



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



ANDRÉ LUÍS PRADO DÓRIA

ETIQUETAS MÉDICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Salvador
2015

ANDRÉ LUÍS PRADO DÓRIA

ETIQUETAS MÉDICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Orientadora: Prof. Dra. Maria Virgínia Machado Dazzani

Salvador
2015

Dória, André Luís Prado.

D695 Etiquetas Médicas no Campo da Saúde Mental [Manuscrito] / André
Luis Prado Dória.- 2015.
110f., enc.

Orientadora: Professora Dr.^a Maria Virgínia Machado Dazzani.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de
Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Bibliografia: f.102-110.

1. Saúde mental 2. Psicanálise 3. Etiquetas médicas.
4. Reforma psiquiátrica. 5. Medicalização. 6. Diagnósticos psiquiátricos.

I. Maria Virgínia Machado Dazzani II. Universidade Federal da Bahia. III. Instituto
de Psicologia IV. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. V. Título.

CDU: 150.195 (D695)

TERMO DE APROVAÇÃO

ETIQUETAS MÉDICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

André Luís Prado Dória

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Virgínia Machado Dazzani (Orientadora)

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof. Dr. Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Profa. Dra. Lucíola Freitas de Macedo

Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – IPSM-MG

Salvador, 19 de Junho de 2015

Agradecimentos

A Virginia Dazzani, por ter sempre permitido que as questões que moveram esse trabalho surgissem, e por ter me ajudado a dá-las uma direção. Por não sucumbir a uma orientação que apazigua ânimos e que me ajudou a transformar a angústia em alguma criação.

A Marcela Antelo, pela escuta e pontuações que me ajudaram a chegar até aqui. E que, sobretudo, me ajudam a continuar.

A Marcelo Veras, que também me forneceu direções. No plural. Dentre os valiosos caminhos indicados, esse me pareceu um possível diante das minhas limitações.

A Vlândia Jucá, pelas suas considerações nos seminários de qualificação I e II, mais especificamente no II, que ajudaram significativamente na condução do trabalho.

A Lucíola Macêdo, por ter aceitado o convite para compor a banca examinadora.

Aos profissionais do CAPS em que trabalho, e onde esse estudo aconteceu, que tiveram paciência e bancaram minhas ausências. Comecei essa empreitada com colegas de trabalho e terminei com amigos no trabalho. Muito Obrigado.

A Nina, Dona Laura e demais usuários do CAPS. Vocês me fizeram achar que um trabalho que não nasce das histórias de pessoas está no campo da cibernética.

A Caroline Severo, Isabel Castelo Branco, Cláudio Melo e demais integrantes da equipe da clínica onde também trabalho, que sustentaram minhas ausências nos plantões que coincidiam com os compromissos do mestrado.

Aos professores do POSPSI, pela dedicação e ensinamentos.

Aos valorosos colegas da minha turma do mestrado, cujo apoio mútuo, intensificado nessa reta final, foi fundamental para mim.

Aos amigos que fiz nessa trajetória, em especial à Verônica, meu grilo falante acadêmico que levarei daqui para vida.

A Clara, uma das minhas mais belas causas no mundo.

A Malu, barbarella-companheira de muitas aventuras e desventuras.

A Torquato, Helena de Tróia, Badjara, João, Gabriel, Têca, Azinha, Dona Lia e cia, pelo afeto que nunca enferruja.

Aos amigos Cláudios (Melo, Caires, da Silva), Alex, Moura e Clenilson. Voltei, meus caros...

“Aqui tens
uma grande caixa
com o rótulo:
caixa.
Se a abrires,
encontrarás nela
uma caixa
com o rótulo:
caixa
tirada de uma caixa
com o rótulo:
caixa.
Se a abrires –
agora me refiro
a esta caixa
não àquela –,
encontrarás nela
uma caixa
com o rótulo
etcetera;
e se continuares
assim,
encontrarás,
depois de infindáveis fadigas,
uma caixa
infinitamente pequena
com um rótulo
tão miúda
que, por assim dizer,
se evapora diante de teus olhos.
É uma caixa
que existe só na tua imaginação.
Uma caixa totalmente
vazia.”

Modelo da Teoria do Conhecimento

Hans Magnus Enzensberger

(Tradução de Kurt Scharf e Armindo Trevisan)

Dória, André (2015). *Etiquetas Médicas no Campo da Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

A clínica em Saúde Mental é atravessada atualmente por uma epidemia das classificações, adquirindo uma lógica protocolar, baseada em questionários diagnósticos em detrimento da escuta do sujeito. As etiquetas médicas que por vezes são coladas aos sujeitos, ou às quais os próprios sujeitos se alienam, apresentam uma lógica coletivizadora, de um nome comum para todos, que vai na contramão da clínica do caso a caso. Muitos sujeitos já chegam aos serviços de Saúde Mental com um autodiagnóstico, a partir da proliferação dos nomes oriundos da ciência. Este estudo apresentou como objetivo geral analisar os discursos e as práticas acerca dos diagnósticos psiquiátricos em usuários e técnicos de um CAPS da cidade de Salvador, a partir do referencial teórico da psicanálise. Os objetivos específicos foram descrever o funcionamento de um CAPS, analisar as possibilidades de identificação ao diagnóstico por parte dos usuários e discutir as possibilidades de institucionalização de usuários ao serviço. A própria instituição foi tomada como estudo de caso, a partir de fragmentos de casos de usuários e de acontecimentos no serviço que se relacionaram com o problema de pesquisa. O estudo trouxe a questão de que por vezes o próprio sujeito pode fazer uso do diagnóstico como forma de inserção em uma comunidade que traria um apaziguamento do seu sofrimento psíquico. O transtorno bipolar do humor foi tomado como ilustração da banalização das etiquetas médicas. Se uma das características do modelo anterior de assistência em Saúde Mental era a tendência em promover a institucionalização, esse estudo indicou que os serviços substitutivos também podem estar submetidos a esse risco.

Palavras Chave: Saúde Mental, Psicanálise, Etiquetas Médicas, Medicalização, Reforma Psiquiátrica.

Dória, André (2015). *Medical Labels in the Field of Mental Health*. Master's thesis. Instituto de Psicologia, Post-graduation Program in Psychology, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ABSTRACT

The clinic in Mental Health is currently crossed by an epidemic of the classifications, thus acquiring a protocolar logic, based on diagnostic questionnaires in detriment of listening to the individual. The medical labels which sometimes are pasted at the individuals, or to which the subjects themselves become alienated, present a collectivizing logic, of denomination common to all, that goes against the case-to-case clinic. Many individuals already come to Mental Health services with an self-diagnosis, as from the proliferation of names coming from science. This study presented as general goal to analyse the discourses and the practices concerning psychiatric diagnostics in users and technicians of a CAPS (Psychosocial Care Center) from the city of Salvador, from the theoretical referencial of Psychoanalysis. The specific objectives were to describe the functioning of a CAPS, analyze the possibilities of identification to the diagnosis by the users and discuss the possibilities of institutionalization from users of the service. The institution itself was taken as case study, from fragments of users' cases and from occurrences in the service that related with the research problem. The study brought a question that sometimes the individual himself can make use of the diagnosis as a way of insertion in a community which would bring an appeasement of his psychic suffering. The bipolar disorder was taken as illustration of the banalization of the medical labels. If one of the characteristics of the previous assistance model in Mental Health was the tendency in promoting the institutionalization, this study has indicated that the substitutive services may also be submitted to this risk.

Keywords: Mental Health, Psychoanalysis, Medical Labels, Medicalization, Psychiatric Reform.

Sumário

INTRODUÇÃO	10
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	16
OBJETIVO GERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
CAPÍTULO 1 – O BIOPODER, A BIOPOLÍTICA E AS ETIQUETAS MÉDICAS	21
1.1 O normal e o patológico	24
1.2 Etiquetas médicas	30
1.3 DSM: a referência das etiquetas médicas	33
CAPÍTULO 2 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DESAFIOS NO COTIDIANO DE UM CAPS	40
2.1 A implantação do CAPS: dos números aos sujeitos.....	46
2.2 A <i>Capsização</i> da Reforma Psiquiátrica	49
CAPÍTULO 3 – ALIENAÇÃO AO DIAGNÓSTICO, A MANÍACA CLÍNICA DAS CLASSIFICAÇÕES E INSTITUCIONALIZAÇÃO	51
3.1 Nina e a <i>seratonina</i>	51
3.2 A maníaca clínica das classificações	62
3.2.1 Uma breve história psiquiátrica do transtorno bipolar do humor	63
3.2.2 A questão diagnóstica	64
3.2.3 A melancolia e a mania: uma leitura psicanalítica	69
3.2.4 A epidemia bipolar.....	75
3.3 Dona Laura, a usuária.....	81
3.3.1 Clínica, política e institucionalização	82
3.3.2 A placa em homenagem a Dona Laura: dois aspectos da torção entre o sujeito e a instituição.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	102

Introdução

O interesse por esta pesquisa surgiu da minha prática como psicólogo clínico, de orientação psicanalítica, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Salvador, Bahia. A Lei 20.216, de 6 de abril de 2001, que implementou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, promoveu a transição do modelo hospitalocêntrico — representado pela experiência do hospital como o núcleo do tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico — para o modelo substitutivo, constituído pelos serviços alternativos ao modelo hospitalar, dos quais os CAPS são os dispositivos principais. Minha atuação profissional nesse CAPS desde sua fundação, em 2006, possibilitou um lugar de observação sobre os discursos e as práticas que permeiam o cotidiano do serviço.

A mudança do paradigma na Saúde Mental, com o estabelecimento da chamada clínica biopsicossocial, promoveu o empoderamento de outras profissões e saberes na abordagem da loucura. Psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, assistentes sociais ganharam voz em um campo em que, até então, o discurso médico era preponderante. No entanto, o caminho percorrido para o estabelecimento dessas outras categorias profissionais no desafio de lidar com a loucura por vezes não encontra eco para além dos muros dos CAPS, em uma época em que o discurso científico, especialmente o psiquiátrico, desenvolve uma busca incessante para encontrar causas orgânicas, marcadores biológicos que estejam na origem dos transtornos mentais.

Apesar do fracasso em encontrar as raízes da bipolaridade, ou da esquizofrenia, no cérebro, o impulso classificatório da psiquiatria contemporânea cria diagnósticos e reconstrói os antigos, que, com a popularização pelos meios de comunicação, surgem no discurso de alguns dos sujeitos atendidos (denominados *usuários* pela nova semântica da Reforma

Psiquiátrica) nos CAPS. É grande o número de sujeitos que chegam ao serviço com um pré-diagnóstico, um autodiagnóstico, em uma espécie de reflexo da banalização das classificações psiquiátricas que ocorre na atualidade. Essa forma de entrada no CAPS pode marcar a trajetória dos sujeitos na instituição. A prevalência do discurso médico como principal resposta ao sofrimento psíquico não raramente chega incorporada ao discurso do usuário.

Foram as semelhanças observadas, e não as esperadas diferenças na prática cotidiana de um hospital e de um CAPS, que configuraram o ponto de partida deste estudo. Se no hospital psiquiátrico o discurso médico é prevalecente em virtude da natureza institucional desse modelo — o hospital é uma instituição médica —, no CAPS, a demanda pela resposta médica diante do sofrimento psíquico se dá a partir da escolha, por parte dos usuários e familiares, dos psicofármacos como o principal vetor no alívio dos sintomas. Essa escolha é percebida no aumento expressivo da quantidade de usuários durante os dias de plantão do médico psiquiatra. Nas entrevistas de acolhimento a novos usuários, não é incomum escutarmos falas como “acho que sou bipolar”, “será que tenho TOC?”, ou ainda “você pode me passar algum remédio?”.

A supervalorização da medicação é fomentada pelo poder econômico da indústria farmacêutica na atualidade, associado ao predomínio de uma clínica baseada em protocolos que exclui a escuta do sujeito em detrimento do preenchimento de questionários, cujo objetivo seria uma suposta precisão no ato diagnóstico e a consequente emissão de uma etiqueta médica à qual alguns pacientes acabam por se alienar. O casamento do cientificismo com o capitalismo produz uma tirania da avaliação, não somente no campo da Saúde Mental, mas na sociedade em geral. Cria-se uma disciplina que submete o corpo e seus sentidos, transformando o sujeito avaliado em objeto do discurso científico, educando-o e medicando-o para adequá-lo à norma pré-estabelecida (Gana, 2011).

A produção de novas categorias nosográficas por vezes não vem apartada da produção de drogas indicadas para seu tratamento. Preciado (2013) descreve a ciência como a nova religião da contemporaneidade, pois teria a capacidade de criar, e não somente descrever, a realidade. A autora prossegue relatando que o sucesso da tecnociência se deu em transformar a depressão em Prozac, a masculinidade em testosterona, a ereção em Viagra, inaugurando subjetividades caracterizadas pela substância consumida. Há os sujeitos-prozac, os sujeitos-viagra, os sujeitos-ritalina. Esse primado da substância também encontra eco nas palavras de Laurent (2002):

Estamos, hoje, mergulhados no medicamento. Ele é onipresente em nosso campo. Transforma a clínica. Define ideais de eficácia, transforma as instituições médicas, triunfa sobre as tradições e os significantes mestres. Ele é objeto de demandas neuróticas, de exigências psicóticas e de usos perversos. (p. 25).

Encontramos na literatura de ficção um exemplo irônico dessas questões. O romancista e ensaísta norte-americano Jonathan Franzen lançou em 2001 *As correções*, livro que lhe concedeu os prêmios National Book Award e James Tait Black Memorial Prize, além de torná-lo finalista dos prêmios Pulitzer e International IMPAC Dublin Literary Award. Nessa obra, Franzen narra uma viagem de cruzeiro pela costa leste norte-americana de um casal de idosos oriundo do meio oeste daquele país. Em determinado momento da viagem, o marido, diagnosticado com o mal de Alzheimer, sofre uma intensa crise de agitação psicomotora dentro da pequena cabine da embarcação, que leva sua aflita esposa, Sra. Enid, a procurar o médico do navio, Dr. Hibbard. Na consulta, o profissional não consegue escutar que o motivo da visita era a crise do marido e prescreve um remédio chamado Aslan Cruzeiro para a mulher, que acaba convencida do intuito do médico — para ele, era a própria Sra. Enid que precisava ser medicada. Segue-se o diálogo:

— E o que ele faz? [pergunta Sra. Enid referindo-se ao Aslan Cruzeiro].

— Absolutamente nada, respondeu Hibbard, se você tiver uma saúde mental perfeita. Mas na verdade, vamos e venhamos, quem é que tem?

— Ah, e se não tiver?

— O Aslan produz a melhor regulação dos neurotransmissores que já foi produzida. Os melhores remédios aprovados para uso americano, em comparação, são como dois Marlboros e uma cuba-libre.

— É um antidepressivo?

— O termo é grosseiro. Eu prefiro ‘otimizador de personalidade’.

— E o Cruzeiro?

— O Aslan otimiza dezesseis dimensões químicas, explicou Hibbard pacientemente. Mas tem mais. O ótimo para uma pessoa num cruzeiro turístico não é o ótimo para uma pessoa no trabalho. As diferenças químicas são sutis, mas se somos capazes de um controle fino, por que não oferecer? Além do Aslan ‘Básico’, a Farmacopea [laboratório que produz o medicamento] vende oito combinações específicas. O Aslan ‘Esqui’, o Aslan ‘Hacker’, o Aslan ‘Performance Ultra’, o Aslan ‘Teen’, o Aslan ‘Club Med’, o Aslan ‘Anos Dourados’ e estou esquecendo qual? O Aslan ‘Califórnia’. Muito popular na Europa [...]. E você vai me perguntar, qual é a característica especial do ‘Cruzeiro’? Ele desliga totalmente a ansiedade. Deixa o ponteiro na posição zero. Diferente do Aslan ‘Básico’, porque para o funcionamento do dia-a-dia precisamos de um nível moderado de

ansiedade. Estou tomando o ‘Básico’, por exemplo, porque estou trabalhando.

— Sei, mas como é que posso comprar mais de casa?

— De que parte do país você é?

— Do meio-oeste. Saint Jude.

— Bem. Sua melhor opção seria o Aslan ‘Mexicano’ [...]. Claro, se você gostar do remédio e quiser um acesso sem nenhuma dificuldade, sempre pode fazer mais um cruzeiro pela Pleasurelines. (Franzen, 2001, pp. 330-331).

Historicamente, o discurso médico e psiquiátrico esteve ao lado da manutenção das normas sociais, classificando e propondo o controle das condutas consideradas desviantes. Scliar (citado por Veras, 2009) fornece o exemplo do médico norte-americano Samuel A. Cartwright, quem em 1851 publicou no *New Orleans Medical and Surgical Journal* a descoberta da drapetomania, patologia que consistia no impulso dos negros escravos em fugir, correndo, dos trabalhos forçados. Segundo Cartwright, com acompanhamento e aconselhamento médico apropriado, o impulso dos negros em fugir poderia ser prevenido.

Nas entrelinhas desse discurso já existia a transformação do lugar do sujeito ao lugar de objeto do discurso médico, reduzindo-o a um corpo orgânico passível de enquadramento e controle. Da drapetomania, no século XIX, à Síndrome das Pernas Inquietas,¹ no século XXI, a classificação das condutas consideradas desviantes da norma pelo discurso médico avançou em níveis significativos, consolidando sua natureza de enquadramento e controle, abrangendo todas as etapas da vida, patologizando comportamentos historicamente tolerados e ampliando

¹ De acordo com os critérios do DSM-V, essa síndrome é caracterizada pela necessidade de movimentar as pernas, acompanhada por, ou em resposta a, sensações desconfortáveis e desagradáveis nesses membros.

e reconstruindo semanticamente diagnósticos antigos. Com isso, aumentou-se a abrangência e o alcance da intervenção psiquiátrica, a área do discurso médico que interessa a este estudo.

Em uma época em que a clínica é dominada pelos protocolos diagnósticos, as crenças que orientam as ações dos profissionais dos serviços de saúde são fundamentais para a desconstrução, ou manutenção, da acritica ao diagnóstico médico, que reduz o sujeito ao lugar de objeto do discurso da ciência e que, conseqüentemente, poderia marcar seu desenvolvimento até fases posteriores da vida. Para Costa (2004), a dúvida quanto à eficácia da intervenção profissional consiste em saber se tal intervenção não irá, ao invés de sanar o mal, perpetuar a doença.

O risco de assumir uma posição clínica embasada numa postura acritica e em etiquetas diagnósticas pré-estabelecidas é o de reproduzir essas etiquetas em uma espécie de homogeneização dos sujeitos. Essa condição gera uma situação em que não há margem para juízos provisórios, suscetíveis a falhas, em detrimento de juízos inabaláveis, imutáveis, cristalizados, que acabam por forjar um preconceito que sustentaria uma prática clínica míope. As discussões em torno da nova edição do DSM-V — Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, o Manual Diagnóstico e Estatístico para os Transtornos Mentais —, lançada em maio de 2013 pela Associação Psiquiátrica Americana, tornam ainda mais pertinente e atual a reflexão sobre o predomínio das etiquetas médicas na resposta ao sofrimento psíquico.

Considerações Metodológicas

Diante dessas questões, surgiu a pergunta que originou esta pesquisa: quais são os discursos e as práticas relacionadas aos diagnósticos psiquiátricos no cotidiano de um CAPS?

Esta pesquisa é baseada no referencial teórico da psicanálise e, em virtude disso, algumas considerações se fazem necessárias, dadas as distinções entre o campo epistemológico da ciência e o campo epistemológico da psicanálise. Sá (2006) relata que, para obter o estatuto de científica, uma pesquisa precisa ser replicável. Um pesquisador que se proponha a seguir os passos do pesquisador anterior deverá encontrar os mesmos resultados. Nesse sentido, a função da ciência visaria “exaurir o real, capturá-lo em alguma medida, para, eventualmente, nele intervir” (p. 82). Não há, portanto, como considerar o sujeito da pesquisa, pois o predomínio do método, dos procedimentos metodológicos, de uma determinada forma de execução da pesquisa com vistas à construção de resultados precisos e, sobretudo, replicáveis apaga a dimensão do que é particular a cada sujeito.

Haveria algo de fantasioso se considerássemos a hipótese de que a ciência deveria abarcar o que é singular do sujeito. A penicilina não existiria se tivesse que ser testada caso a caso. Em certa medida, o apagamento do sujeito não impediu notáveis avanços no campo das ciências biológicas, por exemplo, e talvez não fosse possível outra condição. Entretanto, o que notamos é uma adaptação do modelo metodológico das “ciências duras” — física, química, matemática — para a psicologia, que reivindica o seu estatuto de ciência. A psicanálise se situa justamente nesse hiato entre as ciências duras e as ciências psicológicas, não somente por constituir um saber derivado do que a ciência apaga — por questões intrínsecas à natureza do discurso científico — a singularidade do sujeito, mas também por considerar as relações do saber com uma instância que a ciência nem sequer apaga, pois não a reconhece, o inconsciente. Nas palavras de Poli (2006),

para Freud o modelo era outro. O problema com o qual a ciência de sua época se confrontava, e no qual a psicanálise interveio com a hipótese do inconsciente, era o da causalidade mecanicista. O saber médico operava com essa lógica, que a histeria questiona, mostrando, que entre causa e efeito há uma hiância de saber. É aí que a psicanálise situa seu objeto. (p. 43).

Mas essas questões não devem apartar a psicanálise do resto do mundo, inclusive o acadêmico. Freud (1919/1996), em *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*, sugere que a entrada da psicanálise no ensino da medicina lançaria questões importantes que não eram consideradas. A importância dos laços transferenciais no tratamento era uma delas. Em uma formação médica eminentemente biológica e organicista, pôr em cena a transferência nos parece uma tradução do que Sá (2006) descreve como uma instabilidade que o discurso analítico pode provocar nos discursos estabelecidos. Esse autor descreve ainda que um corte proposto por Lacan estendeu a psicanálise para além da clínica e das questões internas de seu campo, não recuando diante da possibilidade de fornecer contribuições sobre os impasses e as questões que dizem respeito ao sujeito contemporâneo, com base nas especificidades de cada caso. Os seguintes objetivos foram traçados para realização deste estudo:

Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo geral analisar os discursos e as práticas de usuários e técnicos relacionados aos diagnósticos psiquiátricos no cotidiano de um CAPS.

Objetivos específicos

Com base no objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

1. identificar e descrever o funcionamento cotidiano de um CAPS;
2. analisar a possível alienação ao diagnóstico em usuários do serviço;
3. identificar a prevalência dos diagnósticos com base na análise de prontuários;
4. discutir a possibilidade de institucionalização dos usuários ao CAPS.

Allones (1989, citado por Iribary, 2003) descreve cinco grandes variações no que se refere ao estudo de caso e à comunicação das análises da pesquisa. Essas variações são marcadas por diferenças epistemológicas e metodológicas e descritas das seguintes formas pelo autor:

- no campo da psiquiatria, o ponto de partida é a anamnese para a construção do diagnóstico, com o objetivo de formar uma semiologia e nosografia das doenças pesquisadas;
- no campo da psicopatologia, o estudo de caso busca ampliar a explicação dos processos psicopatológicos por meio da relação causalista entre a patologia estudada e o comportamento do sujeito adoecido;
- no campo da sociologia, o estudo de caso é construído por meio de técnicas que utilizam as histórias de vida e as questões familiares, por exemplo, como veículos de abstração do elemento cultural formador da subjetividade;
- no campo da psicologia clínica, o estudo de caso não contempla a avaliação e o diagnóstico, privilegiando a evolução de uma biografia no plano clínico;

- na psicanálise, o modelo paradigmático de Freud inaugura um estilo de relato documental sobre a evolução do paciente que servirá como modelo para a metapsicologia freudiana.

Embora esta pesquisa seja fundamentada na psicanálise, seu método não envolveu a construção de casos clínicos, mas a análise de fragmentos de casos ocorridos no CAPS ao longo da trajetória profissional do autor desta dissertação. Esses casos possibilitaram uma análise das questões apresentadas no problema de pesquisa. O CAPS foi tomado como estudo de caso, com base em fragmentos de casos envolvendo usuários e técnicos, mas considerando também os discursos clínicos e políticos que atravessam a instituição.

Este estudo está organizado em três capítulos. O primeiro apresenta uma proposta sobre o processo histórico de construção das etiquetas médicas, a partir do estabelecimento do biopoder e da biopolítica, do empoderamento da medicina e da consequente demarcação das fronteiras entre o normal e o patológico. Conclui-se com um histórico sobre a construção dos DSMs. No segundo capítulo, são apresentadas considerações sobre a Reforma Psiquiátrica, sobre os desafios e impasses na prática cotidiana de um serviço substitutivo e sobre o processo de implementação do CAPS onde ocorreu este estudo.

No terceiro capítulo é apresentada a análise, construída a partir de fragmentos de casos, acontecimentos do cotidiano da instituição e recortes das discussões nas reuniões técnicas que se relacionam ao problema de pesquisa e aos objetivos da pesquisa. A primeira seção da análise, denominada “Nina e a *seratonina*”, foi desenvolvida com base nas entrevistas de acolhimento de Nina,² nos registros dos seus atendimentos e em fragmentos de sua passagem pela instituição, a partir dos quais analisamos a possibilidade de alienação ao diagnóstico por parte do sujeito. Partimos da terceira modalidade de identificação freudiana

² Todos os nomes utilizados são fictícios, com o objetivo de preservar a identidade dos sujeitos.

até chegarmos à proliferação dos nomes oriundos da ciência, na atualidade, e suas ofertas para identificações.

A segunda seção da análise, denominada “A maníaca clínica das classificações”, foi desenvolvida por meio da consulta a uma lista³ dos 188 usuários ativos do CAPS, a partir da qual fizemos um levantamento dos diagnósticos mais comuns e frequentes. Tomamos o transtorno bipolar do humor, por sua prevalência e, sobretudo, por suas fronteiras indefinidas — a forma clássica que descrevia episódios bem delimitados de depressão e mania hoje dá lugar à noção de espectro bipolar, tornando suas fronteiras imprecisas. Construímos um histórico sobre esse transtorno para tomá-lo como ilustração das questões relacionadas ao furor classificatório da psiquiatria contemporânea e às diferenças entre o diagnóstico psiquiátrico, fenomenológico, e o diagnóstico estrutural, fundamentado na psicanálise. Por fim, propomos uma reflexão sobre o impasse na negociação do que é considerado patológico em um transtorno que caracteriza a aceleração psíquica como critério diagnóstico em um mundo marcado pelo apelo à velocidade do pensamento, da troca de informações.

A terceira seção da análise, denominada “Dona Laura, a usuária”, foi construída a partir dos fragmentos da história de Dona Laura que possibilitaram uma análise sobre a institucionalização — que por muito tempo foi característica do modelo hospitalocêntrico — nos serviços substitutivos, sobre os impasses diante da polarização da Reforma Psiquiátrica em uma dimensão clínica e uma dimensão política e sobre a transferência como ponto de partida de seu acompanhamento na instituição.

³ Esta lista é construída e atualizada com frequência pelo setor administrativo da instituição. Seu objetivo é fornecer de forma célere dados dos usuários, tais como nome, endereço e diagnóstico, facilitando o acesso a essas informações para preenchimento de fichas, marcação de consultas ou contato por telefone.

CAPÍTULO 1

O BIOPODER, A BIOPOLÍTICA E AS ETIQUETAS MÉDICAS

As transformações ocorridas nos séculos XVII e XVIII com a Revolução Científica,⁴ o Renascimento Cultural e o Iluminismo marcaram uma profunda mudança nos mecanismos de poder dos Estados perante seus cidadãos. A partir do século XVII, o poder sobre a vida desenvolveu-se em dois polos complementares. Em um dos polos, caracterizado por uma anatomopolítica do corpo oriunda das práticas disciplinares, das quais a escola, o exército e as oficinas profissionalizantes são exemplares, o corpo foi transformado em máquina, adestrado, docilizado, com o objetivo de aumentar suas aptidões. Em outro polo, surgido em meados do século XVIII e caracterizado por uma biopolítica das populações, emergiu o corpo-espécie, marcado por processos biológicos de reprodução, nascimento, mortalidade, longevidade e níveis de saúde. Esses dois eixos que marcaram o desenvolvimento do biopoder ainda se encontravam separados no século XVIII (Foucault, 2010, 2009).

O biopoder tornou-se fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, a partir da demanda pelo corpo controlado pelas práticas disciplinares, em consonância com a adequação das populações e em nome das relações de produção econômica que se inauguravam. Em outras palavras, o corpo-máquina encontrava o corpo-espécie: o corpo dócil, utilizável, deveria estar inserido em uma população potencialmente saudável, capaz de fornecer mão de obra para a nova ordem econômica.

Novas tecnologias políticas foram desenvolvidas a partir da assunção do corpo como objeto de cuidado e controle. A saúde, as formas de moradia, a alimentação, todo o espaço da existência passaram a ser esquadrihados e redefinidos com base nas estratégias biopolíticas

⁴ Termo criado por Alexandre Koyré em 1939.

que tinham como objetivo o bem-estar individual e coletivo. Na modernidade, não somente a posse de recursos naturais, mas, sobretudo, a qualidade de vida de seus trabalhadores se constituiriam na fonte de riqueza de um Estado (Birman, 2007).

Para Foucault (2010), a assunção da qualidade de vida como objeto principal das estratégias da biopolítica proporcionou ao sexo uma função política sem precedentes, situando-o justamente na articulação entre os dois eixos do biopoder. No que se refere às disciplinas do corpo, o sexo estava relacionado à docilização dos corpos e a uma série de condutas normativas ligadas às questões de gênero. No eixo político, estava relacionado ao controle das populações.

Em outras palavras, no aspecto disciplinar, o sexo fundou um micropoder sobre o corpo por meio das “vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos...” (Foucault, 2010, p. 158). No eixo político, “dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente” (Foucault, 2010, p. 159). Ainda de acordo com Foucault (2010),

o sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações. É por isso que, no século XIX, a sexualidade foi esmiuçada em cada existência, nos seus mínimos detalhes; foi desencavada nas condutas, perseguida nos sonhos, suspeitadas por trás das mínimas loucuras, seguida até os primeiros anos da infância; tornou-se a chave da individualidade [...]. De um polo a outro dessa tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações. (p. 159).

A política do sexo desenvolveu-se em quatro linhas. O diálogo entre a disciplina, marca do controle sobre o corpo individual, e a regulação populacional, marca do controle sobre o corpo social, foi, então, estabelecido. As duas primeiras linhas foram forjadas pela demanda da regulação populacional — registro do social — mas seus efeitos se fizeram notar na disciplina — registro do individual — por meio da sexualização da criança e da histericização do corpo feminino, marcando o início da história da medicalização da infância e da mulher, respectivamente. No que se refere à mulher, a histericização de seu corpo conduziu, nas palavras de Foucault (2010), “a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (p. 160). As duas linhas seguintes foram originadas pela demanda disciplinar — registro do individual — mas seus efeitos se revelaram na regulação das populações — registro do coletivo — por meio do controle da natalidade e da “psiquiatrização das perversões” (p. 162).

Essa nova estratégia de poder, em que o sexo se torna o eixo principal, é marca de uma transformação, na modernidade, de uma sociedade *simbólica do sangue* para uma sociedade *analítica da sexualidade*. Se o sangue estava situado ao lado da lei e do soberano, simbolizando a morte quando a primeira era transgredida e o segundo era desrespeitado, a sexualidade estava situada ao lado da norma, da vida, do saber e das disciplinas (Foucault, 2010).

Na contemporaneidade, os dispositivos disciplinares se sofisticaram na esteira dos avanços tecnológicos que permitiram novas formas de controle dos corpos. Os dispositivos clássicos — o hospital, o quartel, a prisão — em sua versão contemporânea, deixam de estar situados fora do corpo para agirem em seu interior. As novas drogas — ritalina para regular a atividade psíquica, fluoxetina para regular o humor, sildenafil para regular a atividade

sexual — podem ser lidas como a nova forma *nanotecnológica* de controle dos corpos (Preciado, 2013).

Segundo Mandil (2007b), um dos efeitos da biopolítica é o esvaziamento da noção de povo e a emergência de uma nova categoria, a população, definida por Miller (citado por Mandil, 2007b) como “um agregado de corpos nascentes, vivos, copulando e morrendo e eventualmente se agredindo uns aos outros” (p. 1). O sujeito idealizado é aquele capaz de promover um governo de si, de gerenciar seus estudos, seu trabalho, sua saúde. Um sujeito normal.

1.1 O normal e o patológico

O desenvolvimento da biopolítica e o conseqüente empoderamento da medicina como um de seus mecanismos fizeram surgir uma lógica que permeou as relações sociais e que se impôs para além da lei jurídica: a norma. A lei do direito fornecia ao soberano o direito de provocar a morte, transformando-a, assim, em instrumento para a manutenção da ordem social e do progresso. Porém, o surgimento do biopoder marcava uma mudança radical na natureza desse instrumento: a morte, punição máxima imposta pelo Estado aos cidadãos que transgrediam as leis, saiu de cena e deu lugar à vida, pois a população saudável, educada e útil ao desenvolvimento econômico de uma nação tornou-se objeto de novas políticas. Tais políticas eram mais voltadas para o aprimoramento da qualidade de vida das populações do que para o aprimoramento de novas técnicas de manutenção do poder pela antiga política do sangue, em que a morte era o maior trunfo (Foucault, 2010, 2005).

Nesse cenário, a lei passou a assumir uma característica de norma, com a integração da instituição jurídica a um conjunto de aparelhos reguladores (escola, exército etc.), em especial, a medicina. Segundo Foucault (citado por Castro, 2009, p.310):

Nós nos convertemos em uma sociedade essencialmente articulada pela norma. O que implica um outro sistema de vigilância, de controle. Uma visibilidade incessante, uma classificação permanente dos indivíduos, uma hierarquização, uma qualificação, o estabelecimento de limites, uma exigência de diagnóstico. A norma converte-se no critério de divisão dos indivíduos. Desde o momento em que é uma sociedade da norma a que está se constituindo, a medicina, posto que ela é a ciência por excelência do normal, do anormal e do patológico, será a ciência régia.

A medicina, “ciência por excelência do normal”, se desenvolve em dois eixos: a medicina individual, clínica, e a medicina social, promotora da higiene social, com a reformulação da paisagem das cidades por meio dos dispositivos sanitários. A epidemiologia e a demografia são desenvolvidas segundo a lógica coletiva da medicina social. Porém, essas duas dimensões pelas quais a medicina se estabelece não são estanques. O eixo clínico-individual influencia, e é influenciado, pelo eixo social, pois a lógica da medicina clínica individual permanece em frequente diálogo com a lógica estatística e probabilística da medicina social (Birman, 2007).

Dessa nova constituição da medicina, emergiram as categorias normal, anormal e patológico, que nortearam o percurso de medicalização da sociedade moderna, intensificado na sociedade contemporânea. A medicina social buscava a normalização, tentando impedir que as anormalidades se transformassem em patologias por meio da intervenção nos espaços sociais (como exemplo, as condições sanitárias das cidades passaram a ser esquadrihadas). Ao mesmo tempo, a clínica atuava sobre o patológico já constituído, visando a sua cura.

Nesse sentido, loucura e criminalidade foram os objetos principais da medicalização do social, por meio da qual a normalização se realizava. A gênese da psicopatologia situou-se na intersecção entre criminalidade e delinquência, em conformidade com a ideia de que existiria um instinto na origem das ações criminais, conceito que escapava à racionalidade do direito. Ao mesmo tempo em que a psiquiatria forense se estabelecia com base em suas influências sobre o campo jurídico, a psiquiatria ia constituindo sua especificidade teórica, deslocando-se do campo da higiene social para o da clínica (Birman, 2007).

As fronteiras entre a medicina social e a individual parecem ter sido diluídas, e a lógica da probabilidade da primeira parece ter influenciado a lógica individual da segunda. O resultado pode ter sido um apagamento da escuta do sujeito, a quem a medicina clínica se destina, criando um sujeito desconhecido, produto das probabilidades estatísticas da medicina social da época, precursora da medicina cientificista contemporânea na qual a psiquiatria e seus protocolos diagnósticos se ancoram.

Foucault (2009), ao diferenciar a norma da lei, acaba por oferecer uma espécie de antevisão do que seria o produto do cientificismo médico, em especial psiquiátrico, que silencia o singular em nome da lógica do coletivo. São características da norma, segundo o autor: estar relacionada a um campo de comparação das condutas dos sujeitos e, por consequência, de regras de conduta com base em uma média estabelecida pelos comportamentos; diferenciar os sujeitos de acordo com uma média estabelecida e que deve ser alcançada; medir e, a partir disso, hierarquizar em termos de valor a capacidade dos sujeitos; com base nessa valoração das condutas, estabelecer uma conformidade que se deve buscar, homogeneizar; e, finalmente, traçar as fronteiras a tudo que lhe é exterior: a anormalidade. De acordo com Foucault (1994),

se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que devia estar dirigido por um sistema de leis codificadas, pode se afirmar que

os médicos do século XX estão a inventar uma sociedade da norma e não da lei. Não são os códigos que regem a sociedade, mas a distinção permanente entre o normal e o patológico, a tarefa perpétua de restituir o sistema de normalidade. (p. 50).

As condutas e o corpo humano são integrados à medicina, que amplia seu campo de intervenção para além das enfermidades. O termo *medicalização* faz referência a esse fenômeno, que, em seu percurso histórico, encontra a modernidade como uma época de ampliação de seu alcance, produto da sedimentação do biopoder e da biopolítica, e, finalmente, a contemporaneidade como seu auge. As raízes históricas da medicalização estão situadas em discursos e práticas sobre o corpo que passam longe de qualquer saber fundado em bases biológicas.

Birman (2007) retoma a antiguidade clássica como ponto de partida para definir, com base na noção do mal, três momentos históricos que marcam a trajetória ocidental dos discursos sobre o corpo e a saúde. Na tradição grega, o homem era muito mais objeto do que protagonista do mal, pois os deuses o teriam enlouquecido, eximindo-o assim da responsabilização por sua loucura. Com o cristianismo, essa lógica se inverteu e o homem passou a ser responsabilizado por suas transgressões aos preceitos divinos, trazendo à luz a questão da culpa e uma lógica da salvação, o que inaugurava um registro religioso da relação do sujeito com o mal. O ideal cristão da redenção, cujo produto seria a vida eterna, encontrou no surgimento da modernidade um abalo com a ideia de cura fundamentada na constituição da medicina moderna.

Se antes estava inscrito no registro do religioso, cabendo à religião a função da salvação, a partir da modernidade, o mal se transformou em doença, e a medicina, em salvação. Como exemplo desse estado de coisas, muitos sujeitos com epilepsia foram condenados à morte na fogueira durante a Idade Média. Séculos mais tarde, o

desenvolvimento da farmacologia e da medicina salvaria a vida de sujeitos com epilepsia e todo um rol de doenças que no passado poderiam estar associadas a uma sentença de morte.

É inquestionável o aumento da expectativa e da qualidade de vida das populações com o avanço da medicina e dos dispositivos em seu entorno, tais como o sanitarismo, a epidemiologia e a farmacologia. O valioso avanço técnico e terapêutico da medicina na contemporaneidade por vezes se traduz, no campo da psiquiatria, por uma clínica protocolar, caracterizada por critérios diagnósticos que enquadram, classificam e diagnosticam com base não na singularidade do sujeito e de sua história, mas nas identificações diagnósticas coletivas que tornam cada vez mais frágil a fronteira entre o normal e o patológico. Esta Essa fronteira é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo (Canguilhem, 2010). Em algum momento, a lógica coletiva da epidemiologia teria influenciado a lógica do particular da medicina clínica, embaralhando os conceitos de normal, anormal e patológico?

Para Canguilhem (2010), o médico constrói a norma com base em três conhecimentos complementares entre si: da fisiologia, caracterizada como a ciência do homem normal; da sua experiência vivida de seu funcionamento orgânico; e da representação social da norma em um dado momento histórico. O autor prossegue descrevendo que os dois primeiros quase sempre se confundem, já que é muito difícil dissociar o conhecimento da fisiologia da experiência pessoal com o próprio corpo quando se trata de diagnosticar e tratar uma patologia da qual o próprio profissional já padeceu. No sentido meramente fisiológico, o estado normal determina o estado habitual e ideal dos órgãos, e a terapêutica médica tem como objetivo restituir ao corpo esse seu estado original. No que se refere ao terceiro conhecimento, da norma como representação do que é comum ao espírito de um tempo, o normal está para além da restituição orgânica dos órgãos, relacionando-se à restituição da função social e econômica do corpo.

Nos dois exemplos que se seguem, o primeiro elucida as questões relacionadas aos benefícios trazidos pelo progresso da ciência médica, enquanto o segundo lança luz ao que esta pesquisa denomina de “restos” desse desenvolvimento. O primeiro exemplo é citado por Canguilhem (2010), ao relatar o caso de um homem ferido gravemente no braço por uma serra circular. Graças a uma intervenção médica rápida e precisa, o braço não precisou ser amputado. Após a cirurgia de reparação, o braço não pode ser considerado normal se comparado ao outro membro, que não sofreu nenhum acidente. No entanto, o fato de o homem voltar a desempenhar as atividades relacionadas à sua profissão após o tratamento o reinsere em um contexto de normalidade, sem prejuízo das funções sociais e econômicas, restituindo-lhe sua dignidade no que se refere às suas condições laborativas e, conseqüentemente, psíquicas.

O segundo exemplo é a já citada *descoberta* da drapetomania pelo médico norte-americano Samuel A. Cartwright (1851). Nas entrelinhas do discurso em torno dessa nova patologia, já existia a redução do lugar do sujeito ao lugar de objeto do discurso médico, excluindo-o de seu contexto social, cultural e econômico — neste caso, um regime escravocrata — e reduzindo-o a um corpo orgânico passível de enquadramento e controle. Nota-se nesse exemplo um significativo embaraçamento das fronteiras entre o normal, o anormal e o patológico e suas repercussões nos sujeitos a quem a intervenção médica por muitas vezes se destina. Considerar o escravo fugitivo passível de tratamento significa afirmar que sua conduta é patológica. Essa conduta estaria mais próxima da anormalidade do que da patologia, a não ser por uma licença poética descrita a seguir.

Para Canguilhem (2010), ser anormal está relacionado com um afastamento da maioria dos pares com os quais se deve ser comparado. Em outras palavras, a anormalidade é um desvio estatístico. Com relação à patologia, Canguilhem (2010) relata que sua origem “[...] implica em *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento

de vida contrariada” (p. 96). Assim sendo, os escravos fugidios estariam doentes de escravidão, e não de liberdade, para a qual sua conduta patologizada pretendia conduzi-los. Se há um sentido para a patologização dessa conduta, ele é encontrado em Jaspers (1987), para quem, mais do que a avaliação do médico, é o julgamento dos pacientes e, sobretudo, das ideias dominantes do meio social que determina o que se chama doença.

A classificação das condutas consideradas desviantes da norma pelo discurso psiquiátrico avançou em níveis significativos na contemporaneidade, abrangendo todas as etapas da vida, patologizando comportamentos historicamente tolerados e ampliando o repertório diagnóstico com a criação de novas etiquetas médicas. Estas, por vezes, são coladas aos sujeitos, silenciando o que há de singular em sua história ao enquadrá-los em um nome comum para todos, produto de uma classificação diagnóstica.

1.2 Etiquetas médicas

As revoluções científicas dos séculos XVII e XVIII retiraram da religião uma espécie de patenteamento exclusivo para a explicação dos fenômenos naturais, gerando o desencantamento e a dessacralização da natureza e o conseqüente surgimento e fortalecimento da racionalidade científica (Birman, 2007). É nesse cenário que pensadores como René Descartes e Francis Bacon articulam as relações entre saber e poder. Esse é também o solo fertilizado de onde brotaria a relação entre a ciência e a técnica. A posse do saber proporcionaria a constituição do poder. O discurso das ciências passou a ser a sustentação das novas práticas técnicas. Na modernidade, com a Revolução Industrial, residiria o auge do

triunfo da técnica sustentada pela ciência, mas, na contemporaneidade, a técnica é ainda mais empoderada, em razão do casamento da ciência com o capitalismo.

Os protocolos diagnósticos nos fornecem o exemplo desse estado de coisas: para cada doença diagnosticada com sua suposta precisão técnica, medicamentos específicos e um protocolo de tratamento. Os protocolos vêm antes, na confecção do diagnóstico, e depois, na indicação da melhor terapêutica. Tivemos um exemplo recente no Brasil: em 10 de março de 2015, o Ministério da Saúde publicou em seu site a informação de que foram incorporadas ao SUS (Sistema Único de Saúde), e serão disponibilizadas gratuitamente à população, cinco novas drogas para o tratamento do transtorno bipolar, perfazendo um investimento de R\$ 750 milhões em cinco anos. O texto publicado no site também descreve a criação de um PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Diagnósticas) “que servirá como guia para orientação do diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses doentes [...] feito com base em evidências científicas disponíveis [...] de forma a ter uma padronização no tratamento desse transtorno”.⁵ É uma conquista inegável à população a disponibilidade desses medicamentos. Porém, o que seria feito com os casos que escapam “às evidências científicas disponíveis”?

No que se refere às relações da saúde com a técnica, Sfez (1995) descreve uma *utopia da saúde perfeita*, forjada por uma espécie de purificação geral do homem e do planeta, em uma espécie de reatualização, em finais do século XX, do higienismo que vigorou na transição entre os séculos XIX e XX. O avanço das ciências traz em seu bojo a possibilidade de erradicar doenças antes mesmo de elas existirem. Como exemplo, Sfez menciona o projeto Genoma, uma grande conquista científica que mapeou o código genético humano com o objetivo, entre outros, de prevenir os males que estariam inscritos no código genético. Não está em questão nesse estudo a pertinência e importância do progresso científico e da técnica.

⁵ Disponível no site do Ministério da Saúde do Brasil: http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=35266&catid=564&Itemid=101. Acesso em 21 de março de 2015.

No entanto, por muitas vezes o cientificismo, acompanhado do tecnicismo, no campo da Saúde Mental, gera a exclusão do sujeito.

Como exemplo desse estado de coisas, a clínica psiquiátrica assume cada vez mais uma característica protocolar. Existem protocolos para diagnosticar transtornos mentais, como depressão e síndrome do pânico, em que os pacientes respondem a um questionário para preencher critérios em nome de uma precisão diagnóstica que exclui a escuta do sujeito.

Diversos autores estudam esse percurso cada vez mais tecnicista — que conduz a uma leitura biologizante do sofrimento psíquico — da clínica psiquiátrica, em consonância com o progresso da indústria farmacêutica (Fendrik, 2011; Izaguirre, 2011; Laia, 2013; Laurent, 2012; Rodrigues, 2003). O produto final é a descoberta de novas doenças para novos medicamentos ou do uso de antigos medicamentos para novas doenças. Segundo Foucault (citado por Castro, 2009, p. 300): "o corpo humano entrou duas vezes no mercado: primeiro pelo salário, quando o homem vendeu sua força de trabalho; depois, mediante a saúde".

Em outras palavras, para cada etiqueta médica descoberta, ofertam-se identificações que são o motor propulsor de um mercado lucrativo para todos: para a indústria farmacêutica; para os profissionais que encontram conforto com seus novos instrumentos protocolares, que fornecem uma suposta precisão no diagnóstico e na prescrição do psicofármaco; e para os pacientes, que, ao se alienarem a uma etiqueta, encontrariam alívio para seu sofrimento psíquico.

1.3 DSM: a referência das etiquetas médicas

A Segunda Guerra Mundial, e suas consequências no estado psíquico de soldados, familiares e sujeitos da população civil, criou uma demanda por classificações desses novos quadros, que não respondiam às categorias clássicas da psiquiatria (Fendrik, 2011). Além disso, a necessidade de uniformizar estatísticas oriundas de hospitais psiquiátricos, de sistemas de categorização usados pelo exército norte-americano e dos levantamentos realizados por membros da Associação Psiquiátrica Americana fez com que essa entidade criasse uma ferramenta capaz de oferecer alguma uniformidade aos dados estatísticos e diagnósticos.

Em 1952, surgia a primeira edição do DSM — Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico para os Transtornos Mentais), fortemente influenciado pela psicanálise em razão do predomínio da psiquiatria dinâmica, que considerava os transtornos mentais como secundários à angústia originada por conflitos inconscientes. O conceito freudiano das neuroses ainda encontrava espaço na primeira edição do manual. No entanto, o apelo ao empiricismo, inspirado pelo comportamentalismo, tornou essas categorias imprecisas, exigindo um suposto rigor científico para as classificações.

Foi nesse cenário que a segunda edição do manual foi lançada, em 1958. Foram estabelecidos graus diferentes para a chamada ansiedade neurótica, mas a divisão entre a ansiedade neurótica e a ansiedade perante perigos reais foi mantida. O caminho para estabelecer a diferença ainda era questionar o paciente. Na anamnese, ao reconhecer que sua ansiedade não encontrava objeto correspondente, o paciente abria espaço para as questões inconscientes, que acabavam por se constituir em um empecilho para a almejada objetividade científica (Fendrik, 2011; Izaguirre, 2011; Rodrigues, 2003).

A entrevista com o paciente, principal ferramenta para a precisão diagnóstica, passou a se constituir em seu maior obstáculo por trazer à luz as questões inconscientes, que ainda encontravam espaço no DSM–II. Em nome da objetividade científica, o sujeito foi sendo silenciado nas edições seguintes do manual, dando lugar à construção de categorias e critérios nosológicos fundamentados em questionários que, uma vez preenchidos, forneceriam um determinado diagnóstico.

Décadas antes da construção dos DSMs, Freud (1916/1996a) anteviu o movimento contraditório que se inauguraria com a clínica psiquiátrica baseada em questionários diagnósticos que excluem a escuta do sujeito. Em suas palavras, “é de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental” (p. 262). Com o avanço das classificações baseadas em questionários, a psiquiatria foi se distanciando da clínica baseada na escuta do paciente. Laia (2013) considera que a destituição da dimensão da linguagem inseriu a psiquiatria no campo da neurologia. Esse foi o caminho seguido pelas edições seguintes dos DSMs.

A terceira edição do DSM marcou um novo paradigma para a elaboração dos diagnósticos psiquiátricos e pode ser considerada como resultado de um processo histórico, iniciado décadas antes de a primeira equipe de psiquiatras designados para sua construção reunir-se pela primeira vez. Os anos 1950 foram o ponto de partida de um tecnicismo biologizante da clínica psiquiátrica, por meio da chamada revolução psicofarmacológica, cujos efeitos foram percebidos na publicação, em 1980, da terceira edição do DSM (Rodrigues, 2003). Dois movimentos marcaram a época gestacional da clínica psiquiátrica tecnicista e biologizada da atualidade. Embora nos dias de hoje pareçam antagônicos, à época eram complementares: ao tempo em que o primeiro neuroléptico, a clorpromazina, era

descoberto, em 1952, a psicanálise encontrava o auge da sua influência na clínica psiquiátrica nas décadas de 1950, 1960 e 1970.

A descoberta dos primeiros antidepressivos e dos primeiros neurolépticos, associada à forte influência da psicanálise na psiquiatria dinâmica, suscitava um consenso de que o uso de psicofármacos seria mais eficaz quando associado à psicoterapia. Ehrenberg (citado por Rodrigues, 2003) relata que essa associação entre a psicofarmacologia e a psicoterapia “era o grande credo francês dos anos 1950 e 1960” (p. 13). Esse cenário foi se modificando com a promessa de eficácia e eficiência das novas medicações, que eliminariam os sintomas indesejáveis em poucas semanas. O lançamento da fluoxetina, no fim da década de 1980, é emblemático do fenômeno do empoderamento da psicofarmacologia como solução principal para o sofrimento psíquico. Ao inaugurar uma nova classe de antidepressivos, chamados de ISRS — Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina — que apresentavam menos efeitos colaterais e toxicidade do que a geração anterior de antidepressivos, a fluoxetina teve seu uso popularizado; seus efeitos foram potencializados de tal forma que, nos Estados Unidos, passou a ser chamada de “pílula da felicidade”.

O empoderamento da psicofarmacologia, com o aumento da eficácia das novas medicações e das intensas campanhas de marketing, transformou as pílulas em promessa de felicidade, de produtividade, de concentração, de bom desempenho escolar, profissional e até sexual. Diante desse estado de coisas, as contribuições psicanalíticas foram perdendo espaço no campo da clínica psiquiátrica. Se há uma oferta expressiva de tratamentos químicos que prometem resultados rápidos, o surgimento de uma demanda por esse tipo de produto é uma questão de tempo. No entanto, essa oferta não só se tornou um sucesso absoluto de vendas como passou a influenciar na determinação de novos quadros nosológicos (Fendrik, 2011; Rodrigues, 2003).

Segundo Aguiar (2004), até meados do século XX, o médico prescrevia a medicação a ser produzida por um farmacêutico. Esse ato ainda continha algo de especificidade, uma fórmula para cada paciente. Com o empoderamento da indústria farmacêutica, a partir da década de 1950, essa lógica se inverteu: os propagandistas da indústria passaram a visitar os médicos, levando-lhes as novas substâncias farmacológicas e suas posologias pré-definidas pela empresa farmacêutica.

Rodrigues (2003) nos fornece um exemplo de uma doença “descoberta” por meio das pesquisas do psiquiatra da Universidade de Nova York Donald Klein, em 1959. Klein utilizou a imipramina em pacientes com quadro de ansiedade, em função de sua semelhança molecular com a clorpromazina, descoberta dez anos antes. A clorpromazina se mostrara eficaz no tratamento das chamadas angústias psicóticas, terminologia que ainda apresentava influência da psiquiatria dinâmica e que compreendia a manifestação psicopatológica como uma forma severa de apresentação da angústia.

Um grupo de participantes com quadro de ansiedade grave foi utilizado como amostra. Os sujeitos não haviam respondido bem ao tratamento com clorpromazina, e apresentavam como característica comum a ausência de sintomas psicóticos. Com o uso da imipramina, houve uma grande alteração do quadro, e percebeu-se que o que existia em comum entre os que responderam positivamente à imipramina eram episódios agudos de ansiedade. Esses resultados levaram Klein a propor uma diferenciação entre ansiedade crônica e ataques de pânico. Em 1980, o DSM–III incorporou essa distinção. Pela primeira vez, uma categoria nosológica era criada com base em uma resposta clínica a uma substância farmacológica, abrindo espaço para o que viria nas décadas seguintes: uma espécie de tecnicismo que encerra a ideia de que, quanto mais uma doença é corretamente descrita, mas é eficazmente tratada.

Coser (2010) afirma que as primeiras descobertas da psicofarmacologia se deram segundo um fenômeno denominado *serendipidade*, termo cunhado por Horace Walpole, em

1784, para designar a descoberta acidental de resultados não esperados. É o que ocorreu com os estudos de Klein com a imipramina, e também com a iproniazida, derivada da isoniazida (utilizada para tratamento da tuberculose), que produzia elevação no humor dos pacientes, tornando-se a precursora dos antidepressivos.

Retornando aos manuais diagnósticos, a marca inaugural do DSM–III foi o descolamento das formulações teóricas ou das hipóteses etiológicas para a formação de categorias nosológicas, em nome de uma pretensa objetividade que só uma leitura descritiva e atórica dessas categorias poderia fornecer. O DSM–III marcou o divórcio da clínica psiquiátrica com a influência psicanalítica. Nas palavras de Rodrigues (2003),

o DSM então, se propõe a não colocar a etiologia em questão, restringindo-se a fazer uma descrição atórica do fenômeno [...]. Trata-se de uma abordagem neokrapleniana [...]. Ao invés de doenças, como em Kraepelin, fala-se de síndromes, abordagem que, do ponto de vista prático, faz muito pouca diferença. O que não se faz pertinente é o abandono do que está subjacente ao sintoma, que poderíamos chamar de experiência singular. Abandonar a singularidade humana em benefício da generalização não é, entretanto, um descuido do DSM–III, mas ao contrário, o seu próprio objetivo [...]. A época dos grandes pensadores da psiquiatria termina. O saber só tem sentido e valor caso se adapte ao rigor da metodologia cientificista-biologicista-farmacológica. (pp. 14-15).

Com o lançamento da quarta e quinta versões do manual, em 1980 e 2013, respectivamente, evidenciou-se a tendência de proliferação dos diagnósticos, presentes desde a primeira edição. A história dos DSMs em números mostra que, em sua primeira edição, havia 106 categorias de transtornos mentais em 130 páginas. A segunda edição contava com 182 categorias em 134 páginas. Na terceira edição, apareciam 265 categorias em 494 páginas

que, em uma edição revisada sete anos após seu lançamento, se transformaram em 292. A quarta edição trazia 297 categorias em 886 páginas. A última versão, o DSM–V, recentemente lançada, traz 300 patologias distribuídas por 947 páginas. Tal evolução quantitativa é citada frequentemente como sinal de uma tendência à patologização (Fendrik, 2011, Forbes, 2012; Izaguirre, 2012; Laia, 2013; Rodrigues, 2003).

Particularmente a quinta e última edição teve seu lançamento, em 2013, cercado de críticas. As mais contundentes partiram do National Institute of Mental Health (NIHM), Instituto Nacional de Saúde Mental, principal entidade financiadora de pesquisas na área de Saúde Mental nos Estados Unidos. Seu diretor, Thomas Insel (2013), publicou no site oficial da instituição um comunicado em que declarou a independência do DSM–V e fez críticas ao seu conteúdo:

o NIHM irá reorientar sua pesquisa para longe das categorias do DSM–V. Daqui pra frente iremos apoiar projetos de pesquisa que olhem além das categorias atuais — ou que subdividam as categorias atuais — para que comece a se desenvolver algo melhor [...] Ao contrário de nossas definições de doenças isquêmicas do coração, linfoma ou AIDS, os diagnósticos do DSM–V são baseados em um consenso sobre um grupo de sintomas clínicos, e não em qualquer medida objetiva de laboratório.

Davies (2013) esclarece a direção peculiar na construção do diagnóstico pela psiquiatria, afirmando que, com raras exceções, a medicina geral opera da seguinte forma: uma vez descoberta a origem física de um problema, dá-se um nome, como fibrose cística, câncer ou doença de Crohn. Porém, segundo o autor, a psiquiatria opera amplamente em um sentido oposto, ou seja, nomeando uma desordem considerada mental antes de identificar qualquer base patológica no corpo.

Laia (2013) mostra o fracasso da tentativa de apontar marcadores biológicos para os transtornos mentais na última edição do DSM mencionando a contradição nos discursos de dois dos principais representantes da psiquiatria na atualidade, Thomas Insel, diretor do NIMH, e Allen J. Frances, chefe da força-tarefa responsável pelo DSM-IV. Enquanto o primeiro defende que o DSM-V terá mais aplicabilidade entre os clínicos do que entre os pesquisadores, o segundo sustenta exatamente o contrário. A questão levantada por Laia é: como o que teria alguma validade clínica poderia ser invalidado pela pesquisa, e como o que teria algum alcance no âmbito da pesquisa poderia ter pouca aplicabilidade no âmbito da clínica? Essa confusão nos discursos pode ser gerada quando se pretende medir o que não se conhece bem. A suposta aparência científica dos critérios diagnósticos do DSM-V poderia fornecer alguma segurança ao profissional, ancorado em seus protocolos, e ao paciente que demanda respostas rápidas e simples ao seu sofrimento psíquico (Laurent, 2012).

É no contexto descrito no presente capítulo que a proliferação das etiquetas médicas e seus desdobramentos nas subjetividades aportam no campo da Saúde Mental. O capítulo a seguir traz considerações sobre a mudança de paradigma nesse campo após a Reforma Psiquiátrica.

CAPÍTULO 2

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DESAFIOS NO COTIDIANO DE UM CAPS

Após quase quinze anos da implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a mudança de paradigma na abordagem da Saúde Mental ainda enfrenta impasses no que se refere à abordagem da loucura no campo da clínica e no campo político, as duas principais vertentes delimitadas pelo movimento reformista, embora esta pesquisa também procure se ocupar da impossibilidade de dissociação entre esses campos. Outro aspecto da mudança do paradigma da assistência em Saúde Mental refere-se à fragilidade em encontrar um significante que a represente. Veras (2010) relata que “o simbólico rateia diante da pluralidade discursiva. Assim, a Saúde Mental é barrada por não tratar o sujeito em sua integralidade, tal como ambiciona a abordagem biopsicossocial” (p. 113). Diante dessas considerações iniciais, tentaremos traçar um breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemplando alguns dos impasses na prática profissional em um CAPS.

Um dos consensos verificados na literatura relacionada à Reforma Psiquiátrica no país é a tese de que o movimento foi impulsionado, em grande medida, pela reivindicação de melhorias nas deficitárias condições de trabalho e de remuneração das equipes técnicas, associadas às críticas ao modelo hospitalocêntrico até então predominante (Amarante, 2008; Lougon 2006). Essas duas temáticas são os elementos que marcam o período germinativo do processo, de 1978 a 1987 (Lougon, 2006), que fomentou o projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado. Esse projeto foi construído em 1989 e aprovado em 6 de abril de 2001, transformando-se na Lei Federal n. 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Nas palavras de Delgado (2009),

a Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial.

Seu objetivo é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso — e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta é privilegiar o convívio do paciente com a família. Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. A reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo: os médicos e a família, que passam a serem peças fundamentais.

Foucault (2000) relata que o modelo hospitalocêntrico compreendeu grande parte do percurso da relação da sociedade com a loucura. A mudança desse paradigma se situa para além das reivindicações por melhorias nas condições de trabalho por parte dos técnicos em Saúde Mental. Amarante (2008) parte da ideia de que a Reforma Psiquiátrica é produto de uma transformação estrutural e do conceito de um processo social complexo. Ele propõe quatro dimensões basilares que constituem a Reforma Psiquiátrica: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Em última análise, essa proposta é uma construção teórica onde se percebem influências do modelo comunitário americano, do

modelo das comunidades terapêuticas, da psiquiatria de setor, da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana. De acordo com Basaglia (2005),

o objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato. (p. 248).

Diante da transposição do modelo hospitalocêntrico para o modelo substitutivo, uma questão se torna pertinente: como concretizar a transformação incontestavelmente necessária na assistência em Saúde Mental aos sujeitos psiquiatrizados de modo a contemplar o caso a caso? Além disso, um dos desafios com os quais os modelos substitutivos se confrontam é a possibilidade de promover a reinstitucionalização do sujeito. No passado, a institucionalização era frequente devido ao alto índice de hospitalizações e reinternações involuntárias; hoje, nos serviços substitutivos essa condição passa a ser uma possibilidade constante, por causa do grande número de sujeitos cuja vida social é circunscrita ao ambiente dos CAPS. Se no hospital as grades cerceavam o direito de ir e vir do sujeito, em alguns casos, nos CAPS, mesmo não havendo grades, alguns sujeitos permanecem vinculados à instituição por longos períodos. No capítulo 3, o tema da institucionalização retornará com base em fragmentos da trajetória de uma usuária do serviço.

A polarização da Reforma Psiquiátrica em uma dimensão clínica e outra política encontra por muitas vezes na prática uma inflação da importância da dimensão política, sobre a qual muitos serviços e movimentos antimanicomiais centram seus esforços. A dimensão

política acaba reduzida à ideia de inserção social do usuário, de reparação histórica, estreitando sua importância ao apartá-la da dimensão clínica. Na vida cotidiana, a fenda entre o louco recém-alforriado do modelo asilar e o mundo pós-industrial é considerável. Esse mundo, conforme ressalta Lipovetsky (2004), é caracterizado pela valorização da saúde, do equilíbrio, da segurança e da capacidade de consumo. Ou seja, em um mundo norteado pela eficácia máxima das potencialidades mentais e físicas, o desafio suscitado pelo projeto de reinserção social do usuário dos serviços de Saúde Mental torna-se bastante maior.

Nesse contexto, qual é o lugar estabelecido pela sociedade — fora dos limites dos atores da reforma e de suas unidades de apoio — para os loucos, alijados do laço social e historicamente associados à não saúde, ao desequilíbrio, à não eficácia? A ressignificação da loucura no campo social é uma importante meta da dimensão política da Reforma Psiquiátrica, mas ela poderia ser construída de maneira apriorística, antes da emergência do sujeito, da conquista da sua capacidade de emitir seu discurso?

Assim, embora represente uma conquista incontestável, alforriar o louco do manicômio ainda soa como um enunciado extremamente frágil, quase inaudível às sociedades contemporâneas. Autores e gestores públicos brasileiros do campo da Saúde Mental, entre eles o ex-coordenador da área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Delgado, admitem que, em todo o mundo, apesar das conquistas antimanicomiais, observa-se uma tendência de reinstitucionalização da loucura (Diniz, 2009).

Levando-se em conta as demandas do espírito dos tempos hipermodernos citados por Lipovetsky (2004), que reivindica a todo tempo o individualismo, o conforto e a segurança, a associação da loucura e do louco à periculosidade ressurge como um elemento exógeno aos ideais da reforma, mas com grande poder de obstaculizá-la. As demandas da sociedade por ideais de segurança e proteção de tudo aquilo que lhe é considerado estranho, adverso e incompreensível ainda associam a doença mental a um risco, à periculosidade, a despeito dos

esforços da luta antimanicomial. Não é raro importantes representantes de classes profissionais ligadas à Saúde Mental aparecerem em veículos midiáticos responsabilizando a Reforma Psiquiátrica pelo aumento da população de rua. Da mesma forma, é comum, quando um morador de rua em crise entra em conflito com a lei, surgirem discursos responsabilizando a Reforma Psiquiátrica pelo estado de não assistência dessas pessoas, que exporia os demais cidadãos ao risco. Nesse contexto, as demandas sociais nascidas no campo do medo da violência, do sistema penal e da segurança pública tendem a contribuir para a incorporação da doença mental ao campo nebuloso do perigo, com a consequente hostilização dos preceitos da Reforma. Referindo-se ao destino dos manicômios judiciários e associando-os aos hospitais psiquiátricos como centro de tratamento, Pedro Delgado afirma, no documentário *A casa dos mortos*, da antropóloga Debora Diniz (2009):

na minha perspectiva, instituições como essas têm que deixar de existir, mas queria dizer também para vocês que não é esta a tendência internacional. A tendência internacional não é de deixarem de existir manicômios judiciários. É de deixarem de existir, sim, hospital psiquiátrico como centro do tratamento. Mas na área penal, na área de política de segurança pública, o modelo manicômio judiciário, o modelo do hospital de custódia, como o de Salvador, ainda é visto como uma necessidade não superada.⁶

Da França veio outro exemplo dessa tendência a condenar as conquistas da Reforma Psiquiátrica em nome de aspectos penais e de segurança pública. Em dezembro de 2008, o então presidente Nicolas Sarkozy, em visita a um hospital psiquiátrico nos arredores de Paris, fez uma declaração ao mesmo tempo ambígua e indicativa de perspectivas de reimplantação de mudanças institucionalizadoras da condição do louco:

⁶ Trecho extraído de entrevista com o então coordenador da área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, incluída na seção *Extras* do documentário.

[...] seu trabalho traz grandes satisfações. Mas há também a agressividade, a violência, as readmissões freqüentes de todos esses pacientes, sobre os quais nos perguntamos qual é realmente o seu lugar. [...] A esperança, às vezes tênue, de uma volta à vida normal não pode se sobrepor, em nenhuma circunstância, à proteção de nossos concidadãos. [...] Compreendo perfeitamente que um doente é uma pessoa com toda a sua dignidade. Doentes na prisão é um escândalo. Mas pessoas perigosas na rua, isso também é um escândalo. (Coupechoux, 2009, pp. 18-19).

Para ilustrar o contexto em que se inserem os desafios da reforma, intra e extramuros do campo da Saúde Mental, torna-se importante ressaltar a reflexão proposta por Denise Tourinho em relação ao próprio corpo técnico dos modelos substitutivos:

a Reforma Psiquiátrica me parece, no campo dos direitos humanos, um dos passos mais importantes e significativos dados no século XX. Porque tirar as pessoas daquela condição de vida que todos conhecíamos dos hospícios, dos hospitais psiquiátricos, da forma como eles eram estruturados e organizados é um avanço extraordinário, não podemos de forma nenhuma perder isso de vista. A Reforma Psiquiátrica é um grande avanço, mas ela hoje se encontra em um momento onde ela própria se questiona sobre as vicissitudes, os caminhos que ela trilhou. Um dos pontos importantes é a qualificação das pessoas que trabalham na rede substitutiva. Será que apesar de terem mudado as estruturas e a proposta no plano geral e se ter formado uma rede substitutiva importante, embora ainda insuficiente em números, será que mudou o olhar desses profissionais com relação à loucura?⁷

⁷ Trecho extraído de entrevista incluída na seção *Extras*, do documentário *A casa dos mortos*, com a coordenadora da Gestão Integrada da Ação Penal da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJCDH), Denise Tourinho (Diniz, 2009).

A questão levantada por Tourinho é pertinente, sobretudo quando avaliamos a forma como os profissionais que atuam nos serviços substitutivos são recrutados. A maioria é selecionada via concurso público, o que torna comum que o profissional vá trabalhar em um CAPS como uma contingência, produto da sua aprovação no concurso, e não por uma escolha pessoal. Isso torna não raro que alguns tragam preconceitos, leituras pré-estabelecidas do que é a loucura, por vezes sinonímicas da periculosidade e do medo. Com a prática cotidiana, essas posições costumam arrefecer, embora em alguns casos elas continuem veladas, vindo à tona quando algum episódio de agitação de um usuário ocorre, prejudicando o manejo da crise, por exemplo. Nesse sentido, os técnicos necessitam de encontros constantes com os demais membros da equipe e da escuta de suas questões por um profissional de fora do serviço, que os ajude a lidar com as resistências e fantasias que podem permear a prática cotidiana em Saúde Mental.

2.1 A implantação do CAPS: dos números aos sujeitos⁸

Em 2005, a cidade de Salvador, Bahia, se encontrava em franco atraso no cumprimento da Lei 10.216/2001, que implantava a Reforma Psiquiátrica, com a mudança de paradigma da assistência hospitalocêntrica para a assistência baseada nos serviços substitutivos. A cidade contava, naquele ano, com apenas oito CAPS, do total de 40 previstos. A situação começara a se agravar quando, dois anos antes, o Hospital Psiquiátrico Santa Mônica fechou todos os seus leitos destinados ao SUS. Em 2005, a mesma empresa

⁸ Esta seção é baseada nas experiências do autor no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Salvador. Algumas informações complementares foram colhidas da cobertura de veículos da imprensa e podem ser acessadas nos seguintes links:
<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u114866.shtml> <http://www.panoramio.com/photo/109059284>
<http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=1944>.

proprietária do Hospital Santa Mônica solicitou ao SUS o descredenciamento dos Sanatórios Ana Nery e Bahia, também de sua propriedade, fechando 520 leitos. À época, a alegação da direção das entidades era a de que a diária de R\$ 28,45 era insuficiente para manter as duas instituições em funcionamento. A direção solicitou um aumento para uma diária mínima de R\$ 78,29, que não foi acatada pelo SUS.

O paradoxo que esse estado de coisas encerrava era que a transição do modelo hospitalar para o modelo substitutivo não se dera pela Lei da Reforma Psiquiátrica — que preconizava uma mudança progressiva e gradual do modelo de assistência — mas pela lei do mercado. Era impossível manter essas instituições privadas em funcionamento e lucrativas. Assim, a lentidão — marca incontestada da burocracia — da implantação da Lei da Reforma Psiquiátrica em Salvador encontrou na lei do mercado, incontestada na contemporaneidade, a mola propulsora da implementação da reforma em Salvador.

Diante da crise que se instalou, com a desassistência aos inúmeros pacientes e familiares devido ao fechamento dos hospitais, os Ministérios Públicos Estadual e Federal, naquele mesmo ano, firmaram um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)⁹ com o Governo Federal, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, a Secretaria Municipal de Saúde, a empresa privada que administrava os hospitais e a Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais da Bahia. Os objetivos eram implementar novos serviços na rede de atenção extra-hospitalar no município de Salvador, assegurar a complementação em 25% do valor da diária de assistência aos pacientes portadores de transtorno mental, estabelecer Centros de Atenção Psicossocial e implementar leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Foi nesse contexto que dezenas de profissionais, entre os quais o autor desta dissertação, foram convocados para provimento dos cargos, a fim de suprir a demanda que os novos serviços substitutivos gerariam. A primeira reunião ocorreu na Coordenação de Saúde

⁹ Acordo de reparação ou compensação com a sociedade civil, organizado pelo Ministério Público.

Mental do município de Salvador, e, diante da inexistência das unidades físicas que mais tarde abrigariam os CAPS e as Residências Terapêuticas, decidiu-se que os técnicos recém-convocados seriam divididos em equipes, cujo trabalho inicial seria fazer um levantamento de todos os prontuários dos pacientes do Sanatório Ana Nery e do Sanatório Bahia. O objetivo era coletar os dados sociodemográficos dos pacientes, com vistas à realização dos encaminhamentos para os CAPS que deveriam ser implantados em consonância com o TAC firmado.

Durante os meses seguintes, a leitura desses prontuários indicava à equipe o tamanho do desafio que se impunha em um horizonte muito próximo. Inúmeros pacientes não tinham mais nenhum tipo de laço familiar. Outros tinham alcançado um alto nível de institucionalização, com internações frequentes, e passavam mais tempo no hospital do que no convívio familiar e social. Mais do que dados, o que surgiu foram histórias de sujeitos numerados, silenciosos e alijados do convívio social.

No dia 20 de março de 2007, era inaugurado oficialmente o CAPS objeto desta pesquisa. O serviço conta hoje com uma equipe de vinte e um profissionais: três psicólogos, duas assistentes sociais, duas psiquiatras, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, duas terapeutas ocupacionais, um educador físico, uma oficineira, dois agentes administrativos, dois agentes de limpeza e uma gerente técnico-administrativa.

2.2 A *Capsização*¹⁰ da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS surgiram como uma das possibilidades da assistência em Saúde Mental. Em sua essência, almejam a possibilidade de se reinventarem cotidianamente, em sintonia com o sujeito em sofrimento psíquico que se destinam a acolher. Na prática, alguns serviços acabam por reproduzir de forma mais branda algumas práticas explicitamente psiquiatrizadas.¹¹ A começar por uma supervalorização do serviço, que revela uma armadilha: a transinstitucionalização burocrática da assistência — dos hospitais para os serviços substitutivos. Essa transinstitucionalização se verifica por um aumento vertiginoso no número de CAPS abertos, embora o discurso corrente seja o de que tal número ainda não é suficiente para contemplar a demanda reprimida.

A necessidade de dar conta de uma demanda medida em números já reduz a possibilidade de uma assistência centrada na história do usuário e não em um contingente populacional. O centro da proposta se inverte, e passa-se a valorizar uma espécie de história numérica da reforma: um determinado CAPS II, por exemplo, implantado em uma zona populacional específica, deve obrigatoriamente atender a uma população de 70 mil habitantes (Brasil, 2004).

Hipoteticamente — embora na prática este cenário seja bastante comum — se um serviço dessa natureza for aberto em um território com mais de 300 mil habitantes, por exemplo, sua implantação é um processo complexo caso não exista uma rede ambulatorial de assistência em Saúde Mental. E se, por uma contingência, nesse mesmo território houve em tempos recentes o fechamento de um ou mais hospitais psiquiátricos, é grande a possibilidade de uma crise como a que se instalou em Salvador em 2005.

¹⁰ Termo usado por Paulo Amarante (2003).

¹¹ O termo *institucionalização branda* foi empregado por Franco Basaglia (2005) em seu livro *Escritos selecionados* (p. 32).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS foram criados para atender sujeitos com quadros de psicose ou neurose grave cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo. Há usuários que poderiam ser assistidos em outros dispositivos, tais como os ambulatórios, mas a rede ambulatorial incipiente provoca um inchaço da procura pelos CAPS. Sobre esse cenário, Amarante (2004) relata:

é curioso poder constatar que, por um lado, a política nacional de Saúde Mental está sendo reduzida à implantação de CAPS... Flávia Helena Freire (2003) demonstra como a lógica do pagamento por procedimentos é suficiente para limitar o potencial inovador e revolucionário dos serviços de atenção psicossocial. Em meu entendimento há um risco de um processo de *capsização* da reforma psiquiátrica ao mesmo tempo em que pode haver uma *inampsização* dos CAPS. (s/p mimeo).

Essa questão se transforma em um problema para as equipes, dada a necessidade de uma avaliação frequente dos casos que chegam à instituição, levando-se em conta a subjetividade dos critérios utilizados para analisar a “gravidade” do sofrimento psíquico. Uma parcela importante dos sujeitos atendidos nos CAPS não apresenta um quadro psíquico condizente com os indicados pelo Ministério da Saúde, assim contribuindo para um inchaço no número de usuários dos serviços e tornando maior o desafio de acompanhar cada caso.

CAPÍTULO 3

ALIENAÇÃO AO DIAGNÓSTICO, CLÍNICA DAS CLASSIFICAÇÕES E INSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1 Nina e a *seratonina*

A jovem Nina chegou ao CAPS em busca de uma consulta psiquiátrica para obter medicações que a ajudassem a dormir. Atribuía seu estado psíquico ao fim de um relacionamento amoroso, em virtude de uma relação extraconjugal que viveu, e procurou o CAPS para um atendimento médico que lhe prescrevesse também remédios para “baixar a *seratonina* (sic)”, pois associava a relação extraconjugal a um aumento do apetite sexual.

Nina já havia sido atendida em outra instituição fazia cerca de três anos, quando procurou ajuda após um momento de muita tristeza. Na época, havia sido reprovada no vestibular e, em virtude disso, passou a fazer muitas compras como forma de aplacar sua tristeza. Endividou-se. A hipótese diagnóstica levantada pelo médico foi de transtorno de humor. Nina pesquisou sobre o tema e relatou semelhanças entre o que sentia e os sintomas associados a uma categoria desse transtorno: o transtorno bipolar. Segundo ela, os bipolares eram capazes de fazer “loucuras”, como compras desnecessárias e relações sexuais com diversos parceiros. A fala de Nina girava em torno da bipolaridade, associando os acontecimentos de sua vida aos sinais do transtorno. Relatou que a bipolaridade se fazia presente em episódios de seu cotidiano, como quando brigou com seu chefe pela manhã e ficou triste, mas, no mesmo dia, após encontrar um amigo no final do expediente de trabalho e conversarem, ficou feliz.

Os sujeitos recebidos no CAPS, a partir da primeira entrevista, têm traçado um Plano Terapêutico Singular (PTS). Esse plano consiste na escolha, por parte do técnico que o atende e do próprio sujeito, de atividades que compõem uma espécie de grade com oficinas de arte, oficinas do corpo, grupos de fala e atendimento psicológico e psiquiátrico individual. Essas atividades variam de um CAPS a outro. Após as entrevistas de acolhimento, Nina optou pelo atendimento psiquiátrico e pelo atendimento psicológico.

Nina passou a participar de outras atividades do CAPS, como oficinas de arte e grupos de fala, nas quais as trocas de experiências entre pessoas com um diagnóstico semelhante eram sempre destacadas por ela como positivas. Em sua fala, evidenciava-se uma identificação com o diagnóstico de transtorno bipolar. Ela costumava se apresentar nas oficinas e assembleias gerais¹² do CAPS da mesma forma: “sou Nina, bipolar...”. Em determinado momento, sugeriu que fosse criado um grupo somente com usuários com diagnóstico desse transtorno, do qual gostaria de participar.

A colagem de Nina ao diagnóstico não é um acontecimento incomum na prática clínica no CAPS. Diversos usuários chegam à instituição etiquetados por nomes, produto do autodiagnóstico relacionado a uma prática: balançar as pernas é critério para o autodiagnóstico da síndrome das pernas inquietas; endividar-se pode ser critério para bipolaridade; sofrer pressão no trabalho e desenvolver um certo nível de ansiedade pode ser critério para síndrome do pânico. O que essa dança de nomes pode encobrir é o que há de mais relevante na clínica: onde se situa o sujeito por trás do nome comum para todos? Para além disso, levando-se em conta que a colagem ao diagnóstico só pode ser analisada caso a caso, não devemos recuar perante a possibilidade de refletir panoramicamente acerca desse acontecimento tão comum nos serviços de Saúde Mental. A banalização dos nomes oriundos da ciência — no caso deste estudo, os diagnósticos psiquiátricos — traz à discussão questões

¹² Reuniões mensais entre técnicos, familiares e usuários para discutir questões relacionadas ao andamento do CAPS.

relacionadas à oferta de identificações que esses nomes proporcionam e à nossa posição como técnicos em Saúde Mental diante desse cenário.

O ponto de partida desta análise é situado na terceira forma de identificação proposta por Freud (1921/2011), no capítulo VII de *Psicologia das massas e análise do eu*. A primeira forma é descrita como apresentando “um determinado papel na pré-história do complexo Édipo” (p. 60). É a forma primordial de ligação ao objeto, na qual o garoto toma o pai como modelo ao mesmo tempo em que constrói um investimento objetal na mãe. Essa identificação é caracterizada pela ambiguidade, “pois desde o início a identificação é ambivalente, pode-se tornar tanto expressão de ternura, quanto desejo de eliminação” (p. 61).

A segunda é descrita por uma identificação a traços do objeto, o que a torna uma identificação parcial. Como ilustração dessa modalidade de identificação, Freud recorre ao exemplo de Dora, que imitava a tosse do pai. Diz que “a identificação tomou o lugar de escolha do objeto, e a escolha do objeto regrediu à identificação” (p. 63).

A terceira forma de identificação é descrita por Freud como o mecanismo “baseado em querer ou poder colocar-se na mesma situação do outro” (p. 64). Nesse tipo de identificação, a relação objetal com a pessoa copiada é desconsiderada, com a ausência de qualquer investimento sexual; o sujeito identifica-se com a situação em que a pessoa copiada se encontra. Freud cita o exemplo de um grupo de moças que vivem em um internato. Ao receber uma carta de amor que lhe desperta ciúme, uma das moças reage com uma crise de choro. Algumas amigas reproduzem essa crise de choro em uma espécie “infecção psíquica” (Freud 1921/2011, p. 64) pela via da identificação com o lugar da moça que recebe a carta. Nas palavras de Freud (1921/2011), “o mecanismo é aquele da identificação baseada em querer ou poder colocar-se na mesma situação” (p. 64).

Brito (2013) descreve duas modalidades de identificação nesses modelos propostos por Freud: uma vertical, entre o sujeito e uma referência que ocupa o lugar de ideal, como no

exemplo da identificação do menino com o pai; outra horizontal, que se dá entre sujeitos que ocupam lugares semelhantes, como as moças do pensionato. Além de se dar por uma via horizontal, o terceiro modo de identificação freudiano apresenta um caráter parcial. A percepção de “algo em comum” (p. 65) entre os sujeitos é descrita por Freud como principal característica dessa forma de identificação. “Quanto mais significativo esse algo em comum, mais bem sucedida deverá ser essa identificação parcial [...]” (p. 65).

A autora fornece um recorte conceitual que nos auxilia no percurso dessa análise: primeiramente com base em Lacan (1964/1995), que descreve a identificação como um fenômeno sempre parcial, pois o sujeito se identifica com um traço do Outro, constituído aqui como o lugar da fala, e ao qual o sujeito endereça seu discurso. Assim, o Outro se constitui como “um lugar de verdade” (Lacan, 1964/1995, p.129, citado por Brito, 2013, p.19). Em seguida, com base em Gaspard (2007), que descreve o Outro como “uma referência genérica que, a partir de suas representações (tais como Deus, o Estado), relaciona-se a um lugar de determinação, de introdução da lei, a uma ordem simbólica que é, ao mesmo tempo, anterior e exterior o sujeito” (Gaspard, 2007, p.244, citado por Brito, 2013, p.19). Essas concepções são produto das primeiras lições de Lacan sobre Outro, e aqui as reproduzimos como forma de fornecer uma delimitação do conceito que nos auxilie no percurso desta análise.

No tempo em que Freud escreveu sua obra, a sociedade era marcada pela solidez dos laços sociais e ordenada pela figura do pai idealizado. Padrões claros e rígidos de comportamento eram estabelecidos. As instituições — família, escola, empresa — eram verticais, influenciando as características do laço social. Na contemporaneidade, assiste-se a uma horizontalização do laço social, com o declínio do ideal paterno que orientava as instituições (Forbes, 2012). Se as instituições verticalizadas representavam um Outro consistente, cuja representação se apoiava na figura do pai, do professor, do chefe da empresa, na contemporaneidade, assistimos a uma inconsistência do Outro.

Para Veras (2008), o declínio da imago paterna é “uma das versões do declínio generalizado dos valores absolutos [...]. O que a psicanálise propõe é que este pai abolido retorna ainda mais feroz [...]. A velocidade da produção científica faz com que uma teoria há pouco lançada logo se torne caduca em razão de um trabalho científico ainda mais recente”. O poder do discurso científico e a pluralização de suas nomeações generalizadas (TOC, TOD, TDAH, bipolar, borderline)¹³ poderiam ser um testemunho dessa ferocidade?

Com base nos ensinamentos de Lacan, que buscou uma solução para além do Édipo em que o sujeito pudesse se apoiar, Brodsky (2007) descreve a existência de um fundamentalismo da nomeação, da assunção de um nome comum para todos, na contemporaneidade. Em lugar de um declínio da nomeação, há uma pluralização das nomeações. Em suas palavras, “[...] o que antes se apoiava na dimensão de amor que supunha o Nome do Pai, com esse pai pensado em relação ao amor — pensem na primeira identificação Freudiana — está substituído por uma função que não é outra senão a *de nomear para*” (p. 70).

O social assume um predomínio nas nomeações, substituindo a identificação a partir da nomeação singular pela identificação a partir de uma nomeação comum para todos. Veras (2010) descreve que o discurso vigente na atualidade não garante a adesão do sujeito ao laço social, gerando comunidades de identificações com essa nomeação coletiva: “são comunidades que dispensam a função da nomeação paterna gerando uma verdadeira epidemia de irmandades anônimas: alcoólicos anônimos, bulímicos anônimos, viciados em jogo anônimos, etc” (p. 78). Brodsky (2007) afirma que essas comunidades formariam conjuntos de sujeitos uniformizados pelo nome comum, antítese do nome próprio, que identifica o sujeito. Nessas comunidades, o nome comum (bipolares, bulímicos etc.) geralmente é sucedido pelo vocábulo “anônimos”. A palavra “anônimo” significa *que não se quer dar a conhecer; sem nome, não assinado*. A nomeação coletiva nessas comunidades leva a uma

¹³ Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno Opositivo Desafiador e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

tautologia: o nome comum encerra uma qualidade compartilhada que encobre o que há de singular no sujeito, escondendo-o no anonimato.

Há nessas comunidades algo da “infecção psíquica” descrita por Freud (1921/2010, p. 64) que dialoga com a terceira proposição dos modos de identificação freudiana — não coincidentemente, o único modelo tomado a partir de uma identificação horizontalizada: as moças do pensionato se identificam ao lugar ocupado por um semelhante. Ao se identificar ao diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, Nina o justifica descrevendo suas compras em excesso e o aumento de seu apetite sexual, práticas comuns descritas por outras pessoas que se apresentavam como bipolares em sites de trocas de experiências. Nas palavras de Brito (2013),

[...] Esta identificação com a prática conduz também a uma identificação horizontal, com os semelhantes que compartilham uma mesma prática, como no caso da toxicomania, ou ainda os mesmos diagnósticos, fornecidos pelos manuais psiquiátricos. (p. 23).

Retornando a Freud (1921/2011), encontramos novamente o “algo em comum” (p. 65) como característica da identificação horizontal que sustenta as comunidades de sujeitos com determinado diagnóstico psiquiátrico. Veras (2010) destaca que a identificação aos rótulos impostos pelo discurso da ciência acaba por fomentar a identificação ao semelhante, formando as comunidades que se reúnem em torno da etiqueta médica que lhes é atribuída. “Não é mais o ideal que forma as massas, é a massa que forma o ideal, ou seja, se antes o ideal se encarnava em um ser de exceção, agora este ser é apenas uma tentativa de acolher a projeção de todos” (Veras, 2012, p. 59).

Nina não participava somente de comunidades virtuais. Sua relação com o CAPS, no início de forma pouco constante, ficou mais intensa dentro da instituição (passou a participar de mais atividades, grupos e oficinas) e fora dela. Em um evento na câmara de vereadores da

cidade, em comemoração ao Dia da Luta Antimanicomial, foi uma das representantes dos usuários que se pronunciou na tribuna da câmara. Seu discurso girou em torno da importância de serviços como o CAPS na vida das pessoas que lá são atendidas. Em determinada ocasião, a coordenação do CAPS recebeu um telefonema de uma repórter de um jornal local solicitando a indicação de um usuário que tivesse emprego formal. O objetivo da matéria era exemplificar como pessoas com transtornos mentais poderiam exercer atividades profissionais sem maiores problemas. Nina, que à época tinha emprego formal, foi convidada pela coordenação do CAPS e aceitou o convite. Exibiu com orgulho a matéria impressa, que mostrava uma foto sua com o rosto desfocado e as iniciais de seu nome para preservar sua identidade. Nina ganhava visibilidade, mas continuava anônima. De alguma forma, o passaporte de Nina para a comunidade CAPS apresentava a etiqueta “bipolar”.

Miller e Laurent (2005) descrevem que o apelo à comunidade pode se constituir em uma tentativa de reconstrução do Outro. No entanto, esse apelo, quando ocorre, não se dá uniformemente e somente é possível fazer alguma reflexão sobre sua natureza caso a caso. Com Nina, ainda era preciso algum esclarecimento sobre a função do nome *bipolar* em sua história. A direção do tratamento de usuários que chegam ao CAPS autodiagnosticados e aderidos a um nome comum para todos seria voltada, a princípio, para o esclarecimento da função exercida, caso a caso, pelo nome comum — bipolar, borderline, pernas inquietas. Sobre isso, Laurent (1999) afirma que, especialmente no ambiente institucional, a prática orientada pela psicanálise implica uma mudança de posição do profissional como especialista da desidentificação à posição de analista cidadão:

um analista cidadão no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um

analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora. (p. 8).

Diante desse cenário, pareceu-nos importante oferecer a Nina um espaço de escuta, onde lhe fosse franqueada a possibilidade de falar de si com alguma regularidade. Esse espaço se tornou importante em seu acompanhamento. O tema da solidão era frequente. Queixava-se de que sua mãe tinha preferência pelos filhos homens — eram quatro, duas mulheres e dois homens — e dizia não se sentir amada por ela. Atribuía isso a sua condição feminina. Seu pai era descrito como ausente, pouco participativo. Queixava-se que, até para ir a um hospital quando estava doente, ia sozinha. Como narramos acima, a primeira vez que esteve com um psiquiatra foi após ser reprovada no vestibular e ter ficado “muito triste”. Passou a fazer compras como forma de aplacar a tristeza, mas se sentia culpada após as compras. Em um dos encontros seguintes, afirmou que seria muito difícil viver sem o companheiro de quem se separara recentemente, motivo da sua procura pelo CAPS. Em outro encontro, afirmou não conseguir ficar sozinha: “dá uma angústia, uma ansiedade”, “eu não sei ficar só comigo”.

O surgimento frequente do tema da solidão indicava um deslizamento do significante bipolar, fazendo surgir algo da particularidade de Nina. Lembramos sua fala logo na primeira entrevista de acolhimento, em que dizia buscar remédios para “baixar a *seratonina*”, em virtude do mal-estar que sentia com o fim do relacionamento amoroso. A forma como promovia um deslizamento do significante bipolar,¹⁴ inicialmente dominante em seu discurso, e seu apelo ao discurso da ciência para a resolução do seu mal-estar nos fizeram pensar em uma estrutura neurótica. Para Campos (2010), o sujeito neurótico pode demandar do Outro da ciência “uma sutura com o objeto perdido para se curar de sua frustração expressa como

¹⁴ Nina não se colava ao significante “bipolar”, como ocorreria em uma holófrase típica de uma psicose. Em nossa prática clínica, temos o exemplo de um paciente psicótico que se apresentava como “Bear Polar, urso polar”. Nesse caso o significante é encarnado no sujeito, não havendo um deslizamento metonímico, como ocorre, frequentemente, na neurose.

depressão. Na fase de hipertímia, temos um sujeito ávido e eufórico pela aquisição do objeto perdido, e se compromete em dívidas e compras” (p. 5). O significante bipolar parecia se constituir em uma aposta de construção de laço social para Nina.

Por vezes o diagnóstico médico refere o sujeito a uma comunidade, como os bipolares anônimos, na qual se supõe um sentido comum ao gozo (Mandil, 2007a). Entretanto, os sujeitos vinculados pelo gozo — que compram compulsivamente e relacionam-se sexualmente com diversos parceiros — não formam uma comunidade, pois seria justamente o gozo que separa um sujeito do outro. Apesar da constituição de uma ideia de comunidade, não há laço social estabelecido, mas o oposto: uma direção circunscrita entre o sujeito e seu objeto de gozo. Nesse sentido, essas comunidades são mais antissociais do que se possa imaginar (Brodsky, 2007).

A tentativa de reconstrução do Outro pelas comunidades da conversação e a tentativa de Nina em buscar na serotonina a resolução para seu sofrimento psíquico se constituem em apostas comuns a alguns sujeitos que buscam os serviços de Saúde Mental. No entanto, essa é uma constatação genérica, e a busca desses sujeitos só pode ser analisada caso a caso.

Lacan (1969/2008) faz referências à *aposta de Pascal*, descrita no aforismo 233 da obra *Pensamentos*, do filósofo e matemático Blaise Pascal, editada após sua morte. Para Pascal, a existência de Deus deveria ser produto de uma aposta por conta da falibilidade dos argumentos da razão diante dessa questão. Nas palavras de Guèguen (2008), comparando a epistemologia de Pascal à de Descartes,

a epistemologia de Pascal é mais complexa, pois, segundo ele, Deus está em qualquer lugar e em lugar nenhum, seu lugar não está designado. O Outro não é somente incompleto como em Descartes, e dependente de uma base suposta. O Outro de Pascal é inconsistente, em todo lugar e em lugar nenhum, ele não existe, é por isto que ele deve ser objeto de aposta. É a

aposta que faz existir o Outro e não o saber; é o ato do sujeito, sua crença. Já podemos aí perceber porque Lacan desenvolveu um interesse tão particular em Pascal à medida que começava a considerar que o Outro era não só incompleto como também inconsistente. Isto é, que não existe Outro universal. (p. 4).

Em busca de algo que preencha a ausência de referências identificatórias, Forbes (2012) destaca que “o sujeito torna-se presa fácil do discurso preguiçoso da psiquiatria contemporânea” (p. 37), que exclui a escuta desse sujeito em nome de uma classificação sumária de sofrimentos, traduzida pelo DSM. Nina nos faz pensar em uma possibilidade de inversão do caminho proposto por Forbes. O sujeito pode se constituir não em uma “presa fácil” do discurso psiquiátrico com suas cada vez mais numerosas nomeações generalizáveis, mas também se servir dele. Nesse percurso, a etiqueta médica é que poderia se constituir em “presa” do sujeito, a partir das histórias singulares que emolduram sua cola a um determinado diagnóstico. O significante “preguiçoso”, associado por Forbes ao discurso psiquiátrico, por vezes pode estar situado ao lado do sujeito.

Em sua primeira consulta psiquiátrica, foi descrita a Nina a suspeita diagnóstica de transtorno de humor, que é um grande guarda-chuva sob o qual vários diagnósticos são abrigados: transtorno bipolar, depressão, distímia, ciclotímia etc. O autodiagnóstico de transtorno bipolar adquiriu um estatuto de resposta e alívio a partir de uma nomeação vinda do coletivo, através do discurso da ciência — a bipolaridade — mas encobria o que havia de particular em sua história. Outras possibilidades de leitura da colagem de Nina ao autodiagnóstico poderiam ser construídas: o diagnóstico se constituiu também em um passaporte para a sua inserção na instituição, onde acabou desenvolvendo novos vínculos sociais e afetivos com usuários, o que lhe ofereceu certo alívio: “aqui me sinto bem, encontrei ajuda e apoio”. O autodiagnóstico representou uma desresponsabilização de Nina, que

justificava com a bipolaridade suas “loucuras”, como as compras excessivas e as relações extraconjugais. Como já descrito, a bipolaridade autodeclarada de Nina pareceu se constituir em uma forma particular de construção de laço social, embora a solução encontrada não formasse laço, lançando-a em uma condição que legitimava seu gozo.

A história de Nina torna necessária a reflexão sobre o lugar das instituições de Saúde Mental diante dos sujeitos que chegam alienados às etiquetas identificatórias. Não somente o sujeito mas a própria instituição, quando identificada a um ideal de promoção do bem estar, de uma clínica baseada em protocolos de tratamento que visam à promoção da cura, resvalam em uma armadilha que pode resultar na fixação do sujeito em seu gozo. Nas palavras de Macêdo (2011),

[...] um dos desafios que nos convoca é aquele de nos havermos com o sintoma da instituição na época em que o Outro não existe, em um regime do significante mestre que trabalha para redefinir de modo funcional e sistemático, em uma utopia utilitarista, as identidades múltiplas que constituem os sujeitos, conferindo-lhes atributos, classificando-os e segregando-os a partir de traços de identificação imaginária. O sujeito, assim classificado e segregado, encontra seu Mestre em seu gozo, fixando-se aí. Com seu gozo, consola sua angústia.

Atualmente fazendo um curso técnico profissionalizante e trabalhando em outro turno, Nina não frequenta o CAPS com a mesma intensidade do início de seu acompanhamento. Seu plano terapêutico hoje consiste em consultas semanais com o psicólogo e consultas mensais com a psiquiatra, com os quais estabeleceu um bom vínculo transferencial que possibilitou a continuidade de seu atendimento.

Por se tratar de um quadro psiquiátrico com bordas indefinidas, tomaremos o histórico do transtorno afetivo bipolar e suas classificações atuais para pensarmos na ferocidade das classificações que surgem na clínica em Saúde Mental na atualidade.

3.2 A maníaca clínica das classificações

Há hoje no CAPS 188 usuários ativos. Em um levantamento dos diagnósticos atribuídos a esses usuários, encontramos os seguintes resultados: 79 (42%) têm diagnósticos relacionados à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos ou transtornos delirantes; 78 (41,4%) têm diagnósticos relacionados aos transtornos de humor, sendo que mais da metade destes, 42 (53%), apresentam diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (22,34% do total geral); 17 (9,04%) têm diagnósticos referentes a transtornos neuróticos (Transtorno Obsessivo Compulsivo, Síndrome do Pânico); 11 (5,85%) têm retardo mental; e 3 (1,60%) apresentam transtorno de personalidade.

Não é surpresa encontrar em um serviço substitutivo ao modelo hospitalar, em que a loucura na maioria das vezes estava traduzida pela psicose, um alto número de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia. No entanto, encontrar quase o mesmo número de sujeitos diagnosticados com transtorno de humor, e metade destes com transtorno bipolar, traz à tona uma questão: o número de sujeitos com diagnóstico de transtorno bipolar teria aumentado na esteira do aumento considerável das categorias desse transtorno? Alguns autores, como Leader (2013), nomeiam esse acontecimento como uma *epidemia bipolar*.

3.2.1 Uma breve história psiquiátrica do transtorno bipolar do humor

Entre os transtornos psiquiátricos, o atual transtorno bipolar do humor é, há séculos, um dos mais descritos e estudados. Seus primeiros registros foram realizados pelo médico grego Areteu da Capadócia no final do século I a.C., que descreveu um estado de excitação psíquica marcado por irritabilidade, ideias de grandeza, expansividade e, em alguns casos, delírios. Hipócrates, no século V a.C., formulou uma teoria dos humores, segundo a qual o estado mental estaria associado a um desequilíbrio dos quatro componentes responsáveis pelo humor: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. A melancolia, do grego *Melagkolia* (mélas, aina, an ‘negro’ + kholê, ês ‘bile’), era descrita como um estado psíquico marcado por sentimentos de desânimo, tristeza, falta de sono, ansiedade e pensamentos suicidas e seria causada pela alta concentração de bile negra. A mania, do grego *Mavia* (loucura, insensatez, elã inspirador), seria provocada pelo excesso de bile amarela.

O legado da teoria dos humores foi um deslocamento da doença de um lugar de maldição divina para um lugar de padecimento biológico do corpo. A teoria dos humores permaneceu predominante até o Iluminismo europeu, quando novas categorias nosológicas foram descritas. No começo do século XVIII, a melancolia tinha dois sentidos: no senso comum, estava relacionada a tristeza, nostalgia e ideias suicidas; no conceito técnico, estava relacionada a um transtorno delirante, não sendo o rebaixamento do humor seu traço definidor. Pinel, em 1809, descreveu uma noção ampla da melancolia, marcada por delírios, que incluía a esquizofrenia. Coube a Esquirol, ainda em inícios do século XIX, a construção da ideia de que a melancolia seria uma forma distinta de transtorno mental, denominada por ele de *lypemanie* e caracterizada por inibição e declínio das funções mentais. A mudança mais significativa, no entanto, se deu com a ideia de que a *lypemanie* seria uma forma de loucura

parcial, em detrimento do conceito que até então vigorava de que se tratava de uma desestruturação global do psiquismo (Pessotti, 1999; Teixeira, 2005; Wang, 2005).

Já em fins do século XIX, de forma praticamente simultânea, Baillager, em 1850, descrevia a *loucura de dupla forma*, e J. P. Falret, em 1851, compartilhava a descoberta da *loucura circular*. Porém, tanto Baillager quanto Falret apontavam a melancolia e a mania como doenças distintas que se alternavam (Campos, 2010). Foi Emil Kraepelin, em 1899, quem categorizou a *doença maníaco-depressiva*, ao descrever a depressão e a mania como estados psíquicos complementares. O termo *melancolia* havia sido gradativamente substituído, na primeira metade do século XIX, pelo termo *depressão*, que, derivado da medicina cardiológica da época, significava uma redução da função cardiovascular (Wang, 2005). A noção kraepeliniana também trazia a ideia de que, na alternância de um quadro de depressão para um quadro de mania, os sintomas poderiam ser mesclados, criando o conceito de *estados mistos* e sugerindo a hipótese de que depressão e mania seriam muito mais complementares do que opostas.

3.2.2 A questão diagnóstica

Antes de adentrarmos as contribuições da psicanálise para o estudo da melancolia e da mania, é importante situar seu lugar diante da medicina. Ao promover a escuta de seus pacientes, Freud ultrapassa a fronteira do sintoma como uma manifestação da doença, como ocorre na medicina, para a ideia do sintoma como sinal do sujeito. A comparação da psiquiatria à psicanálise, por meio da metáfora entre anatomia e histologia realizada por Freud em *Psicanálise e psiquiatria* (1916/1996a), traduz a direção do entendimento do sintoma com

base no olhar psiquiátrico e na visão psicanalítica: “a psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células” (p. 262).

Lacan (1966/2001), na conferência proferida para médicos *O lugar da psicanálise na medicina*, caracteriza esse lugar como “marginal” e “extraterritorial”. Em suas palavras,

ela é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise — ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e de outros distintos assistentes terapêuticos. Ela é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar essa extraterritorialidade. (p. 1).

Foucault (2007) afirma que o entrelaçamento da medicina com a ciência produziu uma *soberania do olhar*. O olhar médico é dirigido ao sintoma como uma representação da doença visível no corpo. Na psiquiatria clássica, as poucas entidades clínicas existentes, com contornos poucos precisos, ofereciam um espaço para a emergência da particularidade do sujeito, pois o número reduzido de categorias deixava margem ao surgimento do sintoma que não se encaixava nos critérios. Com a psiquiatria moderna, a partir da terceira edição do DSM, cada entidade nosológica corresponde a um evento específico e, ao considerar o sintoma como algo observável, promove a exclusão do sujeito em nome da objetividade diagnóstica (Vieira, 2001).

São formados questionários para a construção de diagnósticos, com critérios a serem preenchidos a fim de favorecer a precisão diagnóstica. A técnica, traduzida por esses questionários, deixa de ser um meio para o diagnóstico para se tornar a finalidade da clínica (Galimberti, 2006). Mandil (2007a) nos traz o exemplo verídico de um chip de computador desenvolvido por uma empresa médica que, implantado sob a pele da pessoa, fornece

informações sobre o paciente em uma situação de emergência. Com ironia, o autor descreve que o chip “fala” em nome do paciente:

[...] as soluções apresentadas ao problema da identificação no mundo contemporâneo são aquelas que buscam evitar a palavra como fonte para identificação [...]. Nesse sentido, a identificação se confunde com um escaneamento (*scanning*), tal qual o exemplo de um número emanado de um chip enxertado sob a pele, e referindo a um Outro convertido em um inventário de informações. (p. 2).

Em nosso estudo, entendemos como a representação do “Outro convertido em um inventário de informações” os questionários diagnósticos que emitem uma identificação ao sujeito e que encerram uma contradição: apesar de serem preenchidos pelas respostas desses sujeitos às questões propostas pelos questionários, esses instrumentos não consideram o discurso do sujeito em sua especificidade, mas o enquadram por meio do preenchimento dos critérios que fornecerão o diagnóstico. Apesar de se apoiarem na palavra, esses questionários ganham um estatuto semelhante ao do chip descrito por Mandil: é o questionário que fala em nome do sujeito, segundo os critérios diagnósticos que o identificam.

Davies (2013) nos fornece uma ilustração involutária do quanto o “Outro inventário de interesses”, quando representado pelos critérios que constroem um diagnóstico, é barrado. Em entrevista com o Dr. Robert Spitzer, psiquiatra docente da faculdade de medicina da Universidade de Colúmbia, nos Estados Unidos, e chefe da força-tarefa que criou o DSM-III, Davies questionou qual seria a direção para o estabelecimento de cinco critérios para o diagnóstico de depressão. “Foi um consenso. Nós perguntamos a clínicos e pesquisadores ‘quantos sintomas você acha que os pacientes devem apresentar antes de você diagnosticá-lo com depressão?’, e nós encontramos um número arbitrário de cinco.” Ao ser questionado sobre o porquê de não definirem quatro ou seis critérios, por exemplo, Spitzer respondeu que “quatro nós achamos pouco, seis nos parecia muito” (Capítulo 1, seção 1, parágrafo 6).

Segundo Viera (2001), ao promover a noção de estrutura, a psicanálise desloca a questão do diagnóstico do viés imaginário — onde predominam as classificações que fixam o sujeito em um nome — para os pontos de sustentação simbólica, em busca de uma aproximação ao real. Segundo ele,

Freud parte do fenômeno, mas este não está no fundamento de sua teorização, ao menos não exclusivamente. Para destacar a estrutura que compõe o aparelho psíquico, Freud recorre à experiência do fenômeno o qual, entretanto, só pode ser aprendido através da própria estrutura. Apesar do fenômeno ser a única via de acesso à estrutura, esta lhe confere existência pela organização e pela formatação que lhe oferece. (p. 3).

Embora haja a possibilidade de variação das manifestações sintomáticas, tais variações circunscrevem-se a três estruturas clínicas — neurose, psicose e perversão —, relacionadas à maneira como o sujeito lidará com a castração. Quinet (1999) afirma que, para “que o diagnóstico não seja uma etiqueta, é necessário que ele cumpra a função de remeter à estrutura que o condiciona” (p. 10).

Ainda em sua conferência *Psicanálise e psiquiatria*, Freud (1916/1996a) descreve que, para a psiquiatria, o sintoma é um aspecto observável da doença, fundamental para a construção de um diagnóstico e de um prognóstico. Essa conduta encerra a ideia de uma generalização, já que os diagnósticos englobam uma série de pré-concepções que norteiam o prognóstico; em outras palavras, descrevem o futuro de um paciente com base nas experiências observadas com a maioria dos pacientes. Nesse sentido, a psicanálise segue um caminho oposto, conforme a singularidade de cada sujeito e não nas generalizações das experiências clínicas com outros sujeitos que compartilham de uma mesma estrutura.

A discussão em torno de uma jovem usuária em uma das reuniões técnicas realizadas no CAPS ilustra as questões trazidas até aqui. A equipe levantava dúvidas com relação ao seu

diagnóstico psiquiátrico. Após uma suposta tentativa de suicídio, em que ingeriu cerca de dez comprimidos de clonazepam¹⁵ e avisou à sua mãe do seu ato, foi levada por esta ao serviço. Apresentava um claro retraimento e desânimo. Mesmo em dias quentes de verão, costumava vestir roupas de manga longa, o que causava estranhamento na equipe. O incômodo, levado à reunião técnica, encontrou apaziguamento após o diagnóstico psiquiátrico que lhe foi atribuído: borderline. As mangas longas eram usadas para encobrir os cortes que costumava fazer em seu braço. Quando essa informação veio à tona, trouxe o diagnóstico baseado no olhar médico. Toda a história da usuária que emoldurava o ato de se autoflagelar estava descartada e substituída por outra: os cortes no braço foram determinantes para o seu diagnóstico.

A questão que nos parece fundamental nesse caso é a redução do sujeito ao lugar de objeto com base em sua classificação, que não leva em conta a sua estrutura. Grosso modo, poderíamos dizer que o sujeito com uma estrutura psicótica “apresenta” seu sintoma, ao passo que um sujeito neurótico “representa” seu sintoma. Se esses cortes não tivessem um endereçamento ao outro, produto de um delírio, por exemplo, de que um chip fora implantado em seu corpo e necessitava ser extirpado, ou se fossem endereçados ao outro, como produto de um apelo pela via do ato, nada disso estaria em questão. O que estava em questão era a objetividade da resposta que apaziguasse a angústia da equipe diante do que lhe parecia estranho — o que é curioso em se tratando do campo da Saúde Mental, território para onde muitas vezes a estranheza é varrida. Feitas essas considerações, retornemos para as contribuições da psicanálise sobre as questões relacionadas à melancolia e à mania.

¹⁵ Medicamento ansiolítico cujo nome comercial é Rivotril.

3.2.3 A melancolia e a mania: uma leitura psicanalítica

O conceito kraepeliniano de complementaridade entre os estados depressivos e maníacos encontrou alguma ressonância em Freud, seu contemporâneo, para quem “a característica mais notável da melancolia é sua tendência em se transformar em mania” (1917/2011, p. 73). Os primeiros estudos de Freud acerca da melancolia e da mania surgiram no texto *Rascunho G*, de 1895, relatando que há uma perda na vida pulsional do melancólico em que a energia do sujeito é dissipada, dada a dissociação neuronal desencadeada pela perda da excitação sexual. Na mania ocorreria o oposto: a excitação sexual provocaria a excitação neuronal. Nas palavras de Veras (1997), “podemos observar que o modelo utilizado pela neuropsiquiatria moderna é muito semelhante ao modelo inicialmente proposto por Freud” (p. 38). Embora essa semelhança seja clara, para a psiquiatria moderna, o sentido do caminho proposto por Freud seria o inverso: é o desequilíbrio dos neurotransmissores que afeta o humor.

Em *Luto e melancolia* (1917/2011), Freud propôs uma nova leitura para o processo melancolia–mania. Já nas primeiras linhas do texto, reconheceu uma imprecisão do conceito de melancolia, que é atestada pela história descrita nesta pesquisa de mudança constante das concepções acerca desse quadro psíquico: “a melancolia, cuja definição conceitual é oscilante, mesmo na psiquiatria descritiva, apresenta-se sob várias formas clínicas, e a síntese em uma unidade não parece assegurada...” (p. 45).

Foi a partir das diferenças com o luto, definido como uma “reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal, etc” (p. 47), que Freud construiu uma primeira delimitação do estado melancólico, marcado por um “desânimo profundamente doloroso, uma perda da capacidade de amar, inibição de

toda atividade e um rebaixamento da autoestima, que se expressa em autorrecriminações e autoinsultos, chegando até a expectativa delirante de punição” (p. 47). Não haveria no luto um traço marcante da melancolia: o empobrecimento do Eu. Freud reconheceu que a melancolia poderia ser também uma consequência da perda do objeto amado, mas essa perda seria da natureza de um ideal. Citou o exemplo de uma noiva abandonada, que sabe conscientemente da perda do objeto de amor (o noivo), mas não o que se perdeu com o objeto. Se no luto o mundo fica empobrecido e vazio, na melancolia é o próprio Eu que fica empobrecido. O sujeito então desenvolve delírios de inferioridade, com autoacusações e sentimentos de indignidade. Como ainda não havia desenvolvido o conceito do supereu como uma instância psíquica, Freud falou de um ego dividido, em que uma parte subjuga a outra, julgando-a severamente, objetificando-a. Essa instância foi nomeada de “consciência moral; junto com a censura da consciência e com a prova da realidade vamos contá-la entre as grandes instituições do ego” (p. 57). As violentas autorrecriminações não se refeririam ao próprio sujeito melancólico, estando dirigidas ao objeto de amor, mas acabavam por voltar-se ao próprio Eu, “queixar-se é dar queixa” (p. 59), disse Freud sobre o sujeito melancólico. Diferentemente do enlutamento, em que ocorreria o deslocamento para um novo objeto com o desfecho da elaboração do luto, o sujeito permaneceria petrificado, identificado ao objeto perdido, voltando sua libido para o próprio Eu. Segundo Freud, “assim, a perda do objeto se transformou em perda do ego e o conflito entre o ego e a pessoa amada em uma bipartição entre a crítica do ego e o ego modificado pela identificação” (p. 61). Sobre a natureza dessa identificação característica da melancolia, Freud descreveu que ela resulta da regressão a um tipo de escolha objetal narcísica, na qual o Eu canibaliza o Objeto amado incorporando-o, o que causa o retorno da libido para o próprio Eu.

Essa questão já havia sido abordada em *Introdução ao narcisismo* (1914/2010a), em que Freud distinguira dois tipos de escolha de objeto: a anaclítica, em que a criança escolhe o

objeto sexual inspirada no modelo dos pais, e a narcísica, em que a escolha está associada a uma imagem ou a um ideal de si próprio. A escolha objetal, segundo um modelo narcísico, é revestida de precariedade e, ao ser confrontada com uma frustração amorosa, por exemplo, pode regredir à etapa do narcisismo. A noção de identificação narcísica fornece as principais pistas para a compreensão da melancolia: uma parte do Eu identificada com o objeto perdido se configura na própria perda. Retornando a *Luto e melancolia*, nas palavras de Freud, “desse modo, a sombra do objeto caiu sobre o ego, que então pôde ser julgado por uma determinada instância como um objeto, como objeto abandonado” (p. 61). Nesse momento de sua construção, Freud situava a melancolia no campo das neuroses narcísicas, o que a avizinharia das psicoses e também da esquizofrenia e da paranoia (Rufino, 2010).

Como citado no início desta seção, em *Luto e melancolia*, Freud descreveu que uma das características mais marcantes da melancolia é a sua possibilidade de se transformar em mania, embora reconhecesse que esse acontecimento ainda precisasse de maiores esclarecimentos. No entanto, não se furtou a levantar as primeiras possibilidades de leitura a respeito do surgimento da mania, retornando ao tema em obras posteriores. Reunindo os estudos de outros psicanalistas sobre a virada da melancolia para a mania e suas próprias observações, Freud (1917/2011) sugeriu uma primeira reflexão:

[...] na mania o ego precisa ter superado a perda do objeto (ou luto pela perda, ou talvez o próprio objeto) e desse modo todo o montante de contrainvestimento que o doloroso sofrimento da melancolia atraía do ego para si e ligara fica agora disponível. Na medida em que, como um faminto, o maníaco sai em busca de novos investimentos de objeto, ele nos demonstra de um modo inequívoco sua libertação do objeto que o faz sofrer. (p. 77).

Freud voltaria a tratar das questões relacionadas à melancolia em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921/2011), a partir da cisão do Eu na melancolia. Ele afirmou que, em ocasiões anteriores, já havia descrito uma instância que se separa do resto do Eu e entra em conflito com este:

nós a chamamos de “ideal do Eu” e lhe atribuímos funções como auto observação, consciência moral [...] e principal influência na repressão. Gradualmente ela acolhe, das influências do meio, as exigências que este coloca ao Eu, as quais o Eu nem sempre é capaz de cumprir, de modo que o indivíduo, quando não pode estar satisfeito com seu Eu em si, poderia encontrar satisfação no ideal do Eu que se diferenciou do Eu. (pp. 67-68).

A melancolia seria, portanto, o produto de um conflito em que a culpa coincide com o Ideal do Eu e este se volta contra o Eu. No episódio maníaco, o Ideal do Eu confunde-se com o próprio Eu, promovendo o aniquilamento das censuras e o surgimento de sentimentos de grandeza e desinibição. No entanto, segundo Freud, as razões pelas quais esse acontecimento se dava não estavam claras.

Com a segunda tópica, após a descoberta da pulsão de morte, em 1920, Freud aprimorou o conceito de Supereu. Ancorado nesse novo conceito, retornou ao tema da melancolia em *O ego e o id* (1923/1996), aproximando-a da neurose obsessiva com base na observação de que ambas seriam produto dos conflitos originados por um Supereu severo e hostil diante do Eu, mas com diferenças importantes entre ambas: enquanto na melancolia o Supereu se encontra sob forte influência da pulsão de morte e, caso não ocorra a virada maníaca, poderá conduzir o Eu à morte, na neurose obsessiva, o recalque dos impulsos hostis que são exteriores ao Eu faz com que o Eu se rebele, com a consequente formação de sintomas reativos ao sentimento de culpa que o atormenta. Todavia, na melancolia, o Supereu dirige sua agressividade contra o Eu que incorpora o objeto, e não faz objeção à ferocidade do

Supereu, admitindo sua culpa e promovendo as autorrecriações características do sujeito melancólico. Essas ideias aproximam a melancolia mais do campo da neurose do que da psicose. Pouco tempo depois, no trabalho *Neurose e psicose* (1924/1996), Freud diferenciaria a melancolia da neurose e da psicose, situando-a como uma neurose narcísica:

podemos provisoriamente presumir que tem de haver também doenças que se baseiam em um conflito entre o ego e o superego. A análise nos dá o direito de supor que a melancolia é um exemplo típico desse grupo, e reservaríamos o nome de “psiconeuroses narcísicas” para distúrbios desse tipo. Tampouco colidirá com nossas impressões se encontrarmos razões para separar estados como a melancolia das outras psicoses [...]. As neuroses de transferência correspondem a um conflito entre o ego e o id; as neuroses narcísicas, a um conflito entre o ego e o superego, e as psicoses, a um conflito entre o ego e o mundo externo. (p. 89).

No artigo *O humor* (1927/1996), Freud relatou que a mudança da melancolia para a mania poderia ser produto do deslocamento de grandes quantidades de catexia de um agente do aparelho psíquico a outro. “As alterações entre melancolia e mania, entre uma cruel opressão do ego pelo superego e uma liberação do ego após essa pressão, sugerem um deslocamento de catexia deste tipo” (p. 167), afirmou ele. Ressaltou, porém, que esse processo não era exclusivo da virada da melancolia para a mania, estando presente em outros processos considerados normais da vida psíquica. Segundo Freud,

tal deslocamento, ademais, teria de ser introduzido para explicar um grande número de fenômenos que pertencem à vida mental normal. Se, até o presente, isso só foi feito em grau muito limitado, o fato se deve à nossa cautela usual, algo que só merece louvor. (p. 167).

Em *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1933/1996), Freud voltou a tratar do tema, referindo-se à severidade com qual o Supereu relaciona-se com o Eu na melancolia, recriminando-o por aspectos de um passado distante que, à época, não eram considerados importantes. Porém, a nosso ver, um aspecto importante nesse trabalho de Freud, um dos últimos a tratar do tema da melancolia, foi o seu reconhecimento da pouca clareza — apesar da vasta contribuição descrita anteriormente — acerca das causas da melancolia e da sua dificuldade em situá-la no campo da neurose ou da psicose. Embora os achados de Freud no estudo do tema relacionados à dominação do Eu pelo Supereu e aos processos relacionados à identificação narcísica sejam decisivos para o entendimento da melancolia, o enigma acerca da estrutura melancólica suscita debates até os dias atuais.

Lacan (1963/2005), cujos ensinamentos aproximaram a melancolia e a mania do campo das psicoses, fez algumas considerações sobre a mania. As construções de Lacan sobre a mania promoveram uma transformação da visão psiquiátrica que descreve o maníaco como um sujeito sem limite, para situar a falta de limites no Outro, descrito como uma espécie de ofertório inesgotável de objetos futilitários. Submetido ao imperativo do Outro que lhe exige gozar de tudo, o sujeito pode mergulhar em um estado de aceleração para responder a esse imperativo que pode ser mortífero (Veras, 2012; Campos, 2010).

Alguns autores, como Campos (2010), defendem que a bipolaridade seria um acontecimento transestrutural, presente na neurose, na psicose e na perversão. Em suas palavras,

no neurótico, o sujeito manifesta sua depressão mediante queixa profunda e reivindicação por meio de um apelo ao Outro da ciência ou da psicanálise, no qual invoca a potência redentora do Outro. [...] No perverso, o sujeito encobre com tintas depressivas sua vontade de gozo sadomasoquista. O sujeito goza ao se mostrar como vítima depressiva e incurável, produzindo

divisão no Outro. [...] Se na neurose o suicídio é um chamado, um apelo ao Outro, na psicose a autoaniquilação é precedida de um delírio de indignação em consequência da perda de vínculo com o Outro. (p. 5).

As questões trazidas até aqui ilustram o quanto as bordas do chamado transtorno bipolar do humor, na psiquiatria, são incertas. Ao mesmo tempo, o aumento de subcategorias do transtorno com o objetivo de fornecer uma maior precisão no diagnóstico parece tornar essas fronteiras ainda mais imprecisas, como veremos a seguir.

3.2.4 A epidemia bipolar

O antigo termo *psicose maníaco-depressiva* foi substituído na literatura médica atual por *transtorno bipolar*, que é dividido em subtipos (Wang, 2005):

- transtorno bipolar tipo I, com períodos de mania e elevação do humor com prejuízos nas relações sociais, com duração de dias ou semanas e períodos de depressão que podem durar de semanas a meses;
- transtorno bipolar tipo II, com períodos de hipomania, com humor elevado, porém sem prejuízos nas relações sociais;
- transtorno bipolar misto, marcado por episódios mistos, em que em um mesmo dia haveria alternância entre depressão e mania;
- transtornos ciclotímicos, marcados por alteração crônica e flutuante do humor, com diversos episódios com sintomas maníacos e sintomas depressivos que se alternariam, mas que não seriam suficientemente graves para configurar mania ou depressão.

Diversos autores, liderados pelo psiquiatra norte-americano Hagpop Akiskal, defendem a existência de um espectro bipolar, com um importante aumento do número de categorias:

- transtorno bipolar tipo I, marcado por episódios de mania plena;
- transtorno bipolar tipo I ½, depressão com mania prolongada e presença de hipomania;
- transtorno bipolar tipo II, depressão com episódios de hipomania de, no mínimo, quatro dias;
- transtorno bipolar tipo II ½, depressões recorrentes com episódios de mania com menos de quatro dias;
- transtorno bipolar tipo III, depressão com períodos de hipomania ou mania, causados pelo uso de antidepressivos;
- transtorno bipolar tipo III ½, episódios de mania ou hipomania causados pelo uso de estimulantes;
- transtorno bipolar tipo IV, depressão hipertímica caracterizada por pacientes que apresentem temperamento hipertímico de longa duração (Alcântara *et al.*, 2003).

Segundo Demétrio (2005), a noção de espectro do humor já era citada por Kraepelin, por meio da ideia de um *continuum* dos estados do humor que englobava o que hoje é denominado pela literatura médica como distímia (depressão crônica de moderada intensidade), hipertímia (elevação menos intensa e persistente do humor, uma espécie de hipomania crônica) e ciclotímia (proporção igual de períodos depressivos e hipomaníacos, alternando de modo irregular). A retomada do conceito de um espectro do humor, com o surgimento do espectro bipolar, ampliou o alcance do diagnóstico de transtorno bipolar do

humor, com um aumento da prevalência na população de 3%, que os estudos anteriores descreviam para até 23,7%. Nas palavras de Demétrio (2005),

essa classificação parte da observação clínica para a conceitualização teórica [...] a partir da observação de que pacientes que apresentam história de desadaptação, muitas mudanças de emprego, muitas mudanças de residência ou cidade, história de uso/abuso/dependência de álcool ou drogas, podem ser bipolares que apresentem flutuações do humor suficientes para alterar seu desempenho, mas insuficientemente graves para provocar a ida ao médico. (pp. 106-107).

Em outras palavras, diversos sujeitos que seriam diagnosticados como bipolares não se sabem “portadores” desse diagnóstico, o que ampliaria significativamente o número de sujeitos diagnosticados. Embora o aumento dos subtipos do transtorno bipolar seja de domínio da prática psiquiátrica, pois o diagnóstico é função médica, esse aumento serviria para ilustrar o quanto condutas descontextualizadas da história do sujeito poderiam adquirir uma natureza patológica quando são considerados critérios como “muitas mudanças de emprego, cidade”. Diante da vastidão desses critérios, que enquadraria o sujeito em determinado subtipo de transtorno bipolar, não seria difícil encontrar, na história pessoal de sujeitos submetidos a anamnese, algum episódio que se relacione a um desses critérios.

Entretanto, a noção de espectro bipolar, chamada de “abordagem dimensional” pelos investigadores do transtorno bipolar, é alvo de críticas e está distante de ser um consenso entre os pesquisadores. Nas palavras de Demétrio (2005), “a abordagem dimensional prescinde de categorias impostas pelos critérios operacionais. Nesse sentido, dificulta a comunicação entre as pessoas, pela diminuição da confiabilidade do diagnóstico” (p. 107). O autor acrescenta: “o conceito de espectro bipolar vem se ampliando graças a um acúmulo de informações epidemiológicas e clínicas, e cada pesquisador o define de maneira própria”

(p. 109). Essa noção encerra um paradoxo ao descrever uma imprecisão na avaliação do paciente, pois leva em consideração a subjetividade do avaliador, e não do paciente, promovendo dúvidas em relação à objetividade e precisão do diagnóstico.

De acordo com Lara (2009, p. 22), “o foco para entender o grupo de pessoas do chamado ‘espectro bipolar’ são os temperamentos ‘fortes’, compatíveis com os padrões hipertímico, ciclotímico, ou com o temperamento de intensa busca por novidades”. Sobre “a intensa busca por novidades”, o autor reitera que, para os sujeitos com essa característica, “suas maiores qualidades são a exploração e a descoberta [...], e o grande valor é a liberdade” (p. 17). Embora considere que essas características podem ser adaptativas ou desadaptativas, “dependendo da situação e do ambiente” (p. 19), encontramos aqui uma contradição típica dos “tempos hipermodernos”, denominação criada pelo filósofo Gilles Lipovestky (2004), para quem vivemos em um tempo marcado pela cultura do excesso e pelo elogio da moderação. Em entrevista a um jornal brasileiro, em março de 2004, esse autor afirmou: “é preciso ser mais moderno que o moderno, mais jovem que o jovem, estar mais na moda que a própria moda [...]. Por outro lado, valorizam-se a saúde, a prevenção, o equilíbrio [...]” (Peres, 2004).

Em outras palavras, a “intensa busca por novidades” seria uma marca da contemporaneidade — cultura do excesso — mas também um critério para um diagnóstico psiquiátrico — elogio da moderação. Sabemos que um diagnóstico feito por um profissional médico não pode ser baseado em um único critério. Por outro lado, dois aspectos importantes precisam ser levados em consideração: a singularidade do caso e as características da cultura em que vivemos. Neste estudo, já discutimos a relevância em considerar a história do sujeito na construção do diagnóstico. Os aspectos culturais, característicos do laço social da época, sobre os quais a “intensa busca por novidades” nos fornece pistas, encontra espaço no próprio trabalho de Lara (2009):

talvez não seja descabido dizer que a maioria das transformações das últimas décadas, principalmente na sociedade ocidental, manifesta o tom bipolar ou de intensa busca por novidades: velocidade, precocidade, abusos (de drogas inclusive), violência, ambição desmedida pela fama e pelo sucesso, narcisismo [...], pressa, impaciência, esportes radicais, lutas agressivas (como o jiu-jitsu e vale-tudo), competitividade, relacionamentos efêmeros, versatilidade, mulheres cada vez mais ativas e competitivas [...] e todas as formas de preservar e recuperar a juventude. (p. 153).

Em uma época maníaca, é no impasse instaurado entre o que é característico do espírito do tempo e o que se apresenta como manifestação patológica do sujeito que parecem residir as fronteiras imprecisas entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico. Veras (2010) afirma que “a ironia é que a mania é detectada pelos dispositivos de Saúde Mental apenas quando o sujeito leva ao paroxismo a cartilha dos ideais contemporâneos. Com efeito, o maníaco se exaure nos ideais da hipermodernidade, ou seja, muito de tudo” (p. 178).

Leader (2013) descreve que a banalização da bipolaridade alcançou efeitos para além dos consultórios psiquiátricos e serviços de Saúde Mental, com a incorporação do discurso sobre os benefícios de um certo grau de mania na vida contemporânea. A confiança, a aceleração e a disposição psíquica que caracterizam o início das fases maníacas coadunam-se com o apelo à produtividade, à realização profissional e ao intenso compromisso demandado pela vida corporativa. Segundo o autor, a quebra das patentes dos antidepressivos na década de 1990 transformou a bipolaridade no foco dos investimentos e do marketing da indústria farmacêutica. Na mesma época, surgiram sites com o objetivo de promover o autodiagnóstico em poucos minutos, e jornais e revistas passaram a publicar suplementos sobre o transtorno

bipolar. Se a década de 1980 foi marcada pela depressão, “agora a bipolaridade tornou-se a etiqueta para designar o sofrimento de uma nova geração” (p. 4).

As etiquetas que definem “o sofrimento de uma geração”, ao nomear o sofrimento também nomeiam a cura, que passa inevitavelmente pela medicalização do mal-estar. Aqui é importante a ressalva de que, na prática clínica em Saúde Mental, a medicação é uma importante aliada no tratamento. Porém, o que também está em jogo ao oferecer etiquetas como “geração bipolar”, “geração borderline” e “geração prozac”, para além da medicação, é a oferta de identificações. Como já vimos anteriormente, em uma época marcada pela inexistência do Outro, os nomes advindos da ciência e da mídia se reproduzem ferozmente. E quando esse nome (bipolar, borderline etc.) vem encarnado por um ídolo midiático, a oferta para identificações históricas é sempre uma possibilidade, tal como ocorreu com as moças do internato descritas por Freud (1921/2011), que tinham “algo em comum” (p. 65). Nesse sentido, a epidemia bipolar descrita por Leader (2013), quando abordada à luz dos sujeitos identificados com as etiquetas que nomeiam seu sofrimento, ganha uma roupagem de epidemia histórica. Brodsky (2007) relata que a epidemia histórica se situa no vácuo deixado pela nomeação que viria do Outro. “Ela — a epidemia histórica — tem a identificação como seu lugar” (p. 63).

Há hoje no CAPS onde se deu este estudo 752 sujeitos cadastrados. Há, portanto, 752 trajetórias e histórias pessoais singulares. Para cada uma, existe um diagnóstico, e este, ao contrário das histórias pessoais, se repete. Por mais importante que o diagnóstico seja como ferramenta médica na prescrição da medicação e estabilização dos sintomas psiquiátricos, sempre há algo que escapa ao nome designado para descrever o sofrimento. A história de Dona Laura, a seguir, traz uma reflexão sobre um dos acontecimentos percebidos nos serviços de Saúde Mental, a alienação à instituição.

3.3 Dona Laura, a usuária

Dona Laura é acompanhada no CAPS desde os primeiros anos de sua fundação. Em uma reviravolta comum nos serviços públicos no país, a técnica responsável por uma das oficinas de artes¹⁶ foi afastada da instituição após ter seu contrato de trabalho¹⁷ rescindido. Em seu lugar, por indicação da equipe e dos usuários, Dona Laura assumiu a condução da oficina até que um novo profissional fosse encaminhado pela Secretaria de Saúde do município. Os anos de frequência ininterrupta àquela atividade e a boa relação que estabelecia com os demais usuários, além das suas habilidades manuais, a credenciavam a essa tarefa com a supervisão de uma técnica da equipe. Por aproximadamente cinco meses, até a chegada de uma nova oficineira, a atividade foi conduzida por Dona Laura. Em uma assembleia ocorrida poucos meses após a chegada da nova técnica, por sugestão dos usuários e de alguns membros da equipe, a porta de entrada do espaço onde ocorre a oficina recebeu uma placa com os seguintes dizeres: “Espaço Dona Laura”. Entretanto, o início do acompanhamento de Dona Laura no CAPS se deu de forma distinta da que culminou com uma placa em sua homenagem.

Em agosto de 2008, Dona Laura esteve no CAPS encaminhada pelo médico oncologista de seu companheiro, que falecera dois meses antes, vítima de um câncer de próstata. Após o falecimento, Dona Laura passou a ter ideias frequentes de morte, falta de apetite e choro constante. A relação com o parceiro durara 23 anos e era definida por ela como “muito feliz”, “vivíamos um para o outro”. Segundo seu relato, até aquele momento, não havia histórico de sofrimento psíquico em sua vida que justificasse a busca por

¹⁶ Oficina de artesanato, pintura e costura. Essas oficinas são conduzidas pelos técnicos denominados oficineiros, profissionais de nível médio e de qualquer formação, não necessariamente ligada à arte, que prestam concurso para essa função.

¹⁷ No início da implantação dos CAPS, alguns funcionários foram contratados pela Secretaria de Saúde do município, sem concurso público, em virtude da necessidade de cumprir os compromissos firmados pelo Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), descritos no capítulo 2 deste estudo. Com a posterior realização do concurso público, esses funcionários foram demitidos.

atendimento em um serviço de Saúde Mental. Segundo Dona Laura, o médico que acompanhava seu companheiro havia dito que ela estava com depressão, e por esse motivo procurou o CAPS.

O plano terapêutico inicial incluía a vinda diária ao CAPS para participar de grupos e oficinas, além de atendimento psiquiátrico e psicológico. Apesar da frequência diária, Dona Laura não conversava com os demais usuários, limitando-se a cumprimentos breves. Passava a maior parte do tempo na oficina de criação e construção, confeccionando artesanato, em silêncio. A única pessoa com quem conversava era uma técnica de enfermagem. Uma conduta se repetia diariamente: na hora do almoço, evitava sentar à mesa com os demais usuários. Esperava todos acabarem de almoçar, para só então fazer sua refeição. Em seguida, chorava e se alimentava muito pouco. Relatou à técnica de enfermagem que fazia todas as refeições com o companheiro. O almoço era um exercício diário das lembranças do companheiro falecido. Foi então que, em um acordo entre as duas, resultado da discussão do caso na reunião técnica, passou a almoçar na companhia da técnica de enfermagem. De forma gradual, com a intermediação da técnica, começou a se integrar e a se relacionar com os demais técnicos da equipe e com os usuários.

3.3.1 Clínica, política e institucionalização

Para a equipe, tornava-se claro que Dona Laura chegara à instituição em pleno processo de luto. Com o tempo, passou a participar ativamente das atividades ligadas ao CAPS. A instituição passou a ser o seu principal lugar de interação social. A placa em sua homenagem foi uma espécie de marco no percurso de elaboração de seu luto. Mas essa placa

revelava também a ambivalência da história de Dona Laura: por uma via, a melhora de seu quadro psíquico; por outra, a institucionalização que, por vezes, pode ocorrer após a entrada do sujeito na instituição.

Em uma das reuniões técnicas, a pauta foi a alta de alguns usuários, entre os quais estava Dona Laura. No entanto, a reação de Dona Laura, ao saber da possibilidade de sua alta, foi de comoção. Ela alegou não saber o que fazer caso saísse do CAPS: “minha vida é aqui”. Assim como Dona Laura, diversos usuários acabam por desenvolver uma relação de dependência do serviço, embora a natureza dessa relação só possa ser analisada individualmente, de acordo com a função que a instituição exerce em cada caso. Esse tema é frequente objeto de discussão nas reuniões técnicas. Se o CAPS é um dispositivo alternativo ao modelo hospitalar, que apresentava a institucionalização como uma de suas marcas, a presença de usuários institucionalizados demanda reflexões.

A lei que implantou a Reforma Psiquiátrica não deixa claro como seria o processo de transição do hospital aos serviços substitutivos, lacuna já problematizada por muitos autores por meio do conceito de desinstitucionalização. Amarante (2003) associa esse conceito à racionalização e otimização de recursos desospitalização, com o objetivo de oferecer assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico em relação com suas condições concretas de vida. Em muitos casos, tais condições englobam questões sociais, como falta de moradia ou de recursos financeiros para prover necessidades básicas, como alimentação, além da perda de vínculos familiares. No hospital, muitas vezes esses eram fatores decisivos para a institucionalização do paciente. Nos serviços substitutivos, essas questões não deixaram de existir.

O processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos está em andamento no país. No entanto, o percurso da desinstitucionalização da loucura, devido à sua complexidade, não pode ser medido em números. O grande número de leitos hospitalares fechados não implica

necessariamente desinstitucionalização. No modelo hospitalar, o objeto era a doença; no modelo substitutivo, o desafio é o acolhimento ao sujeito em sofrimento psíquico, segundo sua singularidade. Nesse processo, foram criados serviços com base nesse novo paradigma, para além da exclusividade do discurso médico acerca do sofrimento psíquico, com o objetivo de lidar com o sujeito que antes se encontrava em uma condição de objeto — esta, por sua vez, acabava por reduzi-lo ao seu sintoma médico, à etiqueta que o identificava e que marcava sua trajetória de vida.

A desinstitucionalização coincide com a reconstrução da ideia de sujeito que as antigas instituições haviam simplificado. Porém, se as antigas instituições são demolidas, as novas devem estar à altura do sujeito que se encontra em estado de sofrimento psíquico. Esse estado de coisas estaria na gênese de uma instituição inventada, não pré-definida (Rotelli, 2003).

Essa mudança de paradigma encontra em sua possibilidade (ou tentativa) de materialização a construção dos serviços substitutivos em Saúde Mental: Residências Terapêuticas, serviços ambulatoriais, hospitais-dia ou hospitais-noite e centros de atenção psicossocial, os CAPS. A tendência e os riscos de cair em novas práticas paradoxalmente reinstitucionalizadoras está associada à possibilidade ou às hipóteses de as equipes técnicas estarem irremediavelmente contaminadas pela burocratização da assistência. Nesse cenário, em outras palavras, é possível escapar da cronificação das práticas e dos métodos institucionalizantes que espreitam as equipes de assistência? Sobre os riscos da cronificação da burocratização da assistência e, conseqüentemente, da reinstitucionalização, Lancetti (2008) afirma:

na prática, pude observar que qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronificar-se. Criam-se coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo o psiquiatra. (pp. 46-47).

Cruz e Fernandes (2012) questionam se as oficinas e os grupos terapêuticos estão oferecendo aos usuários somente um espaço de fala, reiterando a necessidade de dar um destino a essas falas, que trazem algo da singularidade do sujeito. Se isso não ocorre, há o risco de a dimensão política da reforma prevalecer sobre a dimensão clínica, “significando dar voz sem escuta” (p. 97).

Amarante (2007) descreve que, para além da desospitalização, cabe aos serviços substitutivos criar possibilidades concretas de sociabilidade ao sujeito, em detrimento somente do fornecimento e da administração de psicofármacos. Lipovetsky (2005) define como uma das características da contemporaneidade o apelo à autonomia por meio da constituição de grupos que reivindicam um lugar social próprio, construindo movimentos que almejam o direito à cidadania e ao reconhecimento social em busca da convivência comum, contra a segregação ou discriminação das minorias. Aqui entramos na dimensão política da Reforma Psiquiátrica, em que o resgate da cidadania dos usuários dos serviços substitutivos se faz prioridade. Parece-nos que o equívoco em dissociar a dimensão clínica da dimensão política, traduzida por falas como “recuperar a cidadania” ou “fazer valer os direitos do louco”, se situa na manutenção do lugar do sujeito: se antes era objeto do discurso médico, agora se transforma em objeto do discurso da Reforma Psiquiátrica. Para que os importantes objetivos da dimensão política sejam atingidos, a dimensão clínica se faz premente, pois possibilitaria fazer surgir o sujeito, deslocando-o de um lugar tão somente de objeto de um discurso político. O objetivo é “recuperar a cidadania”, oferecer visibilidade social ao sujeito.

O Dia do Orgulho Louco¹⁸ poderia ser considerado um evento exemplar dessa condição. Uma vez por ano, usuários, familiares e técnicos de serviços de Saúde Mental reúnem-se para transmitir uma mensagem de aceitação e integração, pela sociedade, do sujeito em sofrimento psíquico. Para além das boas intenções que o evento encerra,

¹⁸ Evento organizado na cidade de Salvador pelo Movimento da Luta Antimanicomial em associação com entidades de classe.

oferecendo espaço para dar voz àqueles que, por séculos, só emitiram ruídos, a configuração do evento revela um caráter institucionalizador: todos os CAPS representados — por técnicos, usuários e familiares — adotam uma camiseta, uma espécie de farda, com o objetivo de distinguir-se uns dos outros. Levando-se em conta o nome do evento — Dia do Orgulho Louco — e a uniformização da loucura, traduzida no corpo dos participantes pelas fardas das instituições participantes, as contradições da mensagem que se pretende transmitir se tornam evidentes. Se os chamados sintomas extrapiramidais, as acatisias, os maneirismos¹⁹ foram, por décadas, a tradução da apropriação do corpo do louco pelo saber psiquiátrico, no Dia do Orgulho Louco, cada uniforme de cada unidade do CAPS ostenta uma nova forma de institucionalização.

O paradoxo em estado bruto, pela natureza irreconciliável do diálogo entre a loucura e o enquadramento, entre a farda e a desinstitucionalização, instala-se em eventos como esse. O elogio à diferença é o aspecto da mensagem que se pretende transmitir. Porém, ao emití-la nos moldes do evento, corre-se o risco de transformar a diferença em um estatuto, com data, hora e local agendados para acontecer como um fenômeno pontual que desaparecerá do campo de visão social no dia seguinte. Laia (2003) descreve que os movimentos antipsiquiátricos por vezes “se impõem como um verdadeiro enxame de significantes-mestres, de palavras-de-ordem, na própria desordem de nossos tempos” (p. 3). Dessa forma, podem reproduzir, com base nesse “enxame de significantes-mestres, palavras de ordem” — *orgulho louco, cidadania, igualdade* — a mesma lógica de classificação, controle e enquadramento atribuídos à psiquiatria e contra os quais os movimentos antipsiquiátricos se insurgiram. Uma usuária bastante participativa no cotidiano da CAPS respondeu da seguinte forma quando

¹⁹ Sintomas extrapiramidais são desencadeados pelos efeitos colaterais dos medicamentos. Acatisia refere-se a uma inquietação psicomotora, um desejo incontrolável de movimentar-se e uma sensação interna de tensão. Maneirismos são caracterizados por gestos artificiais ou por linguagem e escrita rebuscada, com uso de preciosismos verbais, termos floreados estilísticos e caligráficos etc.

questionada sobre sua negativa em participar do evento: “quem é louco de ter orgulho de ser louco?”

Priorizar a dimensão política da Reforma Psiquiátrica seria cair na vala comum das identificações coletivas: a cidadania, o orgulho da loucura. A dimensão clínica segue na contramão desse percurso, a partir da lógica da transferência, do um a um, em detrimento da lógica do coletivo, de todos por uma causa, que por vezes demarca a dimensão política da reforma.

3.3.2 A placa em homenagem a Dona Laura: dois aspectos da torção entre o sujeito e a instituição

Pôr em cena a transferência nos serviços de Saúde Mental se constitui em um desafio às equipes. Veras (2010) afirma que “a transferência impõe um problema à saúde mental. Ela não pode ser imposta, e desse modo inclui a contingência, ou seja, a imprevisibilidade de um encontro que o gestor público pode facilitar, mas nunca calcular exatamente suas coordenadas” (p. 92). A ideia de estabelecer um técnico de referência para cada usuário, já nas primeiras entrevistas de acolhimento, parece-nos uma tentativa de incluir a transferência no chamado Plano Terapêutico Singular; na prática, porém, resvala na imprevisibilidade e contingência que emolduram o estabelecimento da relação transferencial, pois a transferência não pode ser criada. Nas palavras de Freud (1905/1996), “o tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica” (p. 112). O Plano Terapêutico Singular, quando produto de um ideal institucional rígido em que o técnico de referência é estabelecido nas primeiras entrevistas, não abarca a

contingência e a imprevisibilidade. Em outras palavras, a instituição acaba por determinar o que é da ordem do indeterminável: o estabelecimento da relação transferencial entre o usuário e seu técnico de referência nas entrevistas iniciais, o que pode ocorrer como exceção, não como regra. Em muitos casos, os usuários desenvolvem relações transferenciais com profissionais que não são seus técnicos de referência.

Freud (1912/2010), no seu texto *A dinâmica da transferência*, descreveu a transferência como “um tema quase inesgotável” (p. 134). Um estudo sobre o conceito demandaria um trabalho exclusivo com esse objetivo, mas, diante da sua importância para a clínica, propomos um breve histórico desse tema, que foi revisitado por Freud em toda a sua obra.

Em um período embrionário do conceito, em *Estudos sobre a histeria* (1895/1974), Freud relatou que o relacionamento pessoal do médico com o paciente seria uma condição importante para o tratamento: “Parece, na realidade, que uma tal influência por parte do médico é um *sine qua non* para a solução do problema” (p. 322). Todavia, essa influência pessoal do médico não se constituía no que seria mais tarde conceituado como transferência. O termo surgiria novamente em *A interpretação dos sonhos* (1900/1996) para descrever o deslocamento das representações psíquicas do sujeito da chamada instância pré-consciente para a instância consciente: “Aí temos o fato da “transferência”, que fornece uma explicação para inúmeros fenômenos notáveis na vida anímica dos neuróticos” (pp. 591-592).

Nesses dois primeiros trabalhos, *Estudos sobre a histeria* e *A interpretação dos sonhos*, a noção de transferência ainda não traduzia o conceito essencial para a relação analítica, que só ganharia a primeira forma em *Fragmentos da análise em um caso de histeria* (1905/1996), quando Freud falou em *transferências*. No estudo do caso Dora, ele constatou que o analista, de fato, desempenha um papel na transferência do analisando. Em razão de o

analista ter resistido em ocupar o lugar de objeto dos impulsos amorosos de Dora, esta desenvolveu uma transferência negativa em relação a ele. Nas palavras de Freud (1905/1996),

o que são as transferências? São reedições, reproduções de moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. (p. 111).

No primeiro texto dedicado exclusivamente ao tema, *A dinâmica da transferência*, Freud (1912/2010) falou em “um clichê (ou vários)” (p. 135) como uma metáfora para tratar da tendência à repetição nas relações amorosas. Pela associação entre a “disposição inata e de influências experimentadas na infância” (p. 134), a pessoa apresentaria um modo singular de condução de sua vida amorosa que se repetiria, mas que não seria totalmente imutável. No encontro com o paciente, o analista não escaparia desse clichê. Nas palavras de Freud (1912/2010),

é perfeitamente normal e compreensível, portanto, que o investimento libidinal de uma pessoa [...] se volte para a pessoa do médico. Conforme nossa premissa, tal investimento se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão ou, como podemos também dizer, ele incluirá o médico numa das séries que o doente formou até então [...]. As peculiaridades da transferência para o médico [...] tornam-se inteligíveis pela consideração de [que] não só as expectativas conscientes, mas também as retidas ou inconscientes produziram essa transferência. (p. 136).

Nesse trabalho, Freud ainda distinguiu a transferência negativa da transferência positiva, além das transferências mistas, originadas por sentimentos ambivalentes da criança

com relação aos pais. Destacou também a característica ambígua da transferência: por um lado, é a condição para o sucesso da análise; por outro, aparece como “a mais forte resistência ao tratamento” (p. 137), ao descrever que as associações livres podem ser interrompidas quando o paciente se “acha sob o domínio de um pensamento ligado à pessoa do médico ou a algo que lhe diz respeito (p. 137). O manejo da transferência permitiria situar a resistência em níveis que possibilitariam a continuidade do processo analítico.

Outro aspecto fundamental descrito nesse texto lançou luz sobre a questão do lugar institucionalizado que o sujeito pode ocupar quando é descartada a dimensão clínica da Reforma Psiquiátrica, que inclui o manejo da transferência, em detrimento da dimensão política pura com suas causas coletivas, que já abordamos neste estudo. Freud descreveu que a transferência pode ocorrer de forma igualmente intensa em outros contextos que não somente o da relação analítica. “Em instituições onde os doentes de nervos são tratados não analiticamente, observam-se as maiores intensidades e as mais indignas formas de uma transferência que beira a servidão [...]” (p. 137).

Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914/2010c), a repetição presente na transferência foi descrita como uma resistência ao trabalho da análise. O paciente reproduz o que foi recalçado não como uma lembrança, mas como um ato, sem ter consciência dessa ação. Ao não falar e agir, resiste à livre associação, condição fundamental da análise. Freud nos forneceu o exemplo de um analisando que dizia não se recordar de ter sido rebelde à autoridade dos pais, mas se comportava com rebeldia diante do analista ao ser comunicado da regra fundamental da psicanálise, a associação livre, ficando em silêncio ao afirmar que nada lhe ocorria para ser falado. Esse ato foi descrito por Freud como uma resistência ao trabalho de análise e adquiriu um caráter de repetição: “enquanto ele [o analisando] permanecer em tratamento, não se livrará desta compulsão à repetição; por fim compreendemos que esse é seu modo de recordar [...]. Quanto maior a resistência, tanto mais o recordar será substituído

pelo atuar (repetir) (p. 201). Freud descreveu que o paciente repetia, ou atuava, avançando das fontes do recalco para a personalidade manifesta: inibições, traços patológicos, atitudes. Com base nessas constatações, desenvolveu o conceito de neurose de transferência, uma neurose artificial, constituída na situação analítica:

assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua uma transição de uma para outra. O novo estado assumiu todas as características da doença, mas representa uma enfermidade artificial, em toda parte acessível à nossa interferência. Ao mesmo tempo é uma parcela da vida real, tornada possível por condições particularmente favoráveis, porém, e tendo uma natureza provisória. (p. 206).

Com o manejo da transferência, o paciente poderia se dar conta da sua atuação e, assim, elaborar as questões que determinam sua resistência. Freud afirmou a necessidade de considerar o tempo para que o paciente se dê conta dessas questões, não deixando de salientar que essa é uma “tarefa penosa para o analisando e uma prova de paciência para o médico” (p. 209). Além disso, admitiu que essa prova tem maior efeito sobre o paciente, distinguindo a técnica psicanalítica das outras abordagens.

Em *Observações sobre o amor de transferência* (1914/2010b), foram abordadas as dificuldades técnicas originárias do manejo da transferência positiva. No comunicado *Transferência* (1916/1996b), Freud iniciou sua fala destacando a importância da transferência para a análise:

ademais, este é um assunto que não posso ocultar dos senhores, pois aquilo que aprenderem com relação a ele capacitará a conhecer um fato novo, cuja ausência faria com que a compreensão dos senhores acerca das doenças por nós investigadas permanecesse muito incompleta. (p. 433).

E acrescentou mais adiante: “devo começar por esclarecer que uma transferência está presente no paciente desde o começo do tratamento e, por algum tempo, é o mais poderoso móvel de seu processo” (p. 444).

A transferência foi o ponto de partida que possibilitou o atendimento de Dona Laura, por meio da relação estabelecida com uma técnica de enfermagem do CAPS — que não era sua técnica de referência — nos almoços diários na instituição. Iniciar o acompanhamento nos almoços compartilhados entre ambas é algo que não pode ser agendado, nem reproduzido como método. É algo contingencial. Era durante esses almoços que Dona Laura conseguia falar com a técnica sobre a perda do seu companheiro, sobre o quanto se sentia só desde então. Aqui estamos diante de algo singular na clínica: a despeito da oferta de uma grade de atividades à sua escolha, a vinculação de Dona Laura ao serviço se deu de um modo particular. Dona Laura fazia o que Laia (2003) descreve como “um uso singular da montagem institucional” (p. 5).

O modo como o usuário se vincula ao acompanhamento na instituição é imprevisível. No CAPS onde se deu este estudo, um usuário vinculou-se por meio da oficina de arte, pintando quadros com frequência e utilizando o espaço da instituição como uma espécie de ateliê, onde guarda seu material e confecciona suas obras. Outra usuária frequentava a instituição inicialmente para ter acesso à alimentação. Era enquanto esperava as refeições, na recepção do serviço, que as abordagens da equipe eram realizadas. Outro usuário frequentava o CAPS para jogar dominó com os demais e com um técnico, momento em que eram agendadas as suas consultas psiquiátricas e onde falava com regularidade da perseguição de um vizinho. Uma usuária colocava-se no papel de secretária de um técnico, levando-lhe cafezinhos e fichas de admissão de novos usuários. Era com esse técnico que falava sobre a angústia que sentia com as vozes que escutava. Os exemplos dos usos singulares da

montagem institucional são inúmeros. Poderíamos dizer que, em um serviço do tipo CAPS, há um modo de estar na instituição para cada usuário.

Di Ciaccia (1999) relata que uma instituição precisa estar sempre em uma posição de abertura às contingências, por meio da convocação à não repetição, à surpresa e à singularidade. Três eixos norteariam essa condição. No primeiro, nas reuniões clínicas, o saber da equipe será substituído por uma interrogação, diante da qual o paciente é convocado a responder por meio da relação transferencial com um dos membros da equipe técnica; no segundo, a transferência poderá ser desdobrada, com cada membro da equipe podendo intervir de maneira contingencial, no aqui e agora, fundamental no cotidiano de uma instituição da natureza de um CAPS, e cujas consequências só poderão advir *a posteriori*, podendo surpreender tanto o técnico quanto o paciente; o terceiro eixo diz respeito à referência teórica e clínica, não se tratando necessariamente de toda a equipe ser referenciada pela psicanálise, mas de não perder de vista a referência teórica e clínica no momento da intervenção.

Dona Laura passou a frequentar a oficina de artes por sua escolha, continuando nela por bastante tempo ao ponto de ter o espaço onde ocorre a oficina batizado com seu nome, como já descrito antes. Esse caso lembra a leitura feita por Macêdo (2011) do trabalho *Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição*, de Eric Laurent, sobre a questão “o que existe entre o sujeito e a instituição?” A resposta seria uma torção que revela dois aspectos.

O primeiro aspecto diz respeito ao sintoma como consequência do funcionamento institucional. Nesse sentido, é preciso atenção para não tornar a psicanálise um discurso a mais no funcionamento da instituição, por meio da prática de uma psicoterapia institucional cujo risco seria fixar o sujeito em seu gozo, em nome do seu apaziguamento psíquico e da manutenção da ordem. Essa condução resultaria em um “tampão na falha do Outro” (p. 5). No segundo aspecto, a instituição é descrita como “uma comunidade de vida, somatório de

indivíduos que puseram um único e mesmo objeto no lugar de seu ideal de eu e, conseqüentemente, em seu eu, identificaram-se uns com os outros” (p. 5).

O ato de homenagear Dona Laura com uma placa nos apresenta os dois aspectos da torção proposta por Laurent. No primeiro aspecto, indica a presença do ideal institucional que, com a melhora do sofrimento psíquico do usuário (neste caso, Dona Laura), transmite a ideia de eficácia da instituição. No segundo aspecto, indica o passaporte do usuário à “comunidade de vida” (o CAPS), por meio da sua identificação com a instituição.

Dona Laura hoje frequenta diariamente a instituição. Seu caso nos ensina que a desospitalização não é sinônimo de desinstitucionalização e que a alienação do sujeito à instituição é sempre uma possibilidade que deve ser analisada caso a caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já descrito em algumas passagens deste trabalho, o desejo de estudar as questões relacionadas ao problema de pesquisa nasceu da minha prática clínica em um CAPS da cidade de Salvador. Durante o estudo, mais especificamente nos últimos meses, quando precisei relê-lo para dar-lhe uma forma de dissertação, fui me dando conta de que havia no texto um forte teor de resistência ao discurso psiquiátrico. Indo um pouco além, embora só me fosse possível admiti-lo após a análise dos fragmentos do caso Nina, havia antes do início do trabalho uma ideia pré-concebida de que os diagnósticos psiquiátricos, que primeiramente proliferaram dentro da própria psiquiatria, com o aumento vertiginoso do número de patologias, e que proliferaram nos discursos das pessoas que buscam os serviços de Saúde Mental, “capturavam” os sujeitos. A fala de um autor, já citada anteriormente, de que o “sujeito torna-se presa fácil do discurso preguiçoso da psiquiatria contemporânea” parecia se constituir em uma hipótese, não admitida inicialmente, a ser comprovada. A própria ideia de uma hipótese, em um estudo orientado pela psicanálise, já encerra uma contradição. Esse impasse foi levado à minha análise pessoal, e o que se tornou saber é que, ao escrevermos, sempre escrevemos contra algo. Mas, em primeira instância, escrevemos contra nós mesmos. Ficava claro, relendo o trabalho, um incômodo tom de militância, contra o qual tentei me insurgir nos últimos momentos da revisão do texto. Não era possível, pois não há como escapar do que há de sintomático de um autor em sua produção. Ao denunciar a relação dos sujeitos com o Outro da ciência que os “captura” como seus nomes coletivizadores, acabamos por dizer algo da nossa relação com o Outro.

Em um momento do trabalho, foi citada a vocação da psicanálise em promover a instabilidade dos discursos preestabelecidos. Concordo com essa afirmação, pois o primeiro

discurso a sofrer um abalo foi o meu. Nina e a leitura de sua história a partir da psicanálise possibilitaram a descoberta de um segundo sentido na via até então pensada por mim como de mão única, entre o sujeito e a etiqueta com a qual ele se identifica. Se há usos da colagem dos sujeitos ao diagnóstico por parte da indústria farmacêutica, da própria psiquiatria, com questionários que lhe conferem um estatuto científico e assim a aproximam das outras áreas médicas, Nina nos ensina que há usos também por parte do sujeito. A desresponsabilização por seus atos e a legitimação de seu gozo que a adesão à etiqueta proporcionava indicam que o significante “preguiça” também pode estar situado ao lado do sujeito, não somente do atual discurso psiquiátrico.

O caso de Nina, assim como o de Dona Laura, também dizem respeito à relação da psicanálise com a universidade, sobretudo com a pesquisa na universidade. Para muitos, essa relação sequer deveria existir. Ou, se existe, não é possível à psicanálise fazer concessões ao discurso da universidade. Nina nos mostra que fazer concessões ao discurso da psicanálise é possível e impossível. É possível porque não há como negar a construção de algum saber a partir de seu caso. É impossível porque esse saber não pode ser replicado. A função do nome comum para todos, no caso de Nina, só se aplica a ela, e em cada caso a função desse nome comum será singular. Nesse sentido, a elevação da singularidade a um estatuto, que a história de Nina e também a de Dona Laura nos trazem, parece ser uma contribuição deste trabalho que, ironicamente, necessita de novos estudos — não para testarem a sua replicabilidade, mas para indicarem sua singularidade, além dos estudos que daí possam surgir.

As pesquisas realizadas nas universidades levantam, ainda, uma questão sintomática da contemporaneidade: a inexistência do Outro. Miller e Laurent (2005) descrevem que a construção de comitês de ética é uma tentativa de moderação da relação com o Outro inexistente. Na universidade, esses comitês adquirem uma espécie de poder que encerra, em uma analogia com os poderes políticos, as funções de legislação (com seus inúmeros

documentos solicitados, que devem ser apresentados segundo modelos preestabelecidos), julgamento (somente após a apresentação desses papéis a pesquisa é avaliada como possível, ou não) e execução (somente após cumprir as etapas iniciais a pesquisa pode ser realizada).

Para Miller e Laurent (2005), os comitês apresentam poderes, com base em um ceticismo prévio, para avaliarem o “verdadeiro, o bom, o belo [...], o valor exato do dito, das palavras e das coisas, do real” (p. 10). Entretanto, ao avaliar as pesquisas nas universidades tentando definir referenciais que norteariam todas as pesquisas, os comitês de ética acabam por se constituir em uma espécie de Outro barrado com seus formulários pré-construídos — documentos diversos, porém comuns a todas as pesquisas, que não contemplam a singularidade dos estudos. Ao ter transferido o julgamento das questões éticas que todas as pesquisas suscitam para um comitê, o pesquisador por vezes dispensa boa parte do tempo que seria dedicado à própria pesquisa com as questões burocráticas. Na literatura, Ítalo Calvino, em um trecho de seu livro *O cavaleiro inexistente*, relata os impasses ocorridos com um cavaleiro que queria lutar no exército para vingar a morte do pai, morto pelo exército opositor. No momento em que interpela seu superior imediato para explicar-lhe os motivos que o levaram à luta e os procedimentos a serem adotados para integrar a tropa, segue-se o diálogo:

— É muito simples, jovem [...]. Deve fazer um pedido à Superintendência para Duelos, Vinganças e Máculas à Honra, especificando os motivos da solicitação, e será estudada a melhor maneira de colocá-lo em condições de ter o seu desejo satisfeito.

O rapaz, que esperava pelo menos um sinal de reverência admirada ao nome de seu pai, ficou mortificado mais pelo tom do que pelo conteúdo do discurso. Depois tratou de refletir sobre as palavras que o cavaleiro lhe dissera, porém para negá-las de novo dentro de si e manter vivo seu entusiasmo.

— Mas, cavaleiro, não é com superintendências que me preocupo [...]. Se fugir de mim, gostaria de saber como se faz num caso desses, quando na batalha está em causa uma questão nossa, uma questão absoluta para nós e só para cada um de nós...

Em última instância, a condução de estudos na universidade denota uma infantilização do pesquisador e de seu orientador ao terem desconsiderada sua capacidade de avaliação das questões éticas que o estudo suscita. O desejo do pesquisador, fundamental para a realização de um estudo, encontra por muitas vezes na burocracia a medida da sua dimensão.

A história dos DSMs, narrada no primeiro capítulo desta dissertação, nos apresenta outra questão. O DSM-V, alvo de críticas dentro da própria psiquiatria por sua pretensa cientificidade, que não encontra marcadores biológicos para o número considerável de novas patologias “descobertas”, tem na própria descrição da história do manual uma espécie de fogo amigo. Se o DSM-III foi considerado um avanço — não sem a pressão de movimentos civis pelos direitos das mulheres e dos homossexuais — por sua desconstrução de patologias que apresentavam um caráter sexista, como a “personalidade masoquista” (mulheres teriam prazer ao serem vítimas de violência sexual), além da despatologização da homossexualidade, o DSM-V poderia ser considerado um retrocesso pela patologização de condutas antes consideradas “normais”. O luto é patologizado com a diminuição do tempo de tristeza tolerado para duas semanas, suficientes para que seja considerado como uma depressão. Aqui entra em cena a noção cronológica e arbitrária de tempo do Outro barrado dos questionários diagnósticos, “inventário de interesses”, em lugar do tempo relativo do sujeito, que não é passível de enquadramentos, além da perspectiva de que a ciência encerra o real com suas nomeações.

Novamente, a ficção nos auxilia a refletir. O cineasta M. Night Shyamalan, diretor de *The Sixth Sense* (*O sexto sentido*, no Brasil), que o tornou célebre mundialmente, lançou em

2004 *The Village* (*A vila*, em português), considerado por críticos de cinema um filme B de terror. A história retrata uma vila isolada, governada por pessoas que, para manter o isolamento, intimidavam os moradores da vila com a ideia de que monstros habitavam a floresta ao redor da localidade. Algumas pessoas da elite que governava a vila se vestiam de monstros, que, de fato, assustavam os moradores. Essas criaturas fabricadas eram chamadas “aqueles que não ousam dizer seu nome”. Retornando ao real, estamos em um tempo em que o que não tem nome é aterrorizador, insuportável. Estamos em uma época das nomações. Os nomes oriundos da ciência — “hiperativos”, “bipolares”, “borderlines”, “pernas inquietas” — mais do que etiquetas, aplacam o mal-estar em um tempo em que o Outro não existe. Nesse sentido, o DSM-V é produto de uma época nominativa, apenas mais um dos sintomas de um tempo em que o que não tem nome ganha ares de terror. Não está em questão o importante avanço da ciência, mas as fantasias de que a ciência domará o inominável, que hoje é elevado ao estatuto de terror.

Este estudo carece de novas contribuições que situem o imperativo das nomeações e suas consequências, para além do campo da Saúde Mental. Esse imperativo parece ser encontrado em diversos outros campos de pesquisa.

Além do CAPS, trabalho no outro polo que a Reforma Psiquiátrica delimitou: um hospital psiquiátrico privado. Em virtude do meu trabalho no hospital, tive a oportunidade de passar uma semana em um estágio observacional no ambulatório de transtornos do humor de uma das mais respeitadas universidades brasileiras. Pude conhecer todo o setor de psiquiatria da universidade. Chamou minha atenção a departamentalização das patologias. Em um dos corredores, uma placa indicava uma direção com uma seta acima das seguintes palavras: “comportamento impulsivo”. Havia todo um setor especializado em comportamento impulsivo. O contato com as etiquetas médicas em um renomado instituto de psiquiatria, com seus corredores que indicavam que pessoas com comportamento impulsivo deveriam seguir

por aqui, enquanto borderlines, por ali, e a prática clínica no CAPS, em que as etiquetas apareciam na fala dos usuários, foram decisivos para que o desejo por este estudo surgisse.

Ainda outra questão despertou meu interesse nessa experiência. Ao se apresentar, o chefe do ambulatório descreveu, como um dos seus predicados profissionais, vários anos de experiência em pesquisa na indústria farmacêutica. Se antes a universidade formava pesquisadores que eram absorvidos pelo mercado, a fala daquele profissional indicava que o sentido do percurso pode ter se invertido. Cada lançamento comercial de uma nova droga é precedido de muitos anos de dispendiosas e criteriosas pesquisas acerca da ação de uma determinada molécula. Em outras palavras, quando se trata da psicofarmacologia, é a pesquisa realizada pela indústria farmacêutica, e não pela universidade, que adquire um estatuto de excelência científica ao ponto de cancelar a capacidade técnica de um pesquisador no cenário acadêmico.

Diversos autores já descreveram a atual associação entre a ciência e o capitalismo, explícito no discurso daquele profissional. Tentando escapar de parecer nostálgico, tive contato, na construção deste estudo, com pesquisadores cujo importante trabalho se deu em uma época em que a expressão “choque de interesses”, tão comum nas falas dos profissionais que apresentam trabalhos em congressos atualmente, era tão distante quanto vazia de sentido. Dois deles me chamaram a atenção. Karl Jaspers, com um árduo trabalho que foi um marco na história da psiquiatria, construído com a influência da sua formação em filosofia, defendia a ideia da insuficiência da ciência para dar as respostas a que se propunha, devendo estar submetida ao exame crítico da filosofia: a existência humana, assim como as psicopatologias, estaria intimamente ligada ao contexto histórico e cultural de uma época. O segundo pesquisador, Emil Kraepelin, tem até hoje suas ideias incorporadas ao discurso psiquiátrico. Seu conceito de espectro do humor, já discutido neste trabalho, foi retomado com força nos dias atuais. Em sua época, não havia os recursos psicofarmacológicos de hoje, e a

incorporação da noção de temperamento na construção de um diagnóstico de transtorno bipolar levanta uma questão: o que seria considerado “temperamento forte” seria aquilo que escapa aos efeitos da medicação e, assim, justifica sua ineficácia em alguns casos?

O capítulo 2 deste trabalho tratou diretamente das dificuldades e dos impasses na prática cotidiana no CAPS em que atuo. Em todo o estudo, esse foi o trecho mais pessoal, onde me permiti fazer considerações com o objetivo de contribuir para reflexões sobre o que foi levantado. A Reforma Psiquiátrica foi o resultado de uma luta fundamental para transformar o modelo anterior, excludente e segregador, no modelo atual. No entanto, corre-se sempre o risco de tornar a grande conquista uma causa, em que as críticas são lidas como desabono, e não como tentativa de colaborar para a construção e o fortalecimento da assistência nos moldes atuais.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. (2012). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Alcântara et al. (2003). Avanços no diagnóstico do transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria*, 25(1). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a04v25s1>
- Amarante, P. (2008). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau.
- Associação Americana de Psiquiatria. (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM III – R*. São Paulo: Manole.
- _____. (1994). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM IV*. São Paulo: Manole.
- _____. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM V*. Porto Alegre: Artmed.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Birman, J. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(2), 529-548.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

- Brito, B. P. M. (2011). As “identificações débeis” e a fragilização dos laços sociais. *Clínica & Cultura*, 2(1). Recuperado de <http://www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/1001>
- Brodsky, G. (2007). *Epidemias actuais y angústia: la clínica psicoanalítica*. Córdoba: CIEC.
- Calvino, I. (2002). *O caveleiro inexistente*. São Paulo: Companhia de Bolso.
- Campos, S. de (2010). *Considerações acerca do transtorno afetivo bipolar*. Recuperado de <http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/5.Bipolar%20z.pdf>
- Canguilhem, G. (2010). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica
- Coser, O. (2010). *As metáforas farmacológicas com que vivemos*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Costa, J. F. (2004). *Ordem médica e norma familiar* (5a. ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Coupechoux, P. (2009). Loucura: um novo terreno para seguridade social. *Le Monde Diplomatique Brasil*, pp. 18-19.
- Cruz, K., & Fernandes, A. (2012). Dispositivos clínicos dos psicólogos em CAPS de Salvador: entre tutela e clínica das psicoses. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(2), 97-105. Recuperado de <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/175/239>
- Davies, J. (2013). *Cracked: why psychiatry is doing more harm than good* [Versão Kindle]. Recuperado de www.amazon.com
- Delgado, P. (2009). Aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica. Recuperado de <http://www.paulodelgado.com.br/revista-cidadania/aprovada-a-lei-de-reforma-psiquiatrica/>

- Demétrio F. N. (2005). Classificações atuais. In: R. A. Moreno & D. H. Moreno (Org.), *Da psicose maníaco depressiva ao espectro bipolar* (pp. 85-114). São Paulo: Segmento Farma.
- Di Ciaccia, J. (1999). Da fundação do Um à prática feita por muitos. *Curinga – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, (13), 49-53.
- Diniz, D. (Diretora). (2009). *A casa dos mortos* [Documentário]. Brasília: Imagens Livres.
- Fendrik, S. (2011). O DSM IV: uma metafísica comportamentalista? In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Org.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 29-37). São Paulo: Via Lettera.
- Forbes, J. (2012). *Inconsciente e responsabilidade: psicanálise no século XXI*. São Paulo: Manole.
- Foucault, M. (2010). *História da sexualidade I: a vontade de saber* (20ª. ed). São Paulo: Graal.
- _____ (2009). *Vigiar e punir, nascimento da prisão*. (36ª.ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____ (2007). *O nascimento da clínica*. (7ª.ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____ (2005). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1976-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____ (2000). *História da loucura: idade clássica*. (6ª. ed). São Paulo: Perspectiva.
- _____ (1994). *Dits et écrits III* (6ª. ed). Paris: Gallimard.
- Franzen, J. (2011). *As correções*. (2ª. ed), São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1895/1974). Estudos sobre a histeria. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. II, pp. 13-393). Rio de Janeiro: Imago.

- _____. (1895/1996b). Rascunho G. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. I, pp. 246-253). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1900/1996). A interpretação dos sonhos (II). In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. V, pp. 371-777). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1905/1996). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. VII, pp. 19-116). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1912/2010). A dinâmica da transferência. In: S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., v. X, pp. 133-146). São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (1914/2010a). Introdução ao narcisismo. In: S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., v. XII, pp. 9-37).
- _____. (1914/2010b). Observações sobre o amor de transferência. In: S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., v. X, pp. 210-228).
- _____. (1914/2010c). Recordar, repetir e elaborar. In: S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., v. X, pp. 193-209).
- _____. (1916/1996a). Psicanálise e psiquiatria. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XVI, pp. 251-263). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1916/1996b). Transferência. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XVI, pp. 433-448). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1919/1996). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XVII, pp. 183-185). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1917/2011). *Luto e melancolia* (1ª.ed). (M. Carone, trad.). São Paulo: Cosac Naify.

- _____. (1921/2011). Identificação. In: S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., v. XV, pp. 60-68). São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (1923/1996). O ego e o id. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XIX, pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1924/1996). Neurose e psicose. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XIX, pp. 165-171). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1927/1996). O humor. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XXI, pp. 163-169). Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1933/1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: S. Freud, *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. XXII, pp. 13-177). Rio de Janeiro: Imago.
- Galimberti, U. (2006). *Psiche e techne: o homem na idade da técnica*. São Paulo: Paulus.
- Gana, A. L. (2011). Toc-toc, el evaluador feroz golpea a vuestras puertas. *Quién le teme al evaluador feroz?*, 3. Recuperado de <http://blog.elp.org.es/all/cat19/quien-le-teme-al-evaluador/>
- Guèguen, P. G. (2008). A gênese do “Outro que não existe”. *Assephallus – Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*, 3(5), 4. Recuperado de http://www.isepol.com/assephallus/numero_05/traducao_01.htm
- Inse, T. (2013). Transforming Diagnosis. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100007
- Izaguirre, G. (2011). Elogio ao DSM IV. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Org.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 15-27). São Paulo: Via Lettera.

- Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia* (8a. ed., v. I). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Lacan, J. (1963/2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, (32). Recuperado de <https://bibliotecadafilo.files.wordpress.com/2013/10/lacan-o-lugar-da-psicanalise-na-medicina.pdf>
- _____. (1969/2008). *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laia, S. (2003). *A psicanálise nas novas instituições*. Recuperado de http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Sergio_Laia_A_psicanalise_nas_novas_instituicoes1.pdf
- _____. (2013). O desabonamento do DSM-5 pelo National Institute of Mental Health (NIMH): considerações lacanianas. *EBP Debates*. Recuperado de http://www.diretorianarede.com.br/ebp_deb/ebP_deb001/sergio.html
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lara, D. R. (2009). *Temperamento forte e bipolaridade: entendendo os altos e baixos do humor* (10a. ed.). São Paulo: Saraiva.
- Laurent, E. (2012). A profunda e duradoura crise da zona DSM. *Revista de Psicologia Plural*, (35), 11-18.
- _____. (2002). Como engolir a pílula? *Clique – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*, (1), 24-35. (Palavras e Pílulas: a Psicanálise na Era do Medicamento).
- _____. (1999). O analista cidadão. *Curinga – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, (13), 7-13.
- Leader, D. (2013). *Strictly Bipolar*. London: Penguin Books.

- Lipovetsky, G. (2005). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. São Paulo: Manole.
- _____. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Macêdo, L. F. de. (2011). Não existe sujeito sem instituição! *Almanaque On Line, Revista Eletrônica do IPSM-MG*, 5(8). Recuperado de <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/08/textos/Luciola.pdf>
- Mandil, R. (2007a). A psicanálise e os modos contemporâneos de identificação. *Opção Lacaniana Online*. Recuperado de <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n4/textob.asp>
- _____. (2007b). O DSM e as novas formas identitárias. Recuperado de <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/horizontes/textos/dsm.pdf>
- Miller, J. A. e Laurent, E. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós
- Peres, M. F. (2004, 14 de março). O caos organizador. *Folha de S.Paulo*. Recuperado de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs1403200404.htm>
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Poli, M. C. (2006). “Eu não procuro, eu acho”: sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In: A. C. Lo Bianco (Org.), *Freud não explica: a psicanálise nas universidades* (pp. 39-52). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Preciado, B. (2013). *Testo junkie: sex, drugs and biopolitics in the pharmacopornographic era*. New York: The Feminist Press.
- Quinet, A. (1999). A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. *O risco*, 10(8), 4-12.

- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-33.
- Rotelli, F. (2003). A instituição inventada. In: F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Rufino, P. (2010). A melancolia no texto freudiano. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (20). Recuperado de <http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista20.pdf>
- Sá, I. X. de. (2006). A que serve a psicanálise na universidade. In A. C. Lo Bianco (Org.), *Freud não explica: a psicanálise nas universidades* (pp. 77-96). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Sfez, L. (1995). *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Loyola.
- Teixeira, M. (2005). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da Unesp*, 4(1), 41-56.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Veras, M. (2010). *A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no campo da saúde mental*. Salvador: ABB.
- _____. (2009). A psicanálise e a debilidade do mental. *Topos: de Lacan a Freud, o Sujeito e a Formação do Analista*, (12), 47-55.
- _____. (1997). Freud e a psiquiatria dos humores. *Opção Lacaniana*, (18), 37-40.
- Vieira, M. A. (2001). Dando nome aos bois: sobre o diagnóstico na psicanálise. In: A. C. Figueiredo (Org.), *Psicanálise: pesquisa e clínica* (v. 1, pp. 171-181). Rio de Janeiro: IPUB/ UFRJ.

Wang, Y. P. (2005). Aspectos históricos da doença maníaco depressiva. *Da psicose maníaco depressiva ao espectro bipolar*. (Moreno & Moreno, orgs). Segmento Farma: SP. pp 13-45.

Wolfart, G. (2008, 4 de agosto). A condenação do pai e o declínio da clínica [entrevista com Marcelo Veras]. *IHU on-line*, 2 (267). Recuperado de http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2005&secao=267