessário para experimentar momentos de não-integração sem que isso se converta em angústia.

Um exemplo ilustrativo está na cena cotidiana de alguém em casa, em estado de repouso, lendo um livro. Nesse momento, a pessoa não está preocupada com o ambiente, não sente o peso do corpo nem percebe estímulos ao redor. Porém, se um ruído forte interrompe esse estado de relaxamento (como o barulho de uma panela caindo), o indivíduo se integra novamente, retomando a consciência do corpo e da realidade ao redor. Essa oscilação entre estados integrados e não-integrados é própria da saúde. Winnicott sintetiza essa ideia ao dizer que:

> [...] durante o repouso, o relaxamento e o sonho pode ser admitida pela pessoa saudável, e a dor a ela associada pode ser aceita, especialmente porque o relaxamento está associado à criatividade, de modo que é a partir do estado não-integrado que o impulso criativo aparece e reaparece. As defesas organizadas contra a desintegração roubam uma precondição para o impulso criativo e impedem, portanto, uma vida criativa. (Winnicott, 1999, p. 12).

O termo "não-integração" diz respeito a dois momentos distintos no desenvolvimento dos indivíduos humanos. Primeiro, como vimos anteriormente, não nascemos tendo a experiência de sermos uma unidade somatopsíquica, apesar de o sermos desde sempre[42]. A não-integração é nesse sentindo um estágio do desenvolvimento do bebê, que ainda imaturo, não se apercebe de que é um corpo que pensa e se relaciona. Essa apercepção se dará no curso dos processos descritos por Winnicott como integração, personalização e realização. São as repetidas vivências de excitação (fome e ansiedade, por exemplo) interrompidas por estados tranquilos, relaxados, propiciados pelo ambiente ao atender às necessidades do bebê, que promoverão as condições para que o bebê descubra

[42] Cabe aqui um comentário. Ao afirmarmos que os indivíduos humanos são desde sempre uma unidade somatopsiquica, estamos reforçando a constatação de que o psiquismo não é algo separado do soma, que o psiquismo é o modo próprio do corpo pensar. Nessa perspectiva, o corpo é um modo que não apenas existe, mas experimenta, se relaciona com tudo que há no próprio corpo e no ambiente. Falamos aqui desde partículas subatômicas, passando pelos átomos, moléculas e todas as estruturas químicas que sob certas condições físicas se combinam e formam tudo que há, inclusive o corpo humano. Desse ponto de vista, o corpo (soma) já é o resultado da combinação de diversas coisas em determinada circunstância. Essa combinação produz uma experiência, que no caso humano, é elaborada na forma de um psiquismo. Dito de outra forma, o psiquismo é o corpo pensando as suas experiências e isso não tem nada a ver com consciência ou cognição. Imaginar que no início da vida humana não há uma unidade somatopsiquica é ecoar a ideia metafísica de que o corpo e o psiquismo pertencem a dimensões distintas ou são constituídos por diferentes substâncias. Platão, Descartes e Kardec, entre muitos outros, imaginaram essa separação e construíram suas imagens alegóricas popularmente assimiladas na forma da dicotomia corpo e alma. A não-integração pensada por Winnicott não se refere à fantasia de partes separadas que em algum momento serão unidas, mas trata de um estágio do desenvolvimento em que a própria unidade que já existe ainda não se apercebe de que é uma unidade.

que ele é um e se relaciona com outros (incluindo aqui objetos inanimados e não apenas pessoas na categoria outros). O segundo sentido que o termo “não-integrado” possui é o de estado relaxado, quando o indivíduo não precisa reagir a nada. A capacidade de relaxar, de não-estar integrado, é o que permite indivíduos saudáveis experimentarem, por exemplo, a passagem da vigília para o sono sem ansiedade. A capacidade de experimentar no curso da vida estados não-integrados é uma conquista tributária da não-integração primária, que caracteriza o início da vida, e que foi adequadamente manejado pelo ambiente. Dessa forma, o termo “desintegração” se torna confuso, uma vez que nunca formos desintegrados no início da vida e catástrofe alguma é capaz de produzir tal efeito. O termo pode levar o leitor a imaginar metafisicamente que a unidade somatopsiquica foi montada, teve seus pedaços unidos, e que alguma catástrofe poderia desmontar essa unidade, desintegrá-la, regredindo a um suposto estado inicial em que as partes estavam separadas. O termo desintegração é mais bem compreendido se o entendermos como medo da desintegração, uma experiência intensa de angústia, que na patologia, faz o indivíduo imaginar psíquica ou mentalmente que a sua inteireza é frágil e pode se desfazer a qualquer momento. São exemplos do medo da desintegração a angústia experimentada pelo neurótico obsessivo, pelo hipocondríaco e pelos psicóticos de todo tipo.

A saúde, compreendida como expressão da criatividade, implica na capacidade de estar momentaneamente não-integrado sem que isso configure uma experiência de terror.

A manifestação mais evidente da saúde é o brincar. O termo original utilizado por Winnicott é *playing*, que em inglês tem um significado mais amplo que o verbo “brincar” em português, podendo se referir a jogar, representar, tocar música ou simplesmente engajar-se de modo criativo em uma atividade. Ainda assim, a tradução como “brincar” capta bem o espírito do conceito, remetendo ao olhar curioso e inventivo das crianças.

O brincar, nessa perspectiva, é uma forma de se relacionar com a vida como se ela fosse, ao mesmo tempo, uma descoberta e uma criação. É viver com intensidade, mesmo sabendo que brincar pode implicar em dor, quedas e frustrações. As crianças, por exemplo, são capazes de chorar após um tombo e, logo em seguida, pedir para brincar novamente — essa capacidade de se recompor e continuar é um exemplo da saúde emocional. Brincar, no sentido winnicottiano, é

um modo de estar no mundo marcado pela vitalidade, pela invenção, pela potência de criar e recriar a realidade. Winnicott afirma:

> Em outros termos, é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia. (Winnicott, 1975, p. 63).

Talvez o aspecto mais provocador da ideia de brincar como expressão da saúde seja a constatação de que a presença de uma doença, por si só, não define a ausência de saúde. A maneira como o indivíduo lida com o adoecimento e até mesmo com a própria morte pode revelar saúde ou padecimento, dependendo da sua capacidade de brincar. A obsessão contemporânea pelo corpo jovem, materializada nas clínicas estéticas e no uso de substâncias que prometem rejuvenescer, pode ser vista como uma forma de sofrimento — não pela presença de uma doença diagnosticável, mas pela ausência de saúde em seu sentido mais profundo. Essas pessoas sofrem não de males orgânicos, mas de medos, em geral inconscientes, que levam à escassez de experiências espontâneas e criativas e à uma vida dominada pelo pela rigidez do falso *self* patológico.

Com isso, Winnicott parece nos convidar a reconhecer que um individuo pode enfrentar uma doença grave e ainda assim estar com saúde, caso conserve sua capacidade de brincar, de criar, de desejar, de estar presente no mundo com autenticidade. Da mesma forma, alguém pode viver décadas sem sintomas psiquiátricos ou médicos evidentes, mas nunca ter sido verdadeiramente saudável.

3.2 O funcionamento da mente segundo Spinoza

A filosofia de Baruch Spinoza propõe uma teoria sobre o funcionamento da mente, o corpo e as emoções. Diferentemente de correntes filosóficas marcadas por dualismos e pela concepção de uma alma separada do corpo — como no cartesianismo —, Spinoza defende que mente e corpo não são substâncias distintas, mas expressões diferentes de uma mesma realidade. Essa concepção implica que tudo o que existe é expressão de uma única substância infinita, a qual ele denomina “Deus ou Natureza”

No campo da filosofia da mente, essa posição leva a consequências decisivas: a mente não é uma entidade autônoma e independente, mas o ideia-do-

corpo. Isso significa que a mente é a expressão intelectual e afetiva de tudo aquilo que afeta o corpo, que o impressiona; e que o conhecimento que temos do mundo está sempre mediado por nossos estados corporais e pelas interações que o corpo mantém com outros corpos. Dito de outra forma, conhecemos o mundo porque fazemos parte dele e somos todo tempo afetados, no sentido de afecção, pelo que nos acontece no interior de nosso corpo e no mundo externo. Assim, não é possível conceber a mente sem o corpo, nem o corpo sem a mente; o que há é um corpo pensante, o corpo-e-sua-ideia, ou seja, um corpo vivo que se transforma a todo tempo porque interage o tempo todo com os elementos que o constituem e com os demais corpos que compõem o que chamamos de realidade. Nesse sentido, não devemos compreender a mente como uma parte imaterial do corpo ou como um elemento imaterial que habita o corpo tal qual na mitologia da alma que anima uma matéria inerte, o corpo. A mente para Spinoza é a elaboração psíquica que o indivíduo faz de suas experiências corporais, de modo que pensar não deve ser confundindo com o conteúdo intelectual que a mente pode produzir; pensar é o modo como a mente elabora as afecções corporais que experimenta e compõe e recompõe a sua vivacidade. Martins (2025a) sintetiza essa perspectiva da seguinte maneira:

> Nos termos de Spinoza, se dizemos que o corpo é pensante, esse pensamento intrínseco ao corpo não significa que há o corpo, e este pensa; mas sim que todo corpo é intrinsecamente pensante: corpo e seu-pensamento se dão juntos, pois essa elaboração pensante da atividade somática é inerente às interações dos corpos, como também das partes que os constituem. (Martins, 2025a, p. 21).

Spinoza em *Tratado da Emenda do Intelecto* recusa a possibilidade de um “acesso direto” a ideias puras e imutáveis, algo herdado de tradições platônicas e religiosas. Todo conhecimento nasce da relação efetiva com o mundo e se estrutura a partir da experiência. Quando temos contato com algo, formamos ideias que elaboram a experiência; quando não temos, recorremos a comparações, analogias e aproximações com o que já conhecemos. Isso torna evidente que mesmo o conhecimento dito imediato é, na verdade, mediado por processos mentais de associação e ordenação de ideias. Desse modo, as ideias que vão se formando e compondo um raciocino são sempre derivadas daquilo que o corpo experimenta no presente, no momento atual, e isto inclui as memórias conscientes e inconscientes

que ao longo do nosso desenvolvimento formaram a nossa sensibilidade, ou em termos psicológicos, o nosso psiquismo. Dessa forma, aquilo que pensamos, pensamos a partir dos nossos estados afetivos. Por exemplo, ao caminhar pela rua um indivíduo percebe que ao cruzar com outro que vem em sentido contrário, este esboça um sorriso. A depender do estado afetivo de quem percebeu o sorriso, este pode ser interpretado como um gesto amigável ou irônico. Compreender o significado do sorriso dependerá em parte da saúde psíquica do indivíduo naquele momento, do contrário sua mente produzirá interpretações que são na realidade projeções do seu estado psíquico. Quanto a isso, Martins (2025a) comenta:

> As construções metafísicas nunca surgem do nada, mas sim, sempre, de uma experiência incompreendida, para a qual a mente humana se esforça por aferir sentido, mesmo que as explicações dadas sejam mais ou menos absurdas, ou mais ou menos razoáveis. Não atribuir sentido, ou mais ainda, não oferecer uma explicação, independentemente de qual explicação, tende a gerar uma sensação psicológica de insegurança, descontrole, e por conseguinte angústia. Parafraseando Nietzsche, podemos observar que não só o ser humano prefere querer o nada a nada querer, mas também tende a preferir explicar delirantemente o que percebe a não explicar. (Martins, 2025a, p. 21).

Nesse sentido, o conceito de “ideia da ideia” (*idea ideae*) exprime a capacidade da mente de refletir sobre si mesma. Trata-se da consciência que temos de nossas próprias ideias, inclusive a ideia do corpo. Essa metacognição é o que nos possibilita raciocinar. Por meio dessa faculdade, podemos revisar e corrigir nossos juízos, avançando de ideias inadequadas para ideias adequadas. Entretanto, estados afetivos podem produzir uma dissociação mental, de forma que as ideias da ideia não partam de uma identificação primária com a ideia do corpo, mas se oponham a esta. A neurose é um perfeito exemplo desta dissociação, mas qualquer psicopatologia implica em certa medida na dissociação da mente produzindo ideias inadequadas. Unindo a filosofia da mente de Spinoza com a psicanálise de Winnicott, Martins (2025a) explica o papel dos afetos no funcionamento mental da seguinte maneira:

> Essa dissociação psíquica, ela também, se dá através da formação de ideias da ideia, juntamente com um uso específico, pela mente, da memória e das imagens anteriormente formadas, a partir de vivências e afetos passados. A diferença em relação à compreensão, é que a compreensão se dá quando a mente integra o pensamento e a observação sobre a ideia do corpo e o afeto a estes, enquanto que na dissociação entre mente e

> psiquessoma, a mente busca na verdade não uma compreensão, mas uma explicação, uma verdade, que a satisfaça em uma busca de controle sobre o que está acontecendo e o que está sentindo. Essa busca de controle mental é um obstáculo real à compreensão, em geral impeditivo desta, pois o entendimento se dará por um engano, uma ideia inadequada. (Martins, 2025a, p. 32).

As ideias adequadas, segundo Spinoza, são aquelas que exprimem plenamente as causas de um fenômeno, permitindo compreender a sua essência e a sua necessidade. Já as ideias inadequadas resultam de percepções parciais, fragmentadas ou distorcidas, que não correspondem à totalidade das causas em jogo. Por exemplo, sentir medo de um ruído sem identificar sua origem é uma experiência baseada em uma ideia inadequada, pois não apreendemos a causa verdadeira do fenômeno. Certamente nesse caso, por associação, inseguranças e medos anteriores à situação real serão atualizados, e o medo atual não será fruto de um perigo real e percebido, mas a resposta afetiva de uma projeção psicológica.

Como vemos, o papel dos afetos nesse funcionamento mental é central. Spinoza define os afetos como variações na potência de agir do indivíduo. Essa potência (*potentia*) é a expressão da capacidade do ser de perseverar na própria existência (*conatus*). Afetos ativos são aqueles que nascem de ideias adequadas e, por isso, aumentam a potência de agir; já os afetos passivos derivam de ideias inadequadas e indicam que somos determinados por causas externas. Desse modo, a maneira como nos afetamos pode aumentar ou diminuir nossa potência, nos alegrar ou nos entristecer. No caso do entristecimento, não conhecer suas causas pode produzir sentimentos de insegurança e impotência, e concomitantemente, ansiedade e angústia. Sem poder agir nas causas por ignorá-las, o psiquismo humano pode buscar refúgio em ideias inadequadas, metafisicas, em ficções que amenizem o sofrimento. As ideologias são exemplos desses refúgios para o indivíduo em sofrimento independentemente dos seus conteúdos serem mais ou menos razoáveis ou absurdos. Diante de contrariedade que o julgamento da realidade imanente pelas expectativas do indivíduo pode produzir, a mente humana pode se defender imaginando e desejando que a realidade se modifique para se adequar às expectativas mentais do indivíduo. Assim, a idealização de um mundo alternativo em que aquele individuo não sofra passa a ser super investido na forma de uma utopia ou distopia em detrimento da compreensão do real imanente.

A vida ética, para Spinoza, consiste justamente em buscar se afetar melhor a partir da compreensão adequada do real imanente. Isso significa compreender as causas externas que nos afetam, e agir, quando possível sobre elas. Ao compreender intelectual e afetivamente essas causas, deixamos de ser meramente passivos diante delas e passamos a integrá-las ao nosso próprio agir. Um exemplo é o sentimento de inveja: quando compreendemos que ele surge de uma comparação imaginária e não de uma essência real, podemos agir de alguma forma, por exemplo, desautorizando certos ideais que nos levam a estabelecer as comparações inadequadas.

Essa transformação tem implicações diretas para a saúde mental. Ao compreendermos a origem e a natureza dos afetos que nos movem, ampliamos nossa autonomia e liberdade, diminuindo o domínio das paixões tristes — como medo, ódio e ressentimento — e favorecendo as alegrias ativas, que expandem nossa potência de existir. Para Spinoza, liberdade não é ausência de determinação, mas capacidade de agir de acordo com a necessidade conhecida: somos livres quando compreendemos por que fazemos o que fazemos e alinhamos nossas ações a esse entendimento, isto em nada tem a ver com a liberdade idealizada na forma de livre arbítrio.

A concepção spinozista da mente como ideia do corpo, da ideia da ideia e do papel dos afetos fornece um modelo integrado em que conhecer, sentir e agir são dimensões inseparáveis. Razão e emoção são, ambas, expressões do mesmo processo vital. O conhecimento adequado não se limita à apreensão intelectual, mas envolve também a transformação da vida afetiva, pois é por meio dela que a mente encontra sua maior força criativa, de modo que a imaginação pode ser usada a favor da realidade imanente, mas também contra ela, produzindo idealizações rígidas e ressentimento.

Em termos práticos, essa filosofia indica um caminho terapêutico para o indivíduo singular e para a coletividade. Uma terapêutica voltada para os afetos não significa repressão ou negação, mas compreensão e integração. Nesse sentido, a proposta de Spinoza de reformar a maneira como pensamos metafisicamente nos ajuda a, através da compreensão do funcionamento da mente humana, agirmos nas causas do nosso sofrimento individual e coletivo; sem que para tanto precisemos criar inimigos imaginários, eleger algozes e nos expressar sempre em termos de algum tipo de polarização. A noção de resistência tão comumente transformada em

palavra de ordem em movimentos políticos é um exemplo dessa existência individual e coletiva interpretada e reinterpretada à luz da oposição com algo ou alguém. Sem compreendermos adequadamente a origem do nosso entristecimento, ficamos impotentes e deprimimos, e ao invés de agirmos nas causas apenas reagimos ao efeito – depressão, produzindo o que Winnicott (2000) chama de defesa maníaca[43]. As ideologias são defesas maníacas, são defesas contra o efeito depressivo que condições desfavoráveis produzem em nós. Entretanto, por mais sofisticadas teoricamente e eficientes em diminuir o sentimento de impotência, nenhuma ideologia expressa propriamente saúde em termos winnicotianos e alegria ativa em termos spinozistas.

Tanto Pinel quanto os reformistas brasileiros interpretaram o louco e a loucura a partir do legitimo sentimento de injustiça que vivenciaram em seus momentos históricos. A luta contra a tirania de monarcas absolutistas ou ditadores está na origem do pensamento de Pinel e da Reforma Psiquiátrica brasileira, e na visão utópica de mundo respectivamente construída. Num mundo polarizado entre bons e maus, os loucos foram tomados como vítimas de uma sociedade cruel que os atormenta e exclui. Por caminhos ideológicos diferentes Pinel e a Reforma imaginaram que o melhor para o louco é ser reinserido na sociedade, seja por força da razão que se recobra a partir do tratamento moral, seja por reformas estruturais da sociedade que a tornem menos excludente. De um modo ou de outro, a figura do louco cidadão se tornou o horizonte utópico de ambos os movimentos. Nosso argumento é: isso diminui a potência transformadora que a Reforma Psiquiátrica tem, pois reduz a loucura à questão do pertencimento social ignorando ou deixando em segundo plano uma necessária compreensão psicopatológica das etiologias das psicoses e por consequência de ações terapêuticas orientadas para agir nas causas da doença, diminuir o sofrimento do indivíduo, curar quando possível e em termos de saúde coletiva agir adequadamente na prevenção dos chamados transtornos mentais. Como veremos mais à frente, ações no campo político não precisam rivalizar em nada com a terapêutica, ao contrário, estas são dimensões

[43] Winnicott descreve a defesa maníaca como um modo defensivo contra a depressão latente. Segundo o autor, trata-se de uma fuga que o indivíduo faz em direção à realidade externa, idealizando-a, na esperança de que algum objeto externo apazigue as angústias e ansiedades do mundo interno (subjetivo). O autor apresenta essas ideias em 1935 na conferência da Sociedade Britânica de Psicanálise. No Brasil, o texto está publicado na coletânea *Da Pediatria à Psicanálise*. WINNICOTT, D. W. A Defesa Maníaca. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 199-217.

complementares de cuidado à saúde do indivíduo em sofrimento mental grave e da saúde coletiva.

3.3 Reinterpretando as psicoses a partir de André Martins

Acompanhamos André Martins (2010) em seu ensaio “Criação e Psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses” em que realiza uma análise da metapsicologia das psicoses a partir das teorias de Freud e Lacan.

Martins (2010) destaca como esses autores consolidaram as bases da compreensão tradicional sobre a psicose. Em Freud, a psicose é caracterizada como uma perturbação radical nas relações do sujeito com a realidade externa. No modelo de aparato psíquico proposto por Freud em sua segunda tópica, o aparelho psíquico é formado pelo Isso (*id*), Eu (ego) e SuperEu (superego). O Isso corresponderia a uma parte do inconsciente que pressiona o Eu a dar vasão aos desejos inconscientes ou às paixões, segundo Martins. O Eu por sua vez tem a função de negociar com o Isso e o SuperEu as demandas opostas advindas dessas duas instâncias psíquicas. Nesse sentido, o Eu se caracterizaria pela racionalidade e bom senso. Por fim, o SuperEu é a representação da cultura e da moral social no aparelho psíquico. Dessa forma, sua função é servir de censor moral para as demandas advindas do Isso.

Segundo a perspectiva freudiana, do ponto de vista da segunda tópica do aparelho psíquico, a neurose seria o resultado da realização parcial dos desejos inconscientes visto que a censura do SuperEu teria triunfado ante às demandas do Isso. Por sua vez, o Eu teria que lidar com a realização parcial dos desejos na forma de sintomas. Um exemplo, é o emblemático caso descrito por Freud em “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”, publicado em 1909, e que ficou popularmente conhecido como o Caso Pequeno Hans. O menino que vivia a angústia de castração típica do complexo de édipo, deslocou para os cavalos o medo de ser castrado simbolicamente ou ser devorado, anexado pelo desejo da mãe. Como odiar os pais, em especial a mãe, seria tão inconveniente moralmente quanto desejá-la sexualmente, o arranjo entre as instâncias psíquicas do garoto foi deslocar na forma de sintoma o medo de castração para uma fobia de cavalos e temer que eles pudessem morder e arrancar seu pênis. Dessa forma, os desejos do Isso estavam parcialmente realizados e as exigências do SuperEu também. Na

psicose, o trinfo seria do Isso, de forma a desconsiderar a realidade externa quase que por completo e submetê-la às paixões do Isso. Uma descrição desse mecanismo foi feita por Freud em "Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia (*Dementia Paranoides*)", conhecido como Caso Schreber, publicado em 1911. Freud analisa as vivências paranoicas de Daniel Paul Schreber, um juiz alemão, que ao ascender a um cargo na corte superior passou a ter delírios místicos em que Deus o perseguia e o transformava em uma mulher que ao ser fecundada daria origem a uma nova humanidade. Freud interpreta os delírios de Schreber como resultado de uma homossexualidade que até então havia sido inibida e que se descortinara na forma do delírio, ou seja, de uma submissão delirante da realidade ao desejo do Isso. Martins sintetiza da descrição freudiana do conflito entre as instâncias psíquicas da seguinte forma:

> Ou seja, para Freud, o ego deve dominar o id, com a ajuda do ideal de ego - isto é, dos ideais introjetados psiquicamente como um superego -, embora silenciar o id possa gerar uma neurose. Pior seria se o id vencesse a disputa, pois isso arrancaria o ego da realidade, enlouquecendo-o. (Martins, 2010, p. 76).

Antes de seguirmos, vale lembrar que os dois casos que citamos de Freud não foram atendidos por ele. Freud nunca viu Hans na vida. Todas as interpretações que ele fez foi através da correspondência que trocava com o pai do menino. No final de “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”, Freud argumenta que tudo que o menino vivera estava de acordo com sua teoria da sexualidade descrita em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. No Caso Schreber, a distância é ainda maior. Freud interpreta o livro autobiográfico publicado em 1903 por Paul Schreber relatando suas vivências psicóticas. Não estamos sugerindo que as considerações de Freud sobre os casos devam ser ignoradas, mas não seria impróprio imaginar que Freud procurou nesses personagens abrigo para suas teorias. Por que casos reais não se tornaram célebres como esses dois? A imaginação humana pode ser gravemente afetada pelo modo metafísico de pensar e mesmo teorias sofisticadas podem estar alicerçadas no desejo de que o real corresponda àquilo que dele esperamos ou imaginamos. Dessa forma, é possível que Freud se una a Pinel e aos reformistas brasileiros no empreendimento de buscar na realidade fragmentos desta que sustentem suas perspectivas ideológicas, deixando a clínica (entendida como alívio do sofrimento) em segundo plano ou

submetida à imaginação teórico-política.

Lacan amplia significativamente o entendimento freudiano, trazendo elementos estruturais da Linguística. Para ele, o conceito do Nome-do-Pai é fundamental, visto que organiza simbolicamente a realidade do sujeito através da lei paterna que instaura a ordem simbólica, proporcionando limites e referências estáveis essenciais ao desenvolvimento psíquico. Segundo Lacan, a ausência ou a falha dessa função simbólica paterna resulta em uma estrutura psicótica, caracterizada pela desestruturação do campo simbólico, conduzindo ao desencadeamento da psicose. Para Martins:

> Freud apresenta a psicose como uma vitória do id sobre o ego e sobre o superego, e Lacan, analogamente, a apresenta como resultado da 'forclusão' do Nome-do-Pai, como buraco aberto no simbólico correspondendo a uma ausência da significação fálica que garantiria ao indivíduo sua inserção no simbólico, no mundo normal, de uma maneira devidamente vetorizada e limitada: a linguagem passa a falar sozinha, de modo alucinatório - é o real quem fala. (Martins, 2010, p. 77).

Martins, entretanto, apresenta uma crítica vigorosa ao modo como Freud e Lacan concebem a psicose, argumentando que ambos tendem a sustentar uma dicotomia rígida e artificial entre natureza e cultura, ignorando a complexidade e interação entre esses domínios. O psicanalista e filósofo brasileiro questiona especialmente a suposição tradicional de que a psicose decorre prioritariamente de falhas estruturais intrapsíquicas isoladas, sem considerar adequadamente o papel das circunstâncias ambientais e contextuais. Nas palavras do autor:

> Tanto em Freud quanto em Lacan, há a ideia de que existe uma natureza originária do ser humano que é louca, desarrazoada, desmedida, e que a vida se torna viável devido a sua submissão à medida, à razão, ao senso comum, ao bom senso, à ordem consensual, que enquadra, limita, castra, barra, submete. Sem polícia, o id/real destrói; é preciso que ele aceite de bom grado a instância simbólica, a sublimação, ou a Lei se abaterá sobre ele através do superego, definido como "a instância judiciária de nosso psiquismo".[44] Ou a submissão fálica ou o castigo. Afinal, a única alternativa possível, nessa visão, seria muito pior: a psicose, sofrimento maior de um psiquismo que não conseguiu entender e aceitar que a vida é feita de frustrações para se tornar socialmente viável, e que desejar apenas satisfação levará à inviabilidade social e, por conseguinte, à inviabilidade do próprio indivíduo, esse 'ser social'. (Martins, 2010, p. 79).

A contribuição original de Martins reside justamente na valorização e

[44] A citação feita por Martins se refere ao texto: FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. In: **Obras Completas. ESB**, v.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1988e [1932].

explicitação do papel crucial desempenhado pelo ambiente no surgimento da psicose. O autor argumenta que contextos sociais e relacionais desfavoráveis são frequentemente determinantes no desencadeamento psicótico. Ele ressalta que ambientes caracterizados por negligência emocional, abuso, exclusão social ou precariedade afetiva podem comprometer gravemente o desenvolvimento emocional e psíquico do indivíduo, prejudicando sua capacidade de estabelecer relações simbólicas e afetivas consistentes e saudáveis. Esses contextos podem, portanto, favorecer o surgimento e a manutenção de estruturas psicóticas.

De acordo com Martins, um ambiente adverso pode debilitar profundamente a capacidade do indivíduo de integrar experiências, compreender suas emoções e construir uma identidade baseada na confiança em si mesmo e na vida, criando vulnerabilidades específicas que facilitam a emergência da psicose. Dessa forma, ele propõe uma reorientação conceitual significativa: a psicose não deve ser compreendida como uma fragilidade intrínseca do indivíduo ou uma renúncia por parte dele da organização simbólica do mundo, mas como resultado de interações gravemente falhas entre o ambiente e o indivíduo e que resultam em defesas psíquicas rígidas por parte do indivíduo que experimenta a realidade, e em casos ainda mais graves como na esquizofrenia, a própria existência somática como intrusiva. Martins apresenta o ponto da seguinte maneira:

> A psicose não será nunca, por conseguinte, a expressão de um puro 'real', ou de um id, caracterizados como desordem, exclusão da linguagem ou da ordem. Será, ao contrário, uma dificuldade de expressão do *conatus,* em razão de uma dificuldade de expressão deste em um mundo que lhe foi intrusivo, que não o respeitou, que não respeitou sua individualidade, sua diferença, que não acolheu sua agressividade, sua singularidade pré-simbólica e pré-imaginária. (Martins, 2010, p. 84).

E ainda:

> O que se afirma é que a psicose surge quando o id, definido então não mais como primevamente destrutivo (tampouco como primevamente ou propriamente sexual, embora a sexualidade seja dele uma expressão), ou seja, definido como 'si-mesmo', como *conatus* ou vontade de potência, não consegue se expressar num mundo por demasiado igual, padronizado, repressor. Então, esse id se revolta contra as pressões externas de um mundo neurótico. Mas não se expressa como gostaria, isto é, criativamente. Se expressa como pode, reativamente, violentamente, delirantemente, alucinatoriamente, pois desidentifica-se não só de seu ego e de seu superego, representantes da realidade externa repressora e intrusiva que introjetaram, mas desidentifica-se também de seu próprio id, que se perde em meio ao ego e ao superego que lhe fazem mal. (Martins, 2010, p. 85).

Essa nova abordagem teórica tem implicações diretas nas práticas clínicas e nas políticas públicas de Saúde mental. Compreender as psicoses como reações defensivas de um psiquesoma que não pode se expressar em um ambiente que lhe foi gravemente hostil implica em posicionar as práticas terapêuticas (psicoterapias, farmacoterapias, terapias ocupacionais, etc.) no *rol* de ferramentas que as equipes de saúde dispõem para favorecer o indivíduo no seu processo de desenvolvimento emocional primitivo que foi insuficiente em decorrência das falhas ambientais. Isto em nada se confunde com o desejo de adaptar o indivíduo psicótico à vida social corrente, afinal, como nos mostra Martins, foi exatamente esse desejo encarnado nos cuidadores do bebê que produziu as defesas que chamamos de psicoses. Martins (1999) expõe em termos metapsicológicos o papel que o desejo social introjetado na forma de exigência superegóica tem na etiologia das neuroses e das psicoses. Segundo o autor:

> [...] na psicose não há exatamente uma vitória do id sobre o ego, ou muito menos sobre o superego. O corte em relação à realidade externanão se dá simplesmente por uma “decepção” para com esta, por uma frustração de um desejo do id pela realidade; mas sim, sempre, por uma reação contra uma exigência superegóica. (Martins, 1999, p. 67).

E ainda:

> Quero dizer que a exigência superegóica é basicamente a mesma na neurose e na psicose, e que é esta mesma exigência que originará uma e outra. Ou seja, digo que a psicose é sempre reativa; contra o superego, mas em função dele. Não é uma expressão simples do id, que se revoltaria contra o ego ou o superego, “vencendo-os”. Mas sim uma expressão reativa e recalcada do ego e do id, *como uma tentativa de colocar-se à altura da exigência superegóica*. A psicose é, assim, o resultado de um desejo superegóico de neurose, ao qual o id, e por conseguinte o ego, do indivíduo não consegue corresponder. Podemos assim afirmar que todo psicótico o é por desejar, e não conseguir, ser um neurótico – isto é, por desejar, mas não conseguir, corresponder às exigências superegóicas advindas das exigências (neuróticas) sociais. (Martins, 1999, p. 67).

A partir dos trechos acima, compreendemos que a terapêutica deve favorecer a experiência de dependência pelo indivíduo do ambiente, agora saudável e orientado às necessidades do indivíduo. De modo algum, esse processo pode ser acelerado ou trazer exigências de performance social, ainda que sobre o pretexto de promover cidadania. As exigências sociais estão na origem do adoecimento do indivíduo psicótico. Novas exigências não produzirão cura ou uma melhora acelerada. Qualquer tentativa de encurtar o processo terapêutico produzirá novas

defesas, mais rígidas, num processo de retraumatização. A terapêutica deve funcionar como um ambiente suficientemente bom pelo tempo que for necessário, isso significa dizer que para alguns indivíduos muito graves isso corresponde à vida inteira.

Da mesma forma, as políticas públicas devem facilitar e sustentar o estado de dependência do indivíduo pelo ambiente terapêutico. Em termos práticos, cabe ao Estado organizar serviços de saúde mental com funcionamento vinte quatro horas por dia, avançar na integração da Saúde Mental à Atenção Básica, organizar a burocracia jurídica e previdenciária para favorecer à terapêutica e não ao desejo social de reintegrar o louco à sociedade. Esse desejo transformado em militância política ou preconceito contra os loucos está na base do pensamento metafísico comum a Pinel e à Reforma brasileira. O sonho de uma sociedade que inclua os loucos é a versão politicamente correta do desejo de erradicar ou, ao menos, controlar a loucura. O louco cidadão desde Pinel até os dias atuais é a resposta ideológica do medo coletivo da desordem e da desrazão. Atacar ou incluir o louco tornou-se ironicamente ações equivalentes na medida que buscam conter a loucura com os contornos do manicômio/camisa-de-força ou da cidadania como sinônimo de adaptação. Organizar o Estado de modo a garantir os direitos civis e sociais das pessoas ditas loucas precisa incluir o direito desses indivíduos permanecerem loucos pelo tempo que lhes for necessário; e como dissemos anteriormente, para alguns isso corresponderá à vida inteira.

Dito de outra maneira, nos apropriando dos termos de Winnicott e da inovação teórica de Martins, a terapêutica deve ser o *holding* para o paciente; e as políticas públicas e a sociedade civil organizada, o *holding* do *holding*, tal qual as funções materna e paterna funcionam para garantir que o bebê vivencie a ilusão pelo tempo necessário para o seu desenvolvimento saudável. Dessa forma, não há qualquer oposição entre terapêutica e políticas publicas, elas são concomitantes e complementares e não alternativas.

Em síntese, acompanhando André Martins em sua contribuição inovadora ao propor uma visão integrada da psicose, que desloca o foco das causas exclusivamente internas e estruturais para incluir o ambiente e suas dinâmicas relacionais, fica clara a necessidade de compreender a psicose em sua dimensão real e imanente para que não se reproduza, ainda que com as melhores das intensões, posições morais e idealizadas. Uma abordagem ética da saúde mental

passa por construir teorias da saúde e psicopatologia que efetivamente ajudem na compreensão do real imanente e não na defesa psíquica em forma de ideologia com a esperança de que, seja ela qual for, nos salvará de uma suposta natureza bestial enlouquecedora. Se a clínica é sempre política, que ela seja enfim terapêutica.

3.4 Por uma terapêutica da potência ou a Clínica Psicanalítica da Potência de André Martins

Acompanhamos André Martins (2025b) em sua proposta de uma clínica baseada na potência da vida como força primária do indivíduo humano[45] e da compreensão do real imanente como expressão da saúde mental. Para tanto, é preciso antes observar a crítica desenvolvida pelo autor à teoria da pulsão de morte formulada por Freud e posteriormente reelaborada por Lacan. Esta representa uma inflexão no campo da psicanálise contemporânea. Martins propõe uma reconsideração dos fundamentos metapsicológicos que sustentam a centralidade na destrutividade e da repetição na constituição do indivíduo e no exercício da clínica psicanalítica tradicional. Para fundamentar essa crítica, Martins reconstrói não apenas os aspectos teóricos da noção de pulsão de morte, mas também os alicerces filosóficos e ontológicos que informam sua emergência no pensamento freudiano.

A formulação freudiana da pulsão de morte está longe de ser apenas uma construção conceitual isolada no interior da teoria psicanalítica. Ela dialoga com uma tradição filosófica mais ampla, que concebe a destrutividade como dimensão estrutural do ser humano. A ideia de uma força regressiva que visa o retorno ao inorgânico encontra ecos na filosofia de Schopenhauer, cuja concepção de vontade como potência cega, incessante e causadora de sofrimento influenciou o pensamento europeu do século XIX. Para Schopenhauer, a morte surge como liberação do sofrimento da vida, e essa concepção atravessa de forma sutil a formulação freudiana. Além disso, a física termodinâmica, especialmente a noção de entropia como tendência ao equilíbrio e à dissipação de energia, fornece o modelo

[45] Entendemos a partir de Martins que a vida é a força primária de todo ser vivo. Optamos pelo uso do termo “individuo humano” para ressaltar que esta compreensão acerca da vida tem consequências clínicas, epistemológicas e éticas nas terapêuticas utilizadas para cuidar de pessoas em sofrimento mental.

pelo qual Freud pensa a pulsão de morte como força silenciosa que visa ao apagamento da excitação e o retorno a um estado de não-vida.

No campo psicanalítico propriamente dito, a introdução da pulsão de morte, sobretudo em *Além do princípio do prazer,* redefine a metapsicologia freudiana. Antes centrada no conflito entre pulsões sexuais e pulsões de autoconservação, a teoria passa a operar com a oposição entre Eros e Thanatos. A nova concepção propõe que a vida psíquica é atravessada por uma tensão entre forças de ligação e forças de desligamento, entre o desejo de expansão da vida e o impulso silencioso de destruição. Freud observa que certos pacientes parecem repetir experiências traumáticas não em busca de prazer ou elaboração, mas por um automatismo que desafia o princípio do prazer. Esse fenômeno leva à postulação de uma força que atua para além do princípio de prazer: a pulsão de morte. Essa noção ganha destaque nos fenômenos clínicos de compulsão à repetição, comportamentos autodestrutivos e manifestações de agressividade não integradas ao narcisismo ou à sexualidade.

Martins demonstra em uma verdadeira exegese da obra freudiana, que o psicanalista austríaco reproduziu em sua metapsicologia uma visão pessimista da vida apoiada por uma longa tradição filosófica desde os gregos antigos até os filósofos modernos como Descartes e Kant. Esse pessimismo se traduz metapsicologicamente no dualismo pulsional (pulsão de vida e pulsão de morte) e na crença de que a morte é mais poderosa do que a vida, como parece afirmar em *Além do princípio do prazer*. Filosoficamente, o dualismo pulsional freudiano corresponde à dicotomia natureza-cultura, e à interpretação paranoica de que a natureza é caótica e má, destrutiva portanto, enquanto a cultura seria um arranjo paliativo que adiaria a morte, na medida que imporia ao indivíduo o adiamento parcial da satisfação pulsional. Eis a solução freudiana para os problemas sociais: se cada indivíduo contribuir com pequenos sacríficos, se cada um puder suportar uma pequena infelicidade, o tecido social será capaz de sobreviver à tendência destrutiva da bestialidade humana individual. Freud expressa essas ideias claramente em *O mal-estar na civilização* e aponta como meio privilegiado ou superior de contenção das tendências mortíferas o trabalho e a arte. Segundo Freud, é pela sublimação, ou seja, pelo deslocamento da força pulsional para um outro objeto socialmente valorizado que o potencial destrutivo pode se converter em contribuição positiva para a sociedade. O pai da psicanálise reconhece que sua

proposta não é simples, que “a carne é fraca” e por isso pequenas transgressões podem ocorrer.

Freud testemunhou com a própria existência que no mundo há guerras, fome, miséria, ódio e perseguição a minorias. Entretanto, ele imaginou que esses terríveis desfechos são o resultado da natureza bestial humana não contida adequadamente. Como vimos anteriormente no item 3.2 deste capítulo, quando não conhecemos adequadamente as causas dos nossos afetos, a mente pode dissociadamente imaginar causas fictícias como forma de defesa psicológica ao sofrimento experimentado e não elaborado. Freud viu um mundo em chamas e imaginou que o mesmo acontece dentro de nós; que nossa existência é a luta do bem contra o mal, da vida contra a morte. Com isso Freud postulou a pulsão de morte como originária e imaginou a vida como uma resistência à morte, supondo que a existência individual e coletiva é na melhor das hipóteses uma opção moral/cultural pelo mal menor. Essa noção de que a vida é um interdito em nome da civilização ganha ainda mais relevo na interpretação que Lacan faz de Freud e na suposição ainda mais pessimista de que não há dualismo pulsional, há uma única pulsão, a de morte.

Com Lacan, a pulsão de morte adquire uma roupagem estruturalista. Sua releitura insere o conceito no campo do simbólico, reposicionando-o como efeito da entrada do sujeito na linguagem. O sujeito do inconsciente, para Lacan, é constituído a partir de uma perda estrutural, marcada pela castração simbólica. O desejo passa a ser orientado por uma falta essencial, e a repetição torna-se o destino do sujeito alienado ao significante. O gozo — central na releitura lacaniana — é experimentado como excesso, como aquilo que escapa à articulação simbólica e retorna como sofrimento. A pulsão de morte, nesse contexto, não remete mais ao inorgânico no sentido físico, mas à insistência do gozo que rompe com a ordem do prazer e conduz o sujeito a sua própria destruição. Para o psicanalista francês, o melhor para o indivíduo é aderir ao desejo social, em busca do desejo do Outro. Não uma adesão por completo, que corresponderia à alienação, mas uma adesão angustiada que permita o indivíduo tornado sujeito, ou seja, sujeitado à linguagem, usá-la para construir pequenas transgressões que substituam o gozo destrutivo por uma espécie de alegria passiva da vitória contra o sistema.

É nesse ponto que André Martins localiza sua divergência radical. Tanto Freud quanto Lacan constroem uma teoria do sujeito atravessada por uma ontologia da destrutividade. A vida subjetiva aparece marcada por uma carência originária, por

uma falta constitutiva e por um destino de repetição e idealização de uma completude. Martins propõe uma crítica filosófica e clínica a essa concepção. Ontologicamente, ele questiona a necessidade de tomar a falta como princípio da subjetividade. Ao invés de assumir que o sujeito é constituído pela destrutividade, pela perda e pelo trauma, Martins propõe pensar o sujeito como potência, como capacidade de criar, afetar e ser afetado. Inspirado em autores como Spinoza, Nietzsche, Deleuze e Winnicott, ele propõe uma ontologia afirmativa, na qual a vida não é definida pela escassez, mas como jorro, força contínua, e que somente no padecimento grave essa força é parcialmente inibida. Nesse contexto, a destrutividade, seja a pulsão de morte ou o masoquismo, são efeitos – e não causas – da relação ambiente-indivíduo que foram desfavoráveis para o indivíduo de modo a produzir defesas muito rígidas, e no caso particular das neuroses, a confusão entre espontaneidade e destrutividade. Na neurose, o indivíduo tem a sua espontaneidade, o seu jorro de vida, interpretado pelo outro como agressão, o que produz uma marca inconsciente de identificação com a destrutividade e o sentimento de culpa como característica subjetiva. O exemplo axiomático desta perspectiva martiniana é a depressão, seja ela psicótica ou neurótica. Na depressão, o indivíduo experimenta um enfraquecimento de sua potência e imagina, seja pelo sentimento de culpa ou por vivência paranoica[46], que seu enfraquecimento é por sua culpa, por algo que fez ou deixou de fazer, e que, por sua vez, curar-se da depressão depende exclusivamente da sua força de vontade. Ao chegar a essa conclusão e empreender esforços que sempre falham, a pessoa sente ainda mais culpa, se tortura ainda mais e, portanto, gradativamente deprime mais. Como mostra Martins, a pulsão de morte é o efeito, o próprio sofrimento e não a causa ou uma espécie de destino inexorável:

> Se tomamos a pulsão de morte como constatação de um efeito, não há problema, e ela é apenas um nome, dado a uma pulsão derivada. Se explicamos o que é efeito pelo próprio efeito, como se este fosse sua causa, ocultam-se as causas, que permanecem não compreendidas - e a partir de então, não mais questionadas. Alguém busca a morte, por exemplo, por uma teia de motivos e motivações afetivas inconscientes. A busca da morte, o masoquismo, a melancolia, a destrutividade são efeitos de causas afetivas e idealizações - que necessitam ser compreendidas. E cabe à psicanálise trabalhar no sentido desta compreensão, tanto teórica quanto (em geral) singularmente diante de cada caso, de cada paciente. São, se quisermos nomear assim, pulsões de morte, reativas, que têm origem nas interações

[46] Aqui nos referimos a experiência paranoica que em o perseguidor não é projetado no fora, mas experimentado como estando dentro do indivíduo, como um outro dele mesmo.

> psíquicas da pessoa consigo mesma e com o ambiente. (Martins, 2025b, p. 368).

O tratamento proposto por Martins não está no fortalecimento do ego para que este transforme fantasia de impotência em fantasia de potência, ou onipotência como nas defesas maníacas neuróticas e psicóticas, mas na compreensão da própria natureza singular do indivíduo, na compreensão das causas do seu padecimento e na reconstrução de um estado de confiança em si mesmo e na vida. Por certo que por algum tempo essa confiança será vivida pelo paciente como a confiança que o analista tem no paciente, sendo o analista causa transitiva, temporária portanto, da confiança do paciente até que este possa confiar em si mesmo e experimentar os estados não-integrados como relaxamento e não medo da desintegração. Em uma alegoria que reconhecemos prosaica, podemos dizer que a terapêutica proposta por Martins convida o indivíduo que está se afogando a relaxar, a integrar sua força individual e singular à força do mar e assim boiar. O afogado se afoga porque faz força contra a própria vida, imagina que sua salvação está no esforço de oposição ao mar, que sair da situação de afogamento depende exclusivamente dele próprio e de sua força. Essa é a imagem da patologia, uma vida em oposição, em permanente estado de resistência e reatividade. Na saúde, não há esforço porque a vida é a própria força de unidade somatopsiquica e de inclinação em direção ao mundo.

No plano clínico, essa virada ontológica tem consequências decisivas. A clínica psicanalítica tradicional, centrada na repetição e na interpretação da falta, tende a limitar-se à escuta do sofrimento como destino e a procurar amenizar o sofrimento com pequenas transgressões. A figura do analista, nesse modelo, é a de um intérprete da verdade recalcada, um decifrador de significantes que retornam sob a forma de sintomas e gozo. André Martins propõe uma outra posição clínica, chamada por ele de clínica da potência. Aqui, a escuta se desloca da repetição para a criação, da falta para a integração. A análise se torna espaço de experimentação e religamento entre a ideia da ideia e a ideia do corpo. O que está em jogo não é mais uma tentativa de gerenciamento do desejo entre o recalcado e o sublimado, mas a dissolução das idealizações rígidas, e em um sentido nietzcheano, descobrir que dizer sim à vida não envolve adesão a nada e nem submissão alguma. Nessa perspectiva, o analista se posiciona como parceiro, ambiente suficientemente bom. O sofrimento não é apagado ou negado, mas reinscrito como efeito de uma relação

com o mundo que pode ser transformada. O inconsciente, longe de ser incontrolavelmente um depósito de traumas ou um polo da destrutividade inata, pode ser compreendido como ideia do corpo e quando adequadamente ouvido nos ajudar a nos compreender melhor, nos afetar melhor.

Ao rejeitar a centralidade da pulsão de morte, André Martins não desqualifica a importância da dor psíquica ou do trabalho com o sofrimento, mas propõe uma clínica que não se limita à repetição, contenção ou combate da destrutividade. Sua proposta é a de sustentar o movimento vital do indivíduo, sua capacidade criativa e de inventar saídas para que as dores inerentes ao viver não sejam transformadas em fixação, em sofrimento. O que está em jogo é uma aposta na potência do indivíduo, na sua força de existir, e na capacidade do ambiente em cuidar. Trata-se de afirmar que, mesmo diante do que parece não ter saída, é possível criar e isso é viver. Essa é, em última instância, a aposta ética, ontológica e clínica de sua proposta: uma psicanálise da potência, comprometida com a vida.

3.5 Reformando a Reforma ou por uma reforma do pensamento

A Reforma Psiquiátrica brasileira representa um avanço inequívoco em relação ao modelo de assistência psiquiátrica que foi hegemônico no país até o início dos anos dois mil, com centralidade em respostas hospitalares para qualquer situação mais grave de saúde mental. Este modelo tinha como resposta às demandas de assistência psiquiátrica basicamente a internação e estas costumavam ser longas e cronificantes.

A Reforma inova ao construir uma ampla rede de cuidados, orientada pelo princípio da territorialidade e regionalização da assistência. O banimento para o manicômio foi substituído pelo tratamento perto de casa com um diverso *rol* de serviços de saúde e assistência social.

A Reforma como processo social complexo proposto por Amarante (2009) é uma inovação epistemológica, assistencial e ética. A afirmação de que os cuidados em saúde dirigidos a pessoas com grave sofrimento psíquico devem acontecer em liberdade e que a assistência ao chamado louco não se reduz à assistência psiquiátrica muda tudo. As inovações propostas e, na medida em que a política institucional permitiu, implementas pela Reforma resgataram a figura do louco da masmorra real e simbólica em que se encontrava e estabeleceu os Diretos

Humanos, civis e sociais como piso para a construção de uma estratégia de ação ousada: reformar a própria sociedade de modo a fazê-la comportar a diferença radical que a loucura representa. O empreendimento é louvável, mas organizado em torno de uma perspectiva ideológica e utópica. Desde o início desta tese, nos perguntamos se é possível inovar usando o mesmo modelo metafísico de pensar. Esperamos ter demonstrado nesse capítulo que a resposta é não.

As inegáveis contribuições da Reforma podem ter ainda mais fôlego se o modo metafísico de pensar puder dar lugar à compreensão da realidade imanente de modo que as aspirações ideológicas sejam menos rígidas. O ideal coletivista, o objetivo de produzir uma radical transformação da sociedade para que então os loucos vivam bem e em paz acaba por produzir na prática uma desvalorização das ações terapêuticas individuais. O ideal coletivista enrijecido pelas defesas psíquicas que já mencionamos nos itens anteriores produz uma falsa polarização entre individual e coletivo; e faz confundir individual com individualismo. Questões práticas e urgentes tais: como aliviar o sofrimento de um indivíduo que passa a noite atormentado por vozes (alucinações auditivas); que as responde aos gritos; que busca diminuir a ansiedade que seu quadro produz fumando maços de cigarro e caminhando de um lado para outro sem deixar a própria família dormir e, eventualmente, tampouco os vizinhos. A resposta não está em demonizar o capitalismo, a falta de paciência da família e dos vizinhos que esgotados podem infelizmente adotar comportamentos hostis para com o paciente. A questão é terapêutica! Há um indivíduo em sofrimento e este não será aliviado por uma agenda de reforma do modelo econômico ou do mero incremento da vida material deste indivíduo, do contrário não haveria ricos esquizofrênicos e nem pobres saudáveis. É preciso favorecer a ação terapêutica e para tanto é imperativo partir de uma teoria da saúde, um modelo de psicopatologia que ajude na compreensão da etiologia do sofrimento mental grave e de estratégias terapêuticas.

Favorecer a ação terapêutica em nada rivaliza com as ações políticas no sentido amplo de busca por consolidação e ampliação de direitos; transformação do imaginário social acerca da loucura e do louco; bem como a construção e aprimoramento das políticas publicas de seguridade social (Saúde, Assistência Social e Previdência). Para tanto, acompanhamos Winnicott em sua constatação de que a saúde coletiva é fruto da soma da saúde dos indivíduos que compõem um determinado grupo. Não há, portanto, saúde coletiva sem a saúde individual.

Winnicott (1967, p. 3) em seu trabalho intitulado “O conceito de indivíduo saudável”, afirma que a “saúde social depende da saúde individual”. Isto significa a obvia constatação de que não existe coletividade sem a existência de indivíduos que somados formam esta coletividade. Essa obviedade ululante encontra objeções em perspectivas filosóficas, políticas e até mesmo psicanalíticas. Como argumentamos anteriormente, Freud em *O mal-estar na civilização* imagina que o bem-estar coletivo depende da renúncia individual da satisfação pulsional, de modo que a coletividade se beneficiaria de um grau controlado de infelicidade e sentimento de culpa de seus membros individuais. Nos perguntamos que estranha matemática é esta em que a soma das partes tem como resultado algo que não se relaciona em nada com as partes que a compõem. Na aritmética, a + b = ab, nas ideologias que buscam editar a realidade imanente para que ela se coadune com os desejos de quem a idealiza, a + b = c. Como a soma de coisas reais podem ter como produto uma coisa irreal?

A saúde individual – nos mostra Winnicott – é o resultado complexo de certas condições biológicas mais ou menos comuns e do bom atendimento do ambiente às necessidades do bebê. À medida que o desenvolvimento saudável comum acontece, o senso de *self* se constitui e a experiência do indivíduo é a de existir no mundo do qual ele faz parte. A saúde é o elemento central para que a mente não precise se dissociar e estabelecer defesas psíquicas que levam o indivíduo a imaginar que ele e o mundo são opostos conflitantes. A saúde implica em um sentimento de pertencimento ao mundo sem que isso em nada tenha a ver com submissão ou alienação. Um indivíduo saudável é perfeitamente capaz de perceber injustiças quanto há injustiças e compreender que elas devem ser transformadas. Na saúde, experimenta-se o fato de que a própria existência já é uma contribuição positiva para a realidade compartilhada e que outras contribuições são inevitavelmente feitas à medida que o indivíduo expressa sua força vital ou seu *conatus* nos termos de Spinoza. A contribuição individual para uma sociedade melhor está em simplesmente ser saudável e dessa forma não estabelecer com mundo, de modo geral, ou com indivíduos particulares, relações baseadas no ressentimento, rivalidade e ódio. A saúde permite o indivíduo vivenciar os conflitos e frustações inerentes ao viver, e em especial, ao viver em sociedade, sem precisar idealizar defensivamente uma vida idílica, sem conflitos e frustrações. Ao contrário, sua saúde é o suporte básico para buscar sempre que possível soluções criativas para os problemas e mediações para os conflitos. Nesse sentido, indivíduos

saudáveis quando negociam seus desejos em sociedade não se sentem perdendo sua autenticidade e espontaneidade como imaginara Freud; o sentimento é de criação de um arranjo democrático que favorece cada indivíduo a seguir sendo autêntico e espontâneo. Dessa forma, a negociação não é expressão de uma castração simbólica eficiente, mas da capacidade criativa que busca solucionar conflitos a partir do fato real imanente de que somos todos interdependentes. A saúde por si só já inclina o indivíduo para uma relação ética com o outro; somente quanto a saúde é gravemente prejudicada que as defesas psíquicas buscarão na idealização e na rivalidade algum conforto egóico. Como afirma Winnicott (1967, p.9, itálicos do autor), "digamos que um homem ou uma mulher saudáveis sejam capazes de *alcançar uma certa identificação com a sociedade sem perder muito de seus impulsos individuais ou pessoais*".

Em seu ensaio "Algumas considerações sobre o significado da palavra democracia", de 1950, Winnicott busca demonstrar a partir da constatação de que a saúde individual é a base da saúde coletiva, que a democracia como regime de respeito às diferenças é o resultado político e, portanto, coletivo da soma da saúde dos indivíduos.

Iniciemos a compreensão das ideias de Winnicott acerca da democracia pela seguinte afirmação do autor: "a democracia é definida aqui, portanto, como 'a sociedade bem ajustada a seus membros individuais *sadios*'" (Winnicott, 1950, p. 229, itálicos do autor). É fundamental salientar que o autor inverte uma formulação senso comum, mas encontrada em Freud, como afirmamos anteriormente. Em uma sociedade democrática **não são os indivíduos que se ajustam à sociedade**, mas a sociedade, enquanto conjunto de indivíduos e valores, que deve servir e favorecer a expressão singular de cada indivíduo saudável. Dito de outra forma, uma sociedade democrática não é aquela que primariamente se organiza para reprimir as aspirações pessoais, mas ao contrário, é aquela que organiza cultural e institucionalmente modos de garantir que essa expressão seja a maior possível. Diferentemente de Freud que imagina que os indivíduos devem contribuir com suas brandas infelicidades individuais, Winnicott compreender que a sociedade será melhor quanto mais indivíduos estiverem saudáveis, em certa medida felizes. E mais, é necessário que estes sejam a maioria. Nas palavras do autor:

> A democracia é uma conquista, num determinado momento do tempo, de uma sociedade limitada, isto é, uma sociedade dotada de algum limite natural. De uma democracia verdadeira (segundo o uso que hoje se dá ao termo), pode-se afirmar: *nesta sociedade e nesta época, há uma proporção suficiente de indivíduos que atingiu um grau suficiente de maturidade emocional para que exista uma tendência inata à criação, à recriação e à conservação da estrutura democrática*[47]. (Winnicott, 1950, p. 231).

Como vemos, quando indivíduos saudáveis se expressam buscam construir coletivamente um ambiente que favoreça essa expressão. O que Winnicott chama de tendência inata à democracia é o resultado coletivo da tendência inata à expressão e singularização que qualquer indivíduo saudável experimenta.

Como bem ressalta o autor, a democracia é uma conquista nos mesmos termos que a experiência de *self* ou o sentimento de zelo pelo outro (concernimento) são conquistas do desenvolvimento saudável comum. A democracia não pode ser imposta porque ela não é o resultado do desejo de um autocrata ou de um pequeno grupo de indivíduos, ela é a expressão coletiva da potência individual.

Somente indivíduos que não puderam ter um desenvolvimento saudável comum precisarão construir defesas psíquicas expressas em ideais que, segundo suas fantasias, os recompensem pelo sofrimento que viveram. Em geral, indivíduos assim confundem a ideia de justiça com justiçamento, desejam mais vingança do que propriamente reparação. O ressentimento produz um desejo de trocar de lugar com o algoz e o resultado é a vontade de exercer poder sobre o outro, de reorganizar a sociedade de modo que aqueles que lhe fizeram sofrer agora sofram. O ressentido quer um mundo justo só para ele, mesmo quando advoga ideais que parecem inclusivos. A contemporânea onda de ascensão da extrema direita no mundo é um exemplo do doentio desejo de vingança pela suposta perda de um mundo que contemplava um determinado grupo e que agora seria hostil a ele.

Caso isto seja bem compreendido, podemos supor que a Reforma Psiquiátrica brasileira produzirá ainda mais benefícios coletivos se puder incrementar a assistência ao indivíduo, construir estratégias de tratamento, prevenção de doença mental e promoção de saúde que favoreçam a saúde individual. Nosso intento não é prescrever quais ações devem ser adotadas, mas estabelecer um diálogo sobre a orientação ética dessas ações. Entendemos que fortalecer os indivíduos em sofrimento psíquico grave significa priorizar a terapêutica

---

[47] Itálicos do autor.

e ter como objetivo aliviar o máximo possível o sofrimento dos pacientes. Dito isso, cabe ressaltar que este empreendimento só se viabiliza quando orientado pelos princípios éticos que já estão presentes no *ethos* da Reforma brasileira: respeito à autonomia do paciente; protagonismo do paciente em seu tratamento; a compreensão de que aliviar o sofrimento não pode se confundir com anulação da subjetividade por meio de medicação excessiva ou qualquer outra forma de controle que se disfarce de terapia. Para tanto, é necessário não recair naquilo que consideramos um equívoco na trajetória da Reforma: a confusão entre promoção de cidadania e assistência à saúde. Certamente há interseções entre esses dois aspectos, mas eles não são a mesma coisa e um não substitui o outro. Os projetos terapêuticos dos pacientes, ao longo de minha jornada como profissional da rede pública de saúde, carecem de terapêutica. Certa vez Franco Rotelli, grande nome da Psiquiatria Democrática Italiana, disse que “a liberdade é terapêutica”. A frase é forte e inspiradora, mas pode levar a conclusões equivocadas. Muitas coisas têm efeitos terapêuticos, mas não são terapêuticas no sentido de um conjunto de ações sanitárias organizadas com o objetivo de tratar uma doença ou aliviar o sofrimento provocado por seus sintomas. Viajar com amigos para montanha tem efeitos terapêuticos, mas viajar não é uma terapêutica. Ter acesso a bens e direitos de forma a incrementar a vida material e aumentar o conforto e a segurança também tem efeitos terapêuticos no sentido de aumento do bem-estar, mas não se confunde de modo algum com uma terapêutica. A frase de Rotelli seve para nos lembrar que não existe reforma possível do manicômio, que por melhor que seja sua hotelaria, ele será sempre um lugar de segregação e sequestro. Entretanto, se é evidente que o manicômio deve acabar, não devemos de modo algum imaginar que a mera desospitalização dos pacientes é o tratamento. O cerceamento da liberdade é certamente um fator de adoecimento, mas seu não cerceamento embora possa ser condição para uma melhora terapêutica, não se confunde com ela, nem a garante. O efeito terapêutico da liberdade deve ser acompanhado por estratégias de assistência à saúde eficientes e ajustadas ao novo cenário de cada paciente singularmente considerado, do contrário estaremos em nome do ideal de liberdade negligenciando necessidades de cuidado terapêutico (assistência médica, psicoterapia individual e em grupo, consultas de enfermagem, terapia ocupacional, musicoterapia, etc) que não se encerram quando da saída do hospital. Consideramos possível através do método filosófico-conceitual de Martins reconciliar a Reforma com o termo

tratamento, sem que ele represente uma repetição das práticas violentas e tutelares que outrora a palavra significou. É plenamente possível tratar terapeuticamente de forma a favorecer o aumento da potência do indivíduo. Para tanto é preciso clareza na formulação dos projetos terapêuticos, eles não podem ser confundidos com reabilitação e ressocialização.

A reforma da Reforma implica em desfazer as dicotomias indivíduo-coletivo e política-terapêutica. As aspirações políticas/coletivas da Reforma brasileira podem se beneficiar da compreensão de que investir na saúde individual é bom para todo mundo.

Considerações finais

Superar a polarização Psiquiatria-Reforma Psiquiátrica brasileira requer uma profunda reforma da epistemologia aplicada tanto na especialidade médica quanto no complexo campo da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, mas sobretudo é preciso reformar a ontologia explicita ou implícita nos saberes acerca da saúde e das enfermidades mentais. Conhecer como formamos nossos conceitos e teorias é insuficiente se ignoramos ou imaginamos metafisicamente o que somos como indivíduos, sociedade e espécie.

A ênfase que Pinel e os reformistas brasileiros dão à cidadania não é coincidência, mas resultado de uma mesma hipótese ontológica em que a racionalidade humana rivaliza com os afetos. A loucura é entendida como o trinfo das paixões sobre a razão e o sucesso do tratamento, medido pelo grau de reabilitação do indivíduo louco para que ele viva em sociedade. Pinel imaginou o caminho da cura através do isolamento do louco, da educação moral de suas paixões e da adaptação do indivíduo à sociedade. Por sua vez, a Reforma brasileira preconiza a transformação da sociedade de modo a tolerar a presença do louco e valorizar a diversidade. Desse modo, Pinel e a Reforma se encontram no desejo de (re)socializar o louco, transformá-lo em cidadão, em sujeito de uma ordem jurídica, econômica e política, ora mais estreita, ora mais inclusiva, porém inescapável. De um modo ou de outro, nos parece claro que o desejo de ressocializar o louco é a expressão do desejo inconsciente de controlar a loucura ou de escapar dela ao menos, de modo a seguir como parte do mundo normal, cultural, civilizado concebido como oposição à anormalidade do estado natural, primitivo e incivilizado.

O medo da loucura expresso ora na forma de repressão ao louco, ora na vitimização do louco remonta à dicotomia fundante da Modernidade: natureza *versus* cultura. As derivações dessa dicotomia levam às ideologias de superioridade racial, de gênero, de nacionalidade, de classe e político-partidária. A divisão da realidade em dois, em dois polos, em certo e errado, superior e inferior produz o desejo de estar do lado certo e de combater aquilo que é percebido como errado. Assim, indivíduos e grupos vão se encastelando em ideologias que reforçam seus pontos de vista, que fortalecem a identidade do grupo, e que toleram as contradições internas em nome de uma causa maior. Pinel sonhava com um mundo melhor para os loucos bem como os reformistas brasileiros também sonham. Todos eles

imaginam estar do lado certo, ao menos do lado certo da História.

Após a reflexão que fizemos ao longo desta tese, nos parece bastante razoável afirmar que tanto Pinel como a Reforma brasileira, cada um à sua maneira, dão grande ênfase aos efeitos sociais loucura; seja a desorganização social que ela pode representar; o constrangimento ideológico que ela produz ao desmentir o discurso da superioridade de alguns povos sobre outros ou de determinados indivíduos sobre outros; ou ainda o efeito excludente e estigmatizador que o imaginário social acerca da loucura produz contra o louco. Tal ênfase levou Pinel a apostar na moralidade e a Reforma na sociabilidade, ambas estratégias políticas que visam manter a coesão social ou transformá-la em alguma alternativa, porém o objeto é o mesmo: a sociedade. O indivíduo ficou relegado a segundo plano, ou melhor, entendido como um obstáculo à realização de uma sociedade melhor, seja lá o que melhor significa no léxico pineliano ou reformista.

A formulação de que a sociedade é um ente autônomo, maior e superior à soma de suas partes é a defesa ideológica, individual e coletiva, contra o medo aterrorizante da loucura. Nesse modo metafisico de imaginar a realidade, a saúde fica identificada com o bem-estar coletivo e a patologia com o indivíduo. É ele, indivíduo, quem enlouquece e, por sua vez, é a sociedade que “cura” ou ao menos suaviza o sofrimento do louco ao oferecer a este um lugar. Pinel e a Reforma se situam numa lógica que compara o indivíduo real com uma espécie de crivo imaginário: o cidadão. Para ambas as perspectivas o oposto da loucura é a cidadania.

Nossa proposta é a reformar esse modo metafísico comum a Pinel e aos reformistas brasileiros de forma fortalecer as ações terapêuticas dirigidas ao indivíduo e ter no alívio do seu sofrimento o horizonte ético que reorienta as políticas públicas e a assistência de forma que elas não rivalizem e não idealizem a inserção social da pessoa com sofrimento mental grave. Entendemos a partir de Winnicott, Spinoza e Martins que tratar o louco é oferecer ao indivíduo apoio em busca do alívio de seu sofrimento. Isto implica em uma posição terapêutica análoga à mãe-ambiente descrita por Winnicott que, uma vez saudável, é capaz de se identificar com as necessidades do bebê, atendendo a essas necessidades suficientemente bem, sem, portanto, idealizar a sua própria performance como “cuidadora” e projetar neuroticamente no bebê os desejos sociais, as suas angústias e expectativas. Por outro lado, o que constatamos em nossa experiência profissional é que aqueles que

tratam, interpretam o tratamento como essa espécie de conversão do louco em cidadão e acabam por assumir menos a função de ambiente facilitador e mais de dirigente político, confundindo cuidado com proselitismo.

Essa confusão se dá por conta da intensa disputa discursiva que se faz do louco e da loucura. No interior da Reforma, há muitos inimigos identificados: a sociedade excludente; a família que abandonou o louco ou que sabota o tratamento; as forças políticas reacionárias que querem desmontar os avanços da Reforma; e a psiquiatria que reduz o indivíduo a seus sinais e sintomas. Este último ponto nos parece particularmente importante porque a Saúde Mental enquanto campo interdisciplinar no âmbito da Saúde Pública inclui a Psiquiatria como um dos saberes constituintes do campo e o psiquiatra como um dos profissionais que atuam na Saúde Mental. Entretanto, de qual Psiquiatria estamos falando? Há muitas vertentes da Psiquiatria como há da Psicologia, da Filosofia ou da Antropologia. Certamente a vertente mais difundida e que está na base da formação da amplíssima maioria dos psiquiatras é a Psiquiatria Biomédica, com teorias e modelos organicistas, forte influência da Neurologia e dos mecanismos neurobiológicos, com especial destaque para os modelos dopaminérgico e glutamatérgico para a explicação da esquizofrenia. A ação terapêutica nessa vertente majoritária da Psiquiatria é a farmacoterapia e, consequentemente, a prescrição de medicações que visam cessar ou atenuar os sintomas e reabilitar o paciente, o máximo possível, para a vida social e produtiva. Essa vertente é objeto de diversas críticas, com destaque para a acusação de produzir uma espécie de psicopatologização da vida e a medicalização desta. Não se deve confundir aqui a noção de medicalização da vida com mera prescrição de fármacos, mas a adoção de um discurso médico-sanitário para a resolução de toda e qualquer questão.

Como vemos, a Psiquiatria Biomédica em nada lembra as teses pinelianas acerca do papel das paixões na loucura, mas conserva o objetivo de reabilitar o indivíduo para a vida social e produtiva. O tratamento moral é substituído pelo manejo clínico das variáveis neurobiológicas que afetam o juízo, a cognição, o humor e o comportamento do paciente. Ainda que altamente sofisticada em seus modelos explicativos e na busca de cientificidade para suas teorias e práticas, o exame clínico psiquiátrico segue marcado por adjetivos, por valoração do estilo de vida. Por exemplo: o uso de maquiagem por uma paciente pode ser considerado excessivo e sinal de hipomania pelo médico examinador; o cumprimento da roupa

pode ser um sinal de hipersexualidade do transtorno bipolar; uma má aparência pode ser um sinal de perda de pragmatismo na esquizofrenia. Evidentemente há uma proposital simplificação e redução no que estamos apresentando como exemplos, mas não se trata de invenção, a avaliação de um paciente “psiquiátrico” envolve uma grande dose de interpretação subjetiva do médico, que, em última análise, pode internar uma pessoa contra sua vontade. Limitar a liberdade de uma pessoa é um poder que só é conferido a um indivíduo quando este presencia um crime em flagrante.

É razoável afirmar que nos últimos duzentos anos a Psiquiatria se modificou em termos de teorias e técnicas, que têm ajudado muitas pessoas a aliviarem seu sofrimento, entretanto o *ethos* segue relativamente o mesmo, agir sobre o indivíduo para adaptá-lo àquilo que socialmente é mais aceito ou, ao menos, diminuir a fricção entre a singularidade do paciente e as exigências sociais. Nesse sentido, a Psiquiatria nunca deixou de ser pineliana.

Os reformistas brasileiros imaginam que a Psiquiatria pode participar da Saúde Mental apenas com a técnica clínica para o alívio dos sintomas dos pacientes, sem expressar através da técnica a moralidade implícita em sua *práxis* desde sua fundação. Essa é uma esperança, uma perspectiva que imagina que a realidade pode se conformar ao desejo de quem a imagina. Não há como selecionar que partes da Psiquiatria servem ao projeto político da Reforma. O processo de reforma interna da psiquiatria, para que ela reveja sua base ontológica e discuta sua epistemologia depende daquilo que Spinoza chama de reforma do pensamento e que Martins fez com a Psicanálise. As criticas que a Reforma faz à moral psiquiátrica são fundamentais e devem ser consideradas, entretanto, imaginar que a metafisica civilizatória da Psiquiatria se converterá, por adesão ideológica, à metafisica emancipatória da Reforma é assumir uma postura que pende entre o ingênuo e o autoritário.

Adaptar o louco à sociedade ou a sociedade ao louco são concepções ideológicas que buscam metafisicamente subjugar a realidade para que ela se conforme às idealizações de quem as imaginou. Em termos spinozistas, trata-se da aposta em que as ideias da ideia são sempre e necessariamente verdadeiras em detrimento da ideia do corpo. Em termos winnicottianos, é a defesa maníaca em ação, resultado de uma dissociação entre a mente e o psiquessoma. Quando a realidade não é compreendida em sua imanência o resultado tende a ser a

reprodução dos problemas que se quer combater e o sentimento paranoico de que alguém está sabotando todo o honesto esforço que se faz para a transformação da realidade em algo melhor. Pinel buscou ajudar os loucos de sua época a viverem melhor, acabou por construir a base epistemológica que levou ao encarceramento em massa de indivíduos ditos loucos e à estigmatização do louco como necessariamente perigoso e invariavelmente incapaz. Seu desejo civilizatório desaguou no mesmo mar que todas as investidas civilizatórias desaguaram: a barbárie. Por sua vez, a Reforma Psiquiátrica brasileira busca promover a emancipação do louco, reinseri-lo na sociedade, que também passa por reformas, e assim promovê-lo a cidadão. Esse objetivo geral, acaba por produzir impasses em situações reais e graves, que são tolerados e considerados insolúveis. São exemplos os casos de pacientes muito graves que têm dificuldades de sair do hospital e que requerem uma rede de assistência ampla e com diferentes níveis de complexidade, mas que ainda não existe na prática; o número de moradores de uma SRT também é um constrangimento tolerado em nome de um suposto bem maior. Segundo a legislação as SRT`s podem comportar até oito moradores numa casa, nos SRT`s do tipo I, e até dez moradores nos SRT`s do tipo II. Estes últimos são destinados a pessoas com menor grau de autonomia e que requerem cuidados de efermagem. Nos perguntamos se, apesar dos avanços que as SRT`s significam, o número de morados admitido pela legislação não conserva algo das enfermarias psiquiátricas, ou ainda, expressa a crença de que ter uma casa para morar já é suficiente. Afinal, comparada às condições em que viviam nos manicômios, os moradores estão em melhor situação. Esse número de moradores é adequado quando o objetivo é favorecer a construção do sentido de intimidade, individualidade, aumento da autonomia, quebra de estereótipos e estigmatização? Não são poucas as SRT`s que são chamadas nas vizinhanças em que se encontram de “hospital”, “casa dos maluquinhos” e outros termos pejorativos. Nesta tese, apresentamos o caso em que essa estigmatização chegou ao paroxismo. Um órgão público do município autuou um edifício residencial por abrigar “uma clínica psiquiátrica clandestina”, quando se tratava de um morador, usuário de um serviço de saúde mental, que dividia o apartamento próprio com outras pessoas que também eram usuárias do mesmo serviço. No caso em tela, nem se tratava de uma SRT formalmente constituída ainda que o arranjo encontrado pelos moradores fosse similar a uma; a ênfase na política em detrimento da terapêutica também é um

impasse fruto da idealização da figura do “louco-cidadão”; assim como a confusão entre o trabalho leigo das cuidadoras e o baixo investimento na qualificação dessas profissionais; e os contratos precarizados de trabalho.

Entendemos que para fazer a reforma do pensamento que pode potencializar a Reforma Psiquiátrica brasileira não é preciso negar nenhum dos seus avanços conquistados em seu caráter antimanicomial, tampouco se armar contra as críticas como se todas fossem uma defesa do manicômio e das violações aos Direitos Humanos que ele representa. A dicotomia “nós contra eles” também precisará ser superada, sem que isso implique em nenhuma ingenuidade acerca dos interesses políticos, econômicos e ideológicos que o tema da saúde mental suscita nos diversos agentes políticos e segmentos da sociedade.

Como argumentamos ao logo do capítulo 2, entidades da sociedade civil organizada identificada com a Luta Antimanicomial podem ser tão maus administradores quanto os setores mais reacionários da administração pública ou da sociedade. Governos de direita e esquerda usam a assistência em Saúde Mental como moeda de troca em seus acordos de “governabilidade” com igual desenvoltura. Cabe lembrar que foi durante o governo Dilma Rousseff que as comunidades terapêuticas religiosas passaram a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a contarem, dessa maneira, com financiamento público direto e legitimidade para produzirem internações e “tratamento espiritual” especialmente para pessoas com uso prejudicial de drogas. Os governos seguintes de Michel Temer e Jair Bolsonaro recriaram e ampliaram os ambulatórios de Saúde Mental reeditando e estimulando a rivalidade entre assistência psiquiátrica e atenção psicossocial. Ou seja, a tensão da política institucional e dos diversos setores da sociedade independem da coloração partidária do governo, ela é inerente à sociedade brasileira no tempo histórico em que vivemos. Levá-la em consideração não significa necessariamente cerrar trincheiras contra qualquer crítica e reforçar mecanismos identitários que toleram as contradições internas em nome de coesão contra o suposto inimigo externo.

Reformar a Reforma pode significar qualificar ainda mais o processo de desmonte do manicômio[48] e consolidação de políticas publicas de promoção de

[48] Cabe lembrar que usamos aqui o termo manicômio no singular porque não nos referimos apenas ao fechamento de leitos psiquiátricos em instituições com características asilares, mas dos valores sociais que ao longo da história criaram e sustentaram essas instituições.

saúde, prevenção de doenças e tratamento no âmbito da Saúde Mental. Nossa contribuição é no sentido apresentar três elementos que consideremos fundamentais para os próximos passos da Reforma: i. adoção ou produção de teorias da saúde; ii. Compreensão do funcionamento da mente humana; e iii. orientação da assistência para a ação terapêutica. Nosso intento não é afirmar qual deve ser o conteúdo desses três elementos. Apresentamos a partir de Winnicott, Spinoza e Martins alternativas, mas compreendermos que o debate deve ser amplo e que nenhuma solução é absoluta e aplicável igualmente a realidades distintas. As perguntas que cada profissional e cada RAPS pode se fazer são: quais são as ferramentas que uso no meu trabalho? Que perspectivas ontológicas e epistemológicas elas expressam? Elas estão me servindo?

Essa reflexão é fundamental e urgente. O que entendemos não ser necessário é tomar a atenção psicossocial como uma espécie de direção ética vaga em que para cada impasse a resposta é a mesma: produzir cidadania. Consideremos que uma direção ética é tomar o sofrimento do indivíduo dito louco como ponto de partida. Ter como objetivo aliviar o seu sofrimento em nada implica em atacar ou anular sua subjetividade. Imaginar que o mero incremento da sua situação financeira/material e inclusão social são o mesmo tratamento no sentido terapêutico do termo é que pode levar a negligencias e ao aumento do sofrimento do indivíduo; e de sua família que se verá obrigada a conviver com uma pessoa em grave sofrimento psíquico e impotente em ajudá-lo a diminuir os efeitos angustiantes e ansiogênicos da sua “loucura”; e, eventualmente, o aumento da tensão social, visto que uma vez que as pessoas não vislumbram melhora efetiva para o sofrimento do dito louco e suas manifestações, podem recorrer inconscientemente a preconceitos ou a posturas defensivas relativas a experiências anteriores de violência por parte do dito louco ou de barulhos intensos à noite e madrugada, para citar apenas dois exemplos. A cidadania é uma resposta adequada para os problemas sociais da população como um todo, inclusive para os loucos. Mas ela não é uma “bala de prata” que resolve tudo. O sofrimento psíquico deve ser objeto de estratégias terapêuticas claras, com a maior participação possível do paciente e sua família, mas o objetivo deve ser aliviar o quanto possível o sofrimento do indivíduo.

Esperamos ter apesentado ao longo desta tese as origens históricas e afetivas dessa ideia repetitiva e, com isso, estimular o debate de forma que as

respostas aos impasses e contradições sejam honestas e dirigidas, sempre que possível, à resolução do problema real e não à defesa ideológica da Reforma transformando-a em uma caricatura, uma resposta única que visa dar conta de tudo e que sempre falha, como um cobertor curto que quando tapa a cabeça expõe os pés e vice e versa. Não é possível fazer coisas realmente novas com ferramentas antigas. É preciso criar ferramentas conceituais novas que atendam aos problemas atuais e reais.

Referências

AMARANTE, Paulo; TORRE, Elizabeth de Souza. Cuidar em liberdade: uma ética do encontro. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, Ana Dalva. **Manual de práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 85-100.

AMARANTE, Paulo. **Lugares da Memória**: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras. São Paulo: Zagodoni, 2017.

AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em Saúde Mental**: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

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

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. **O alienista**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.

BARBOSA, Milena Rocha Nadier; PITTA, Ana Maria Fernandes. A dignidade humana em Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste Brasileiro. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 246, p. 69-82, 2019.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relatório de uma experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *In*: BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo (org.). **Humanização da saúde: um debate ético-político**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 11-28.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 maio 2025.

BRAVO, Maria Inês; FURTADO, João Pedro. Entre rotinas e resistências: o trabalho dos cuidadores em saúde mental. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1303-1321, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FIGUEIREDO, Maria Denise de. **Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde**: o viver em cena. São Paulo: Hucitec, 2001.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Inspeções aos manicômios**: Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil**: Relatório de Inspeção Nacional. Brasília: CFP, 2020.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Unesp, 2013.

DESCARTES, René. Meditações metafísicas; objeções e respostas. *In*: OBRA escolhida. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a diferença**: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. **De la folie**: des maladies mentales. Paris: J. B. Baillière, 1838.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; FRARE, Ana Paola. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 82–96, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREUD, Sigmund. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (“O Pequeno Hans”). *In*: FREUD, Sigmund. **Obras completas**.São Paulo: Companhia das Letras, 2015. v. VIII.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia paranoides). *In*: FREUD, Sigmund. **Obras completas**.São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. X.

GIUNTINI, Marina Bistriche; MUÑOZ, Nuria Malajovich. Notas sobre as assembleias realizadas em um CAPS II: quando clínica e política andam de mãos dadas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 27, 2024, p. 01-22.

GILSON, Étienne. **The unity of philosophical experience**. Toronto: Pontifical Institute of Mediaeval Studies, 1952.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo – Revista do NESME**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2008.

MARCONDES, Danilo (org.). **Textos básicos de filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, André. O superego da neurose na etiologia das psicoses. **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 65-78, 1999.

MARTINS, André. **Pulsão de morte?** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

MARTINS, André. Criação e Psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 75-94.

MARTINS, André. Contribuições da filosofia na imanência para a educação e para os estudos decoloniais. **Revista Ciranda**, Montes Claros, v. 06, n. 02, 2022, p. 131-169.

MARTINS, André. Mediação e Filosofia: novos paradigmas, transdisciplinaridade e reforma do pensamento. *In*: ALMEIDA, Tania. **Caixa de ferramentas em Mediação II, novos aportes**. São Paulo: Dash, 2023, p. 364-391.

MARTINS, André. **Ideia do corpo e ideia da ideia**: saúde mental e imanência. 2025a. [Inédito].

MARTINS, André. **Clínica psicanalítica da potência**: uma análise crítica da pulsão de morte. Rio de Janeiro: Quatenus, 2025b.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 549-572, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO CAMPOS, Rosana (org.). **A clínica ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2009.

NASCIMENTO, Angélica Fonseca do; LIMA, Fernanda Lemos. Cuidadores em saúde mental. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 67-84, 2016.

NIETZSCHE, Frederico. **Para além de bem e mal**. Lisboa: Guimarães Editores, 1998a.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral**: uma polêmica. São Paulo: Companhia das Letras, 1998b.

NUNES, Maria de Fátima Alves; OLIVEIRA, Débora da Silva. O sofrimento psíquico dos cuidadores em residências terapêuticas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 891-902, 2017.

ODA, Ana; DALGALARRONDO, Paulo. Apresentação. *In*: PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007. p.15-44.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **Clínica e política**: subjetividade e violação de direitos no contemporâneo. São Paulo: Hucitec, 2015.

PASSOS, Rosana Gouveia. **Trabalhadoras do *care* na saúde mental**: contribuições marxianas. 2016. 255 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PINEL, Philippe. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Ronde, 2005.

PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

RAUTER, Cristina. Oficina para quê? *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 267-278.

REALE, Giovanni. **Introduzione ad Aristotele**. Bari: Laterza, 1974.

ROTELLI, Franco. A invenção da política. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ROTELLI, Franco. A desinstitucionalização como prática cultural. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Crítica da razão indolente**. São Paulo: Cortez, 2002.

SELLI, Lucilda; BAGATINI, Tatiane; RIVERO, Nelson. O sofrimento psíquico do profissional de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 193-217, 2006.

SILVA, Mayara Ruth Sérvolo; CAVALCANTE, Alini Pontes; VERAS, Jéssica Freire dos Santos. Assembleia de usuários: espaço de participação social no CAPS. *In*: OPEN Science Research III. [*S. l.*]: Editora Científica Digital, 2022. v. 3.

SILVA, Sonia Ambrozino da. População em situação de rua no Rio de Janeiro: novos tempos, velhos métodos. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 27, p. 337-350, 2013.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SPINOZA, Baruch. **Tratado da Emenda do Intelecto**. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Clio-Psyché**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013.

VENTURINI, Ernesto. A experiência de Trieste e a crise da psiquiatria. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

WINNICOTT, Donald W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, Donald W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, Donald W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, Donald W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, Donald W. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, Donald W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.