



**UNICAMP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

EXISTÊNCIA E RESISTÊNCIA DOS CORPOS LOUCOS: O CORPO EM PROCESSO E A  
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

CAMPINAS – SP

2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

ÂNGELA SLOGO BENETTI

EXISTÊNCIA E RESISTÊNCIA DOS CORPOS LOUCOS: O CORPO EM PROCESSO E A  
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva do Departamento  
de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas.

Coordenação: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana T. Onocko Campos

Orientador: Dr. Bruno Ferreira Emerich

CAMPINAS – SP

2019

## AGRADECIMENTOS

Ser residente é uma experiência de muitas intensidades, sentimentos e experiências, experiência esta que acredito não ser possível passar sozinha. Ao longo destes dois anos contei com muitas pessoas para compartilhar o caminho.

Agradeço a minha família, Adelar, Irdes, Fernando e Larissa, que estiveram comigo ao longo de minha vida, comemorando comigo as conquistas e sendo pontos de apoio nas minhas dificuldades. Aprendemos e crescemos juntos ao descobrir sempre um pouquinho mais sobre a vida, aprendemos juntos que nossa união, amor, respeito e força é suficiente para suportar toda distância física que nos separa. Pela compreensão, por acreditarmos uns nos outros, por apoiarmos uns aos outros, obrigada.

A minha companheira Jaqueline, pela construção de amor, carinho, respeito e sinceridade da nossa relação. Por acreditar em mim, por acolher minhas dores, minhas angustias e meus desesperos, por estarmos lado a lado nesse caminho. Pelos projetos, sonhos e planos que construímos juntas, obrigada.

Às Katias corajosas, fortes, companheiras, alegres e resistentes: Kezia, Kelly, Luisa, Flávia, Marilisa, Igor, Bia Rover, Bia Soares, Gabi, Aline, Caroline, Jaime, Larissa, Ligia. Pelo compartilhamento e construção coletiva, pela força e coragem de embarcarmos juntos nessa aventura de ser residentes em saúde mental, pela paixão e por acreditarmos juntos na Luta Antimanicomial. Por 2 anos trocamos saberes, afetos, abraços, intensidades diversas, ideias, trabalhos, cervejas, pizzas, vinhos, cafés... obrigada por termos sido Katias Resistentes!

Ao nosso triângulo, Kelly e Kezia, pelo encontro lindo que tivemos e por termos sido apoio umas das outras. Pelas aventuras, pelas cervejas, pelos roles, pelas viagens, pelo aprendizado que pudemos construir e compartilhar juntas.

Aos trabalhadores do CAPS AD Reviver, que me acolheram, compartilhando tempo, escuta, parcerias, saberes e discussões; agradeço pela disponibilidade de poder iniciar minha trajetória profissional como Psicóloga na Saúde Mental em um dispositivo tão potente, com profissionais que me ensinaram sobre um cuidar de forma responsável e sensível, respeitando os direitos de cada um que passa por lá. Agradeço especialmente à Carla, Annelise e Nicole, pois em meio a toda minha insegurança de alguém que estava dando seus primeiros passos na saúde mental, acreditaram em mim e me encorajaram a 'pedir truço' e confiar no meu potencial. Por apostarem junto comigo no cuidado em território, no cuidado pela via da arte e do corpo. Obrigada pelo bom encontro que tivemos, e por me mostrarem que é possível sim nascerem flores no asfalto.

Aos trabalhadores da Enfermaria de Psiquiatria do HC, pelo aprendizado, pela intensidade do cuidar diário dos usuários, pelo compartilhamento de conhecimento. O cuidado a loucura e ao sofrimento pede por muito mais do que remédios e instituições... pede por escuta. Escuta da sua história, da sua singularidade, de seu corpo, de suas palavras, de seus silêncios, de suas dores, angustias e delírios, de um instante sutil e sensível de cuidado. Neste espaço pude aprimorar meu olhar sensível e meu escutar atento, a partir do encontro diário com usuários em crise e sofrimento. Obrigada também pelo aprendizado sobre o lugar da Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Geral na RAPS. Agradeço especialmente à minha dupla Marilisa. Ninguém sabe melhor do que você sobre essa passagem como R2, e foi lindo poder compartilhar as durezas, as revoltas, as dores, e também as pequenas conquistas, o trabalho, o conhecimento, os cafés, os filmes, as músicas, a tinta, a fonoaudiologia e a psicologia; por termos trabalhado juntas, construído cuidado juntas aos usuários e a nós mesmas, muito obrigada!

Aos orientadores Bruno Emerich, Ellen Ricci e Rosana Onocko, por todo conhecimento crítico e reflexões sobre saúde mental, saúde coletiva, clínica e cuidado. Pelo acolhimento quando necessário, e por terem me ensinado sobre teorias e técnicas, mas também sobre sensibilidade e afeto.

As amigas e amigos que, mesmo distante territorialmente, permaneceram próximas, me dando força, carinho e amor. Seja em Florianópolis, Ponta Grossa, Rio do Sul, Limerick, Joinville, Blumenau, Salvador. O afeto que nos mantém juntas me faz mais forte, por saber que em cada parte desse mundo tenho alguém para compartilhar a vida.

E principalmente, obrigada a todos os usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial. Pela confiança de terem compartilhado suas histórias e confiado a construção do cuidado. Estar ao lado dos usuários, a partir do cuidado do uso de substâncias psicoativas, da loucura, do sofrimento, me ensinou que, onde quer que eu esteja, a voz, a história e o protagonismo de cada usuário é prioridade na trajetória de seu tratamento.

Gosto de lembrar de Vinicius de Moraes quando falo das pessoas que estão ao meu redor. Eu sou quem eu sou hoje por causa de cada encontro que vivi, por causa de cada troca de vida, de afeto e de diferentes saberes, por isso agradeço imensamente por cada pessoa que caminhou ao meu lado em algum momento da minha vida, pelas que ficaram e também pelas que já foram. “A vida não é brincadeira, amigo. A vida é arte do encontro. Embora haja tanto desencontro pela vida”.

*“A maioria das doenças que as pessoas têm são poemas presos.  
Abscessos, tumores, nódulos, pedras...  
São palavras calcificadas, poemas sem vazão.  
Mesmo cravos pretos, espinhas, cabelo encravado, prisão de ventre  
Poderiam um dia ter sido poema, mas não...  
Pessoas adoecem da razão, de gostar de palavra presa.  
Palavra boa é palavra líquida, escorrendo em estado de lágrima.  
Lágrima é dor derretida, dor endurecida é tumor.  
Lágrima é alegria derretida, alegria endurecida é tumor.  
Lágrima é raiva derretida, raiva endurecida é tumor.  
Lágrima é pessoa derretida, pessoa endurecida é tumor.  
Tempo endurecido é tumor, tempo derretido é poema.  
E você pode arrancar os poemas endurecidos do seu corpo  
Com buchas vegeais, óleos medicinais, com a ponta dos dedos, com as unhas.  
Você pode arrancar poema com alicate de cutícula, com pente, com uma agulha.  
Você pode arrancar poema com pomada de basilicão, com massagem, hidratação...  
Mas não use bisturi quase nunca.  
Em caso de poemas difíceis use a dança.  
A dança é uma forma de amolecer os poemas endurecidos do corpo.  
Uma forma de soltá-los das dobras, dos dedos dos pés, das unhas.  
São os poemas-corte, os poemas-peito, os poemas-olhos,  
Os poemas-sexo, os poemas-cílios.”*

*POEMAS PRESOS – Viviane Mosé*

*“A igreja diz: o corpo é uma culpa.  
A ciência diz: o corpo é uma máquina.  
A publicidade diz: o corpo é um negócio.  
O corpo diz: eu sou uma festa”*

*JANEIA SOBRE O CORPO – Eduardo Galeano*

## RESUMO

A partir de uma experiência dentro do Programa de Residência em Saúde Mental, este trabalho discute o corpo enquanto potência no cuidado dos usuários internados em Leitos de Saúde Mental de Hospital Geral. Trata-se de uma discussão que aponta as contradições da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito ao modelo biomédico e o modelo psicossocial, com seus distintos entendimentos em relação ao corpo. Apoiado em uma retomada histórica da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, assim como da apresentação de dois casos acompanhados em uma Enfermaria de Psiquiatria de Hospital Geral, aponta-se como construir cuidado a partir do corpo ao valorizar sua potência criativa, indo para além do cuidado biomédico e da consequente redução do corpo unicamente como locus de doença.

Palavras-chave: corpo; saúde mental; reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

According to an experience inside the Mental Health Residency Program, this monography investigates the topic of body as potency in the processes of taking care of patients admitted to the Mental Health department of the General Hospital. The discussions developed here points out some of the contradictions of the psychiatric reform when it comes to the biometrical and psychosocial models, as well as their distinct understanding regarding the body. Furthermore, regarding the historical resume of psychiatry and the psychiatric reform, as well as the presentation of two cases followed in the General Hospital Psychiatry Nursing, this study suggests ways to develop the care of the body through the appreciation of the creative potency. Such perspective proposes the overcome of those practices of biomedical care from the perspectives of bodies as locus of disease.

Keywords: body; mental health; psychiatric reform.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
3. CORPO E PSIQUIATRIA: UMA HISTÓRIA.....	12
4. LEITOS DE SAUDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL E A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA.....	20
5. CORPO PALAVRA, CORPO VIDA, CORPO POESIA.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49



## INTRODUÇÃO

*“Não procure a doença atrás das palavras, procure o poeta. ”*

*(Autor desconhecido)*

Meus primeiros passos dentro da Residência Multiprofissional de Saúde Mental foram a escrita do meu Itinerário de Formação e a escolha do campo de estágio do primeiro ano. O Itinerário de Formação me permitiu refletir e retomar as marcas históricas, o caminho percorrido até aquele momento na minha construção profissional. Foi um momento de escrita que me deslocou para mim mesma e para minha trajetória.

Assim, meu primeiro ano foi em um CAPS AD III. O lugar instituído das práticas psiquiátricas sempre foi o manicômio, e com a Reforma Psiquiátrica este lugar deixou de ser predominantemente o hospital e passou a ser o território, a partir de um longo processo de desinstitucionalização e criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossociais.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001) demarca a implementação dos CAPS, que se constituem como serviços de saúde mental abertos e comunitários, com o objetivo de prestar atenção diária as pessoas com transtornos mentais. Neste processo, a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), despontando para constituição de diretrizes importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. De acordo com esta portaria, o CAPS AD III atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos. O serviço conta com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, tem funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, operando na lógica do território e da Redução de Danos (Brasil, 2011).

O CAPS AD III Reviver foi o primeiro CAPS AD 24 horas de Campinas, um serviço que atende usuários a partir de 18 anos que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. O serviço atende os distritos leste e norte de Campinas, o que corresponde a aproximadamente 450 mil habitantes, com grande quantidade de usuários em situação de rua.

Após um ano, minha segunda escolha como campo de atuação profissional na Residência foi a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Esta escolha se deu pelo desejo de ter um maior contato com a psicose e as neuroses graves, a crise e o contexto da internação em saúde mental. A partir da lei 10.216 (Brasil, 2001) a internação, em qualquer de suas modalidades, passou a ter caráter excepcional, cabendo quando os recursos

extrahospitais forem insuficientes (art. 4º). Dessa forma, o tratamento passa a ter a finalidade de reinserção social, devendo inclusive, nos casos de internação, ser assegurada a presença de equipe multidisciplinar composta por médicos, assistência social, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros (art. 3º, §§ 1º e 2º). Além disso, com a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a criação de serviços de caráter extrahospitalar como os CAPS, Serviço Residencial Terapêutico (SRTs) e Centros de Convivência, a publicação da Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012 estabeleceu que os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias de saúde mental passaram a ser designados para Hospitais Gerais.

A Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP conta com enfermeiros e técnicos de enfermagem, Psiquiatras docentes e Residentes de Psiquiatria, Residentes Multiprofissionais em Saúde Mental, Psicólogos em treinamento de Avaliação Psicológicas e da Teoria Cognitivo Comportamental e Assistentes Sociais do Aprimoramento em Saúde Mental. O Hospital de Clínicas atende todo o Estado de São Paulo, sendo assim, referência para todos os municípios.

Refletir sobre o lugar da psiquiatria na construção dos paradigmas da Saúde Mental e da RAPS faz-se necessário. Segundo Basaglia (1924) os diagnósticos psiquiátricos adquiriram valor de categoria, no sentido de etiquetamento. Ele aponta que, assim que formulado o diagnóstico, aquele sujeito desaparece dos olhos do médico, estando a partir de então codificado num papel, tendo um novo status social.

Nesse sentido, este corpo sofredor não corresponde ao “corpo vivido”, ao “corpo próprio”, com suas subjetividades e apropriações. O encontro do médico e do paciente se faz no próprio corpo do doente, um corpo anatômico, que serve prioritariamente como objeto de investigação. Então não se trata de um encontro real, mas “de um encontro entre um sujeito e um corpo ao qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em objeto aos olhos de quem o examina” (Basaglia, 2005, p. 74). Este tipo de abordagem, que objetifica o corpo doente, pode influenciar o conceito que o indivíduo constrói dele mesmo, vivenciando-se então como corpo enfermo, exatamente como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição (Basaglia, 2005).

*“Antes de sair, foram verificadas fechaduras e doentes”* (Basaglia, 2005, p. 80). Com essa frase Basaglia aponta sobre a perfeita ordem da instituição, onde o indivíduo em sofrimento, que já sofre uma perda da liberdade, passa a aderir ao corpo da instituição, negando desejos, ação, aspirações autônomas de sentir-se vivo nele mesmo. “Chaves, fechaduras, barras, doentes, tudo isso faz parte do mobiliário hospitalar, pelo qual enfermeiros e médicos são

responsáveis, sem que uma diferenciação qualitativa, por menor que seja, distinga uma e outra coisa.”. (Basaglia, 2005, p. 80).

Ao pensar a estrutura manicomial, trazer a reflexão para as paredes da instituição hospitalar apresenta algumas semelhanças, pensando o lugar do corpo neste espaço. Basaglia (2004) fala do corpo que se habitua à instituição, a novos gestos, atos e pensamentos que não são seus, e que aquilo que resta do indivíduo de pessoal e vivo – muitas vezes expressado pela reação, as vezes violenta, daquilo que ele é obrigado a habituar – acaba interpretado como sintoma de sua doença. Ele se torna um corpo institucionalizado em uma vivência de objeto e que, por vezes, tenta por meio de acting-outs reconquistar um pouco de si.

Dessa forma, Basaglia nos fala sobre a perda do contato com o sujeito em sofrimento, quando o corpo deste se torna apenas objeto que aloca uma doença, perpassado apenas pelo direcionamento de uma concepção teórica a respeito da enfermidade.

É nesse caminho que trago os apontamentos a partir da Fenomenologia de Merleau-Ponty sobre o corpo, quando ele afirma que antes de corpo objetivo, conhecido, de um saber científico, ele é uma potência em relação com o mundo, com as coisas e com os outros, é um conjunto de significações vividas. Merleau-Ponty fala dos diversos encontros de corpos que são possíveis, não se limitando aos comportamentos e a linguagem falada (Capalbo, 2011). O corpo não é apenas partes individuais que se relacionam, ele habita tempo e espaço, em movimento, relacionando-se e assumindo uma significação a partir daí.

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu “psiquismo”, eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência [...] eu sou a fonte absoluta; minha experiência não provém de meus antecedentes, de meu ambiente físico e social, ela caminha em direção a eles e os sustenta (Merleau-Ponty, 2006, p. 3).

Ainda, Wilhelm Reich em sua teoria sobre o corpo, apontou que desde o nascimento as relações, os vínculos, a estrutura social, a cultura, o desenvolvimento do organismo, tudo isso interfere no desenvolvimento do indivíduo. O organismo, então, desenvolve defesas para se proteger das faltas, frustrações, ansiedade, desamparo social. Assim, Reich desenvolve intervenções corporais propondo-se a estimular o sujeito a entrar em contato com suas sensações corporais e emoções (Lima, 2016).

Escolher um tema para fechar minha experiência como residente em saúde mental não foi tarefa fácil, pois em dois anos nesta trajetória vários temas surgiram, diversas experiências e encontros me afetaram, inúmeros questionamentos e angústias me atravessaram. Escolhi escrever sobre o corpo por perceber que, ao olhar para os corpos, ao ouvir o que eles têm a nos dizer e nos contar, nós não apenas potencializamos nosso trabalho enquanto profissionais da saúde mental, mas também aguçamos nossa escuta sobre a experiência e existência subjetiva de cada indivíduo. Assim, ao compartilhar neste trabalho minha experiência prática, dissertarei sobre a existência e resistência dos corpos dito “loucos” dentro da Rede de Atenção Psicossocial e aquilo que nós, profissionais de saúde mental, construímos/produzimos/reproduzimos a partir do encontro com estes corpos.

## **OBJETIVOS**

O corpo é investido pela história, pelo social, pela cultura, pelas relações de poder, pelas diferentes situações da vida. Ele é investido pelos afetos, pela arte, pelo trabalho, pela saúde e pela doença. Assim, este trabalho tem como objetivo discutir o corpo enquanto potência no cuidado dos usuários internados em leitos de Saúde Mental de Hospital Geral, trazendo à tona contradições postas no momento atual da Reforma Psiquiátrica brasileira e do cuidado em saúde mental. Para isso, discutirei o paradigma historicamente construído do corpo para a psiquiatria. Também pretendo apontar sobre as implicações de inserir como ponto da RAPS uma Enfermaria de Saúde Mental, pensando o Hospital Geral e a transição a qual nos propomos fazer do modelo manicomial para o modelo psicossocial. Finalmente, trarei casos acompanhados ao longo deste segundo ano de residência para discutir como podemos construir cuidado a partir do corpo ao valorizar sua potência criativa, indo para além do cuidado biomédico e da consequente redução do corpo unicamente como lócus de doença.

## **CORPO E PSIQUIATRIA: UMA HISTÓRIA**

*“O que sou neste instante? Sou uma máquina de escrever fazendo ecoar as teclas secas na úmida e escura madrugada. Há muito já não sou gente. Quiseram que eu fosse um objeto. Sou um objeto. Que cria outros objetos e a máquina cria a nós todos. Ela exige. O mecanismo exige e exige a minha vida. Mas eu não obedeco totalmente: se tenho que ser um objeto, que seja um objeto que grita. Há uma coisa dentro de mim que dói. Ah como dói e como grita pedindo socorro. Mas faltam*

*lágrimas na máquina que sou. Sou um objeto sem destino. Sou um objeto nas mãos de quem? Tal é o meu destino humano. O que me salva é grito. Eu protesto em nome do que está dentro do objeto atrás do atrás do pensamento-sentimento. Sou um objeto urgente. ”*

*(Clarice Lispector – Água Viva)*

A psiquiatria como disciplina teórica, técnica e terapêutica, como saber médico sobre a loucura, se constituiu em determinado momento da história. Momento este intrinsecamente ligado a medicalização da loucura e à construção dos asilos. A psiquiatria se fundou a partir da medicina social, no processo de medicalização da sociedade, de patologização do comportamento louco, a partir de então considerado anormal e, conseqüentemente, medicalizável. (Vieira 1981).

Durante a época clássica, segundo Amarante (1995), os hospitais têm função de hospedaria. Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia são o espaço de exclusão e prisão daqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social: leprosos, prostitutas, ladroes, loucos, vagabundos. O enclausuramento, nesta época, não tem característica patológica. É somente a partir do século XVIII que a alienação passa a ocupar o lugar do enclausuramento como critério de distinção do louco diante a ordem social, ganhando a partir daí características terapêuticas e médicas.

A psiquiatria surge na passagem do século XVIII para o XIX, distanciada da medicina anatomopatológica, na procura das causalidades eminentemente morais da doença mental. “Ser alienado mental significava ser um indivíduo de paixões excessivas, afetos intensos, que se sobrepunham à vontade.” (Venancio, 1993, p 122). A prática do internamento, dessa forma, acontece no momento em que a loucura passa a ser vista em relação a normalidade. Também é quando ela passa a ser entendida como categoria de doença mental. Aparece então, a partir dessa época, como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, tomar decisões e ser livre. (Vieira, 1981).

Então, no cruzamento entre medicina e justiça, para cumprir o papel social de codificar os comportamentos desviantes e solucionar o problema que se apresentava a sociedade, surge o diagnóstico para tratar do destino institucional: prisão ou asilo. Assim, a medicalização da loucura significa sua coisificação por um olhar médico, mas também a definição de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado se fixa no status de minoridade social. A internação, em locais especiais para tais indivíduos, é um elemento importante para determinar este status. (Vieira, 1981)

A obra de Pinel, nesta época, foi fundamental para a transformação do hospital em instituição médica (e não mais social e filantrópica), além da apropriação da loucura pelo discurso e pela prática da medicina. Pinel postula o isolamento como fundamental para o tratamento dos alienados, para executar regulamentos de polícia interna, além de observar a sucessão dos sintomas para poder descrevê-los. A construção do hospício se dá então como instrumento terapêutico da psiquiatria, já que sua visão da loucura trazia a certeza da cura. Também o louco é visto como potencialmente perigoso, como atentado à moral pública, à caridade e à segurança da sociedade, assim, precisa ser evitado nas ruas da cidade. “Para o psiquiatra, o lugar do louco não é a rua, nem a prisão, mas o hospício, onde a loucura é tratada, não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina” (Vieira, 1981, página 51). O psiquiatra se torna assim o “mestre da loucura”, despojando o louco de qualquer poder ou saber quanto à sua doença. (Venancio, 1993; Vieira, 1981; Amarante, 1995).

Ao separar os criminosos e loucos, indo os loucos para os manicômios e os criminosos para a prisão, Pinel tenta dar liberdade aos loucos ao tirá-los das prisões, afirmando que estes precisam de tratamento. Porém, vê-se que ambos têm um investimento de segregação e sentido punitivo, ao serem estes indivíduos uma ameaça à coletividade e aos valores sociais.

Basaglia (2005) nos diz que a passagem do cárcere ao manicômio é o início da invalidação da voz da loucura, e explica que “a separação da loucura desse amálgama confuso de desrazão e culpa, incrustadas de miséria, e o reconhecimento de sua dignidade de enfermidade implicam, ao contrário, um juízo por parte da ‘razão’” (p. 263). Assim, o que antes era aceito como uma possibilidade do humano, e punido se fosse ameaçador para a coletividade, se torna objeto de piedade e compreende-se que a responsabilidade do ato é atribuída à desrazão.

Portanto, por ter estruturado a razão burguesa como única razão reconhecida, e não podendo punir o ato reprovável, pune-se o indivíduo inteiro, a partir de processos de controle e de modificação de seu comportamento, centrados no “tratamento” e na “terapia”.

No momento em que a razão dá a palavra à loucura ou se dispõe a escutá-la, a incomunicabilidade entre as duas linguagens torna-se impenetrável, porque quem dá a palavra determina os modos pelos quais o outro deve se exprimir, sob pena de ver-se definitivamente excluído do plano da compreensibilidade humana, já que a razão dominante se tornou a Razão Humana. A fratura é irreparável: impondo à loucura sua própria linguagem, a razão a impede definitivamente de falar e de expressar aquilo que é, embora – ao longo dos séculos –

continue a conceder-lhe a palavra. A história da psiquiatria consiste essencialmente nesse contínuo dar a palavra a alguma coisa que não pode expressar-se numa linguagem imposta: a linguagem da loucura – o delírio – sendo a expressão subjetiva de necessidades e desejos que não tem possibilidade de exprimir-se a não ser mediante a irracionalidade e a desrazão, jamais poderá ser a linguagem da racionalidade do poder (Basaglia, 2005, p. 265).

O hospício é então concebido pela psiquiatria como o lugar de ação terapêutica, a partir do que se denominou “tratamento moral”. A estruturação do hospício é construída a partir do objetivo de recuperar e curar os loucos, tendo o isolamento como característica principal. A vigilância e distribuição do tempo também fazem parte desse projeto de cura. Dessa forma, o tratamento moral, com isolamento, organização do espaço, da vigilância e da organização do tempo, atingem cada minuto da existência dos internos, transformando e criando a docilização, a partir da ordem da assistência e da tutela (Amarante, 1995; Vieira, 1981). Com isso, o doente, que já teve sua liberdade cerceada, vê-se obrigado a aderir a um novo corpo, o da instituição, com novos gestos, atos e pensamentos que não são seus, a ponto de o pouco de elementos pessoais que ficam serem definidos como sintoma da doença (Basaglia, 2005).

Segundo Venancio (1993) intensificaram-se as explicações biológicas acerca da doença mental a partir da segunda metade do século XIX. Muitas foram as descobertas neurológicas na época, agrupando os sintomas em “síndromes” e “doenças”. A prevalência dessa explicação não invalidou, porém, as explicações de ordem moral dos indivíduos – chamadas neste período de “psicológica”. Este modelo centrado na medicina biológica limitava-se a observar e descrever os distúrbios nervosos. Dessa forma, até a primeira metade do século XX os tratamentos prescritos refletiam essa prevalência da explicação orgânica da doença mental: lobotomia, eletroconvulsioterapia, malarioterapia, assim como as crescentes pesquisas psicofarmacológicas. A assistência psiquiátrica seguia os rumos do biologicismo.

Nesse sentido, nos conta Basaglia (2005), dentro da instituição a psicopatologia dá explicação biológica a todos os atos do indivíduo, objetificando seu corpo a ponto de os delírios que ele continuar a produzir serem delírios institucionais. Assim, o doente começa a ser definido como “bem adaptado ao ambiente”, “cooperativo”, “cuidadoso com a aparência”, sancionando uma nova condição de passividade, já desapropriados de seu próprio corpo. Ou seja, o corpo do indivíduo, tido como incompreensível e biologicamente doente, jamais é levado em consideração dentro do asilo. O corpo do internado tornou-se um corpo indefeso, transferido de

setor em setor como um objeto, impedido “concreta e explicitamente – mediante a imposição do corpo único, aproblemático, sem contradições, que é o da instituição -, a possibilidade de reconstruir para si um corpo próprio, capaz de dialetizar o mundo” (Basaglia, 2005, p85).

No entanto, no contexto do Pós-Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria ressurgiu como “nova psiquiatria”, correspondendo às expectativas da época de igualdade e liberdade. Assim, na Europa e Estados Unidos, várias novas experiências surgiram: as comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria, na Inglaterra; a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, na França; a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos EUA; a Psiquiatria Democrática, na Itália. Estas experiências trouxeram críticas às instituições asilares e reivindicavam a necessidade da desinstitucionalização (Venancio, 1993).

Daumezon e Koechlin denominaram “psicoterapia institucional”, em 1952, para caracterizar o trabalho feito anos atrás por François Tosquelles na França. Tosquelles afirmava que este movimento tinha por objetivo o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, como pretendia Pinel e Esquirol, mas que se tornou lugar de violência e repressão. Tosquelles, num questionamento permanente das instituições, também trazia a consideração de que as próprias instituições têm características doentes e devem ser tratadas. Assim, o objetivo principal dessa reforma refere-se ao coletivo de trabalhadores e técnicos, em oposição ao modelo tradicional hierárquico e vertical. Esta experiência abriu novos espaços e possibilidades terapêuticas como ateliês, atividades de animação, festas, reuniões etc. (Amarante, 1995).

As Comunidades Terapêuticas, experiência consagrada por Maxwell Jones na Inglaterra em 1959, é marcada por uma reforma institucional, com adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, tendo por objetivo a transformação da dinâmica asilar. As propostas que marcaram as Comunidades Terapêuticas foram a organização dos internos em grupos de discussão, grupos operativos, grupos de atividades, além de fazer da ‘função terapêutica’ uma tarefa não só dos técnicos, mas também dos próprios internos, familiares e da comunidade. Também foram realizadas assembleias e reuniões diárias. Através da concepção da comunidade como terapêutica, procurou-se desarticular a estrutura hospitalar segregadora e cronificadora (Amarante, 1995).

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, por sua vez, surge nos Estados Unidos, na proposta de ser a terceira revolução psiquiátrica (Após Pinel e Freud), por ter “descoberto” como intervir nas causas ou surgimento das doenças mentais. Esta reforma propunha-se a prevenção e promoção da saúde mental, transformando a terapêutica das doenças mentais na terapêutica da saúde mental. Baseado no que Caplan define como crise e de seus apontamentos



de que existem momentos, sujeitos, segmentos, mais ou menos adaptados às regras sociais e à convivência social, a Psiquiatria Preventiva acredita que todas as doenças mentais podem ser prevenidas e detectadas precocemente. A proposta era de sair as ruas, ir às casas, territórios, “conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por sua ancestralidade, por sua constitucionalidade, venham a ser ‘suspeitos’” (Amarante, 1995, p. 37). A Psiquiatria Preventiva decreta a obsolescência dos hospícios, e é nos EUA que surge a expressão desinstitucionalização, no contexto do projeto preventivista na perspectiva da desospitalização, a partir da oferta de mais serviços extra hospitalares (centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas, lares abrigados, enfermaria psiquiátrica em hospital geral etc.). Afinal, o que se produziu nessa reforma foi uma retroalimentação dos hospícios, o preventivismo significou um projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos medico-psiquiátricos das normas e princípios sociais. (Amarante, 1995).

A Psiquiatria de Setor, na França dos anos 60, apresenta-se como um movimento de contestação a psiquiatria asilar, inspiradas nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas. O objetivo consistiu em tratar o paciente dentro de seu próprio meio social, sendo a passagem pelo hospital apenas uma etapa do tratamento, evitando ao máximo a segregação e isolamento do doente. Assim, com a oficialização desta política, os territórios passaram a ser divididos em setores geográficos, com atendimento de setenta mil habitantes por uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais. No entanto, não se alcançou as respostas esperadas, por uma forte oposição de grupos de intelectuais e de setores conservadores da sociedade. (Amarante, 1995).

Também na década de 60, na Inglaterra, um grupo de psiquiatras – destaca-se Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson – muitos com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise, criam a Antipsiquiatria. O consenso entre eles é em relação a inadaptação do saber e das práticas da psiquiatria em relação à loucura, e mais especificamente com a esquizofrenia. Eles realizam a primeira crítica radical ao saber psiquiátrico. A Antipsiquiatria buscou romper definitivamente com o modelo assistencial vigente, tendo como proposta um novo modelo de Comunidade Terapêutica e um ‘lugar’ no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado em outra perspectiva que não a médica. Deixam de lado o tratamento químico ou físico, e passam a valorizar a análise do ‘discurso’ através da ‘metanoia’, da viagem ou delírio do louco. A antipsiquiatria, assim, criou outra referência teórica para a esquizofrenia, a partir de uma explicação onde a causa está nos problemas de comunicação entre as pessoas (Amarante, 1995).

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana teve início na década de 60, no manicômio de Gorizia, a partir de um trabalho de Franco Basaglia de humanização hospitalar. Inspirado no modelo de Maxwell Jones, da Inglaterra, a Comunidade Terapêutica é utilizada como estratégia inicial, mas logo é possível refletir sobre os riscos desta proposta, ao deixar intacto um dos elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação médico/paciente, instituinte das relações de objeto e saber/prática. Assim, percebeu-se que não era suficiente humanizar o manicômio, era preciso superá-lo. Então, o que estava em jogo era o projeto de desinstitucionalização, na desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos relativos a uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Dessa forma, em 1971 em Trieste, Basaglia dá início ao projeto; foram construídos centros de saúde mental, residências para os usuários, cooperativas de trabalho, serviço de emergência psiquiátrica. A experiência de Trieste constituiu um circuito de atenção, oferecendo ao mesmo tempo cuidado e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para quem precisa de assistência psiquiátrica. A Psiquiatria Democrática Italiana dá início ao deslocamento na estratégia de reinvenção da assistência, superando o modelo de comunidade terapêutica, fundada numa relação dentro/fora, construindo uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco, matéria prima para desconstruir o dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade (Amarante, 1995).

Antes de passar a segunda parte deste trabalho, onde abordarei a saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil, considero importante colocar sobre a criação do instrumento que atualmente é muito utilizado na prática psiquiátrica, não só no Brasil, mas em diversas partes do mundo: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Em 1948, sob influência de instrumentos estatísticos norte-americanos, a Organização Mundial da Saúde inclui uma sessão destinada a Transtornos Mentais ao seu sistema de Classificação Internacional de Doenças, o CID-6. Logo em seguida, em 1953, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) lança a primeira edição do DSM, sendo considerado o primeiro manual de transtornos mentais aplicado a clínica. O DSM-I incidia em uma lista de diagnósticos categorizados, com descrição clínica de cada categoria diagnóstica. De maneira geral, as doenças mentais eram entendidas como uma reação a situações existenciais aos quais o indivíduo não conseguia dar uma resposta adequada, desorganizando a vida subjetiva e resultando em sintomas manifestos. O DSM-II, desenvolvido juntamente ao CID-8, teve sua publicação em 1968, com algumas alterações terminológicas em relação ao DSM-I. Em 1980, após importantes revisões, a APA publicou a terceira edição do manual, com mudanças

metodológicas e estruturais, apresentando enfoque mais descritivo, com critérios explícitos de diagnósticos organizados em um sistema multiaxial. Influenciados por estudos atuais da Europa, como os de diagnósticos baseados em critérios operacionais, com questionários padronizados para o diagnóstico psiquiátrico, o DSM-III tinha como base amplas pesquisas biologicistas que ampliaram a tendência de abordar os fenômenos psiquiátricos de forma reificada e atomizada. O que se acreditava nesta época é que “toda doença mental é uma doença do cérebro”. O DSM-III marca um rompimento com a psicanálise, bastante influente na construção das duas primeiras edições, além de marcar uma crescente descrição biológica, resultante do sucesso alcançado pelas intervenções psicofarmacológicas nas décadas anteriores. Feitas correções, em 1987 lançaram o DSM-III-R. Com o aumento de pesquisas, revisões bibliográficas e testes em campo, em 1994 chega o DSM-IV, apresentando um aumento significativo de dados, com novos diagnósticos descritos, critérios mais claros e precisos. Uma revisão levou a edição DSM-IV-TR em 2000, sendo utilizado até o início de 2013. A mais recente versão do DSM foi publicada em 2013, o DSM-V, resultado de um processo de 12 anos de estudos, revisões e pesquisas de campo. Estruturalmente, esta versão do manual rompeu com o modelo axial presente desde a terceira edição (Araujo e Neto, 2014; Bezerra Jr, 2014). Segundo Dunker (2014) há diversos questionamentos sobre as renovações do DSM 5, porque elas não se apoiam de fato em novas descobertas da ciência, mas em redefinições dos nomes de sintomas, regras convencionais para reconhecer os transtornos e definições operacionais das síndromes, com forte influência da indústria farmacêutica em sua elaboração.

Em relação aos manuais diagnósticos, ao favorecer os sintomas objetivos em detrimento dos subjetivos, a psiquiatria tornou-se fortemente comportamental, numa perspectiva dos fenômenos.

Em outras palavras, relatos na perspectiva da primeira pessoa, de vivências carregadas de aspectos subjetivos, foram excluídos dos critérios diagnósticos, em detrimento de descrições objetivas e padronizadas, mais facilmente reconhecidas por seu aspecto de face, a partir da perspectiva do observador (terceira pessoa). Ao simplificar os fenômenos psíquicos, sinais e sintomas perderam seu caráter vivencial e se tornaram “coisas”, elementos mutuamente independentes, totalmente desprovidas de significado (Goldenstein, 2014, p 157).

Ao refletir sobre minha prática na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP, termino essa retomada histórica com uma reflexão. Quando, em 1980, o que se

acreditava era que “toda doença mental é uma doença do cérebro”, lembro-me do meu primeiro mês nesta enfermaria, quando fui conhecer e participar do procedimento de Eletroconvulsioterapia (ECT). Nesta ocasião, o médico que acompanhava o procedimento explicou que, atualmente, a psiquiatria entende que os transtornos mentais são uma doença do cérebro, e desta forma, o tratamento precisa se basear em estratégias para tratar este problema, como a ECT. Quando encontramos como propostas de tratamento aos transtornos mentais os medicamentos e procedimentos como o eletrochoque, percebe-se que a psiquiatria encontra, ainda, uma legitimidade dentro do paradigma biomédico.

Amarante (1995) ao falar sobre a reforma psiquiátrica brasileira, chamou a atenção ao fato de que ser um serviço externo não garante uma natureza antimanicomial, pois corre o risco de reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional. O autor aponta que a aprovação da legislação da reforma psiquiátrica e o surgimento dos serviços pouco afetaram o modelo psiquiátrico asilar tradicional.

O surgimento de uma trajetória não implica que a anterior não coexista. Por exemplo, a trajetória higienista não deixa de existir com o aparecimento da trajetória da saúde mental. Não se trata, aqui, da construção continuísta da história da psiquiatria, mas do relato do surgimento de algumas práticas (reunidas sob o conceito de trajetória) que se diferenciam do modelo psiquiátrico clássico (Amarante, 1995, p. 89).

A partir disso, irei neste segundo momento debruçar-me sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, os leitos de saúde mental em hospital geral e o momento histórico e paradigmático ao qual nos encontramos neste momento.

## **LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL E A REFORMA PSQUIATRICA BRASILEIRA**

*“Ele me dizia que eu deveria tomar medicamentos durante toda a minha vida (...) também recebi eletrochoques. Talvez eu não tivesse tido necessidade. Quando disse isso a meu médico, ele me respondeu “Senhora, quando a dor é muito grande” (...) Eu quis lhe dizer: Quando a dor é muito grande... falemos dela... da dor...” (RRASMQ-Érasme, 2006).*

Em relação ao cuidado das pessoas com transtornos mentais em Hospital Geral, Hildebrandt e Alencastro (2001) nos contam que, como já ressaltado acima, por muito tempo o hospício foi o local de recolhimento dos loucos. Porém, percebeu-se que o hospício não cumpria seu papel de tratamento e cura, e muitos movimentos surgiram propondo alternativas ao modelo hegemônico da psiquiatria.

A partir de então, o hospital geral passou inserir-se nas práticas de cuidado desta população. A primeira unidade de hospital geral para pacientes psiquiátricos foi organizada por Thomas Guy, em Londres, no Hospital St. Thomas, em 1728. Nos EUA, em 1902, a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral foi fundada pelo Dr. J. M. Mosher. No Canadá, o médico David Campell Meyers esteve à frente dos movimentos para inserção da psiquiatria no hospital geral, tendo a primeira enfermaria aberta em 1906. A Itália, em 1978, iniciou seu processo de mudanças na atenção psiquiátrica a partir da Lei 180, quando iniciou-se a organização de unidades psiquiátricas em hospitais gerais como locais do serviço público adequados para internação de pessoas com transtornos mentais. Na América Latina as primeiras unidades surgiram na década de 50. No Brasil, a pioneira foi aberta em 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenada pelo professor Nelson Pires. Neste ano também foi aberta uma unidade psiquiátrica no Hospital dos Comerciantes, em São Paulo, organizada por Laertes Ferrão, e outra em 1957 no Hospital Pedro II da Santa Casa da Misericórdia, na Universidade Federal de Pernambuco (Hildebrandt e Alencastro, 2001).

O contexto Brasileiro em relação as doenças mentais têm o Decreto n. 1.132/1903 como o primeiro provimento normativo que tratou do assunto, ele dispunha sobre a reorganização à assistência aos alienados. Este decreto tinha por objetivo unificar a política assistencial e estimular a construção de hospitais especializados. Este modelo, que vigorou até a Lei n. 10.216/2001, era o hospitalocêntrico e centralizado nos manicômios. Assim, os últimos três séculos foram marcados por cronificação, perda de vínculo afetivo, social e capacidade produtiva (Marchewka, 2007).

Segundo nos conta Amarante (1995) o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil tem como estopim a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde que formulava as políticas públicas de saúde do subsector saúde mental, em 1978, quando os profissionais da DINSAM deflagraram greve, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. Neste momento nasce o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, com debates e encaminhamento de propostas para transformação da assistência psiquiátrica; eles

denunciam a falta de recursos das unidades, a precariedade das condições de trabalho, com críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, além da falta de condições de assistência à população, negligência e psiquiatrização social.

Esta trajetória foi marcada por diversos encontros, discussões e mudanças nas propostas de transformação da assistência à saúde e à saúde mental da população. Caracterizada pela noção de desinstitucionalização, a segunda metade dos anos 80 se insere num contexto político importante para a sociedade brasileira. Neste período, destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental – o conhecido “congresso de Bauru”, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, a Associação Loucos Pela Vida em Juqueri, a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (Amarante, 1995).

Este momento de expansão da Reforma Psiquiátrica com proposições de mudanças paradigmáticas, superando as práticas manicomiais, converge com o momento da Reforma Sanitária, com a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde. Assim, a RP põe em questão os direitos dos usuários, com apostas na expansão da rede de cuidados em Saúde Mental no SUS (Amarante, 1995).

Destaca-se o Congresso de Bauru, em 1987, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, onde foi possível identificar forte influência da tradição basagliana no seu projeto de desinstitucionalização. Além disso, o surgimento de Associações de usuários e familiares e a participação destes nos congressos e conferências de saúde mental, marca o momento em que a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos, chegando nas cidades, na vida dos cidadãos. “Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido” (Amarante, 1995, p. 121).

Em 2001, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado é aprovado – Lei nº10216/2001, garantindo direitos básicos dos usuários de saúde. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelece a descentralização do modelo assistencial, com uma diversificada rede de serviços comunitários e territoriais pautados no modelo psicossocial (Brasil, 2001), tendo os Centros de Atenção Psicossocial, criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, papel essencial nesta transformação, construindo

cuidado extramuros, de forma horizontal e longitudinal aos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. Em 2011 o Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para organizar e orientar a assistência. Os componentes da RAPS são: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergencial, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial. (Brasil, 2011).

No que diz respeito a atenção hospitalar, diversas portarias e decretos subsidiaram os processos em curso, dentre elas a Portaria nº 148/GM/MS, de 2012, que regulamentou o Componente Hospitalar da RAPS; a Portaria nº 706/SAS/MS, de 2012, que instituiu a especialidade denominada Leito de Saúde Mental. As modalidades de internação psiquiátrica especificadas pela Lei 10216 são: Internação Psiquiátrica Voluntária; Internação Psiquiátrica Involuntária, mediante comunicação ao Ministério Público em até 72 horas; Internação Psiquiátrica Compulsória, mediante ordem judicial. Importante ressaltar que, no Art. 04 da Lei 10.216, orienta-se que qualquer que seja a modalidade de internação, ela só deve ser feita quando os recursos extra hospitalares se tornarem escassos. Além disso, esta lei proíbe a internação em instituição asilar que não contemple as características adequadas e necessárias para tratamento (Brasil, 2001).

Os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (LSMHG) antecedem a implementação da RAPS, compondo hoje a Atenção Hospitalar. Este dispositivo é disponibilizado aos usuários em situação de crise com retaguarda de cuidado intensivo, como uma estratégia dentro de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído a partir de sua equipe de referência da RAPS (Dias, Gonçalves e Delgado, 2010). Assim, quando a tecnologia de cuidado do CAPS não alcançar a demanda do sujeito, os LSMHG são equipamentos que viabilizam este cuidado intensivo aos quadros agudos e aos usuários de álcool e outras drogas (SILVA, 2016). Dessa forma, é importante ressaltar que os serviços da RAPS estejam integrados entre si, para um cuidado longitudinal e integral dos usuários.

Foi possível perceber, nos últimos anos, que o aumento de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral é uma estratégia importante para a redução dos leitos em Hospitais Psiquiátricos. Assim, em 2008 foi instituído um Grupo de Trabalho com os objetivos de promover discussões sobre as estratégias de expansão da quantidade de leitos em HG. Em 2009 o Ministério da Saúde lança a Portaria 2.629/09 reajustando a remuneração dos procedimentos em saúde mental nos HG, onde pela primeira vez na história da assistência à saúde, os

procedimentos em HG tornam-se mais bem remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos.

Podemos então afirmar que os LSMHG apontam como uma crítica e uma alternativa terapêutica ao hospital psiquiátrico tradicional. Ao ter como proposta internação breve com rápido retorno a comunidade, além da facilidade de acesso da população aos hospitais gerais, se comparado com hospitais psiquiátricos que costumam ficar isolados e afastados da cidade, a internação psiquiátrica deixa de ser o centro da assistência, passando a ser parte da estrutura assistencial, buscando ao máximo a continuidade terapêutica em dispositivos extramuros (Botega e Dalgalarondo, 1992).

Além disso, em seu trabalho sobre o papel do HG na saúde mental, Paes et al (2013) pontuam que o HG precisa sustentar suas atividades na perspectiva do modelo psicossocial, tendo como foco principal não a doença psiquiátrica em si, mas a multidimensionalidade do ser humano, a partir do cuidado integral. “A integralidade consiste na inclusão de diferentes olhares sobre a pessoa com transtorno mental a fim de compreender o indivíduo em sua totalidade” (Paes et al, 2013, p. 409). Para tanto, coloca que é necessário que o HG abranja a determinação do processo saúde-doença e promova práticas em saúde que abarquem a dimensão biológica, psicossocial e cultural deste processo. Nesse sentido, é preciso superar o paradigma hospitalar medicocentrado, pautado na medicalização, e aderir ao trabalho em equipe multiprofissional, primordial para o cuidado integral. Além disso, o modelo psicossocial inclui a sociedade, a familiar e o usuário na co-construção de seu tratamento.

Por conseguinte, ressalto que o Ministério da Saúde (2011) preconiza que as enfermarias de saúde mental em hospital geral ofereçam equipe multiprofissional qualificado, espaços terapêuticos, atendimentos individuais e grupais, abordagem familiar e encaminhamento pós-alta para continuidade do tratamento na RAPS.

Trago então um apontamento a respeito da constituição da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Unicamp. Neste momento, como já apontado no início deste trabalho, os profissionais contratados pelo Hospital das Clínicas nesta enfermaria são médicos psiquiatras e enfermeiros, os demais profissionais são compostos por programas de residência, treinamento em serviço e aprimoramento: de psiquiatria, de saúde mental, de assistência social e de psicologia. Assim, todos os profissionais trabalham juntos, embora não componham uma única equipe, mas sim várias equipes a partir do núcleo, resultando em uma fragmentação no cuidado. Além disso, o momento de reunião da equipe é na ocasião da ‘visita médica’, realizada em uma sala no lado externo da enfermaria, tendo como foco a discussão a



respeito da evolução dos sintomas dos pacientes, a adequação medicamentosa e, em alguns casos, outras formas de intervenção não medicamentosa possíveis – em geral avaliações psicológicas e psicoterapia individual. Neste sentido, percebe-se uma orientação ainda baseada na lógica científica de centralidade médica, de intervenção centrada na medicação e direcionada por sinais e sintomas da doença mental.

Acolhe-se a singularidade do sofrimento de um sujeito ou classificam-se as pessoas em um comum para aliviar a angústia de quem escuta? Ou para justificar teorias? Quando um sujeito em sofrimento fala, ao escutá-lo, nos serviços de saúde, o que se faz é a codificação de seus relatos em sintomas e critérios diagnósticos? Se as primeiras escutas realizadas no ato de acolher um sujeito em um dispositivo de saúde são pautadas em buscar sintomas psiquiátricos para classificações diagnósticas, o que temos como consequências? (Barberio, 2016, p.23).

Percebe-se que o médico tradicional sabe mais sobre o sintoma que o paciente, nomeando-o e dando o tratamento, classificando os sintomas enquanto decorrentes de um diagnóstico e, sendo assim, resolve, propõe mudanças, normatizações esperadas. No entanto, é possível encontrar diversos profissionais – inclusive médicos, dentro do paradigma psicossocial, que optam por um cuidado a partir da escuta do sintoma e espera do sentido deste, do significado do sintoma para o indivíduo. Não se colocando no lugar de saber, mas sim de compreender o processo de formação daquele sintoma, ao escuta-lo e escutar seu corpo, sua história, sua singularidade, e o que isso diz da sua estrutura diagnóstica (Moretto, 2002).

## **CORPO PALAVRA, CORPO VIDA, CORPO POESIA**

*Nossas costas  
Contam historias  
Que a lombada  
De nenhum livro  
Pode carregar  
Rupi Kaur*

O corpo é historicamente e ainda hoje um tabu. Falar, sentir, viver, cuidar, tocar, é pecado, proibido, segredo. Nos caminhos da clínica e da saúde mental, tecemos encontros diários com diferentes pessoas, corpos, existências. Tem o corpo que caminha nos pátios dos manicômios; tem o corpo da mulher violentada, o corpo da mulher “doida” por não ser dona de

casa, o da mulher oprimida e da mulher reprimida; tem o corpo gestante, e também o corpo da mãe que perdeu seu filho, e o corpo da puérpera; tem o corpo da criança que não pode ser criança; tem o corpo de usuário de drogas; tem corpo perseguido, corpo rompido por separação, corpo mutilado, corpo abandonado, corpo solitário, corpo invadido, corpo angustiado, corpo ansioso, corpo silenciado, corpo desesperado, corpo judicializado; tem o corpo jovem e apaixonado, também tem o corpo velho e “desemcabado”, o corpo sem família; tem o corpo negro, o corpo gay, o corpo trans, o corpo marginalizado e excluído; tem o corpo frustrado; tem o corpo sem memória pelo eletrochoque; também tem corpo magro, corpo severo, corpo com medo, corpo agressivo e agredido, corpo ajustado e dócil, corpo aprisionado, corpo cortado, corpo rígido, corpo que “sente-se como uma rocha”, corpo com fome, corpo “com o coração triste”; também tem o corpo ouvidor de vozes; o corpo institucionalizado, o corpo mudo, o corpo que grita, o corpo negado; tem o corpo da rua, o corpo mercadoria, o corpo maquina, o corpo medicalizado, o corpo normalizado; também o corpo de escritor, e o corpo de trabalhador. Todos: corpos com história, com vida, com potência e resistência.

Corpo, para Merleau-Ponty (2011), é “(...) veículo do ser no mundo (...)” (p.122) de toda experiência vivencial. Segundo ele, o corpo não pode ser considerado coisa ou objeto, propondo a superação da concepção objetiva e mecânica do corpo. Ele sugere uma perspectiva do corpo como sentido e significado, ao compreender o homem como ser em situação, na qual o corpo, um corpo habitual (vivido), integra o fisiológico e o psíquico em sua existência, que é construído a todo instante. Merleau-Ponty traz a concepção de corpo próprio, que é mediador de toda experiência, assim como a corporeidade está ancorada na existência “(...) ele não é nem tangível nem visível na medida em que é aquilo que vê e aquilo que toca” (p. 136).

Nossa existência é corporal e nos coloca sempre em relação com o mundo. Ao falar da concepção de corpo próprio, o autor aponta que “dizer que tenho um corpo é então uma maneira de dizer que posso ser visto como um objeto e que procuro ser visto como sujeito” (Merleau-Ponty, 2011, p. 231). Segundo o filósofo, não somos apenas uma consciência perceptiva, somos corpo. Mas não apenas corpo como objeto, como instrumento, somos corpo e consciência, ou seja, somos “corpo-próprio”. Merleau-Ponty (2011) escreve que “(...) longe de meu corpo ser para mim apenas um fragmento de espaço, para mim não haveria espaço se eu não tivesse corpo” (p. 149). Nesse sentido, o movimento humano não é simplesmente uma resposta da consciência, que existe para transportar o corpo para um lugar que determinamos previamente; ele aponta que não nos movimentamos ao pensar em um movimento, assim como o espaço corporal não é um espaço pensado ou representado.

Dessa forma, Merleau-Ponty (2011) nos aponta o corpo como aquele que está constantemente em construção, o corpo como memória, como aqui e agora formado pelo passado, presente e futuro. Então não vamos nunca dizer que nosso corpo está no espaço ou no tempo, pois ele é o espaço e é o tempo. Da mesma forma que corpo não tem consciência, ele é consciência. Para ele, a existência humana acontece num envolvimento com o mundo vivido, o tempo e o espaço: “simplesmente ele é seu corpo e seu corpo é a potência de um certo mundo” (pag. 154). Assim como “ser corpo, nós o vimos, é estar atado a um certo mundo, e nosso corpo não está primeiramente no espaço: ele é no espaço” (pag 205).

Portanto, o corpo não é um objeto. Pela mesma razão, a consciência que tenho dele não é um pensamento, quer dizer, não posso decompô-lo e recompô-lo para formar dele uma ideia clara. (...) quando se trata do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro meio de conhecer o corpo humano senão vive-lo, quer dizer, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele. Portanto, sou meu corpo, exatamente na medida em que tenho um saber adquirido e, reciprocamente, meu corpo é como um sujeito natural, como um esboço provisório de meu ser total. Assim, a experiência do corpo próprio opõe-se ao movimento reflexivo que destaca o objeto do sujeito e o sujeito do objeto, e que nos dá apenas o pensamento do corpo ou o corpo em ideia, e não a experiência do corpo ou o corpo em realidade (Merleau-Ponty, 2011, pag 269).

Outro autor que também vê o indivíduo como unidade é Wilhelm Reich. Em seus escritos, Reich (2004) fala que toda história de vida de uma pessoa, incluindo toda a particularidade da transferência e da resistência, as memórias de experiências traumáticas precoces, as crenças e atitudes, estão estruturadas e intrínsecas no corpo. Este autor desenvolveu os princípios das terapias corporais, a partir de conceitos como o caráter e a couraça.

Para Reich (1990, p. 128) caráter “é a soma total funcional de todas as experiências passadas” de um indivíduo ou “[...] o modo de existir específico de uma pessoa [...]”. (Reich, 2004, p. 56). A organização social na qual o sujeito está inserido, seus mecanismos de repressão e poder, tem influência na formação do caráter, advindo de eventos indesejáveis onde ele precisou se proteger. Esta proteção é o encouraçamento do caráter, ou traço de caráter, que é formado principalmente durante as fases do desenvolvimento infantil. Segundo o autor uma de suas funções principais é evitar estímulos e garantir o equilíbrio do indivíduo (Reich, 2004).

Caráter consiste numa mudança crônica do ego que se poderia descrever como um enrijecimento. Esse enrijecimento é a base real para que o modo de reação característico se torne crônico; sua finalidade é proteger o ego dos perigos internos e externos. Como uma formação protetora que se tornou crônica, merece a designação de “encouraçamento”, pois constitui claramente uma restrição à mobilidade psíquica da personalidade como um todo (Reich, 2004, p. 151)

A necessidade de recalcar exigências pulsionais ocasiona a formação de caráter. No recalque, mecanismo que remete para o inconsciente conteúdos aflitivos para o ego, produz-se um estado crônico de tensão muscular. “Os recalques têm de ser cimentados, o ego tem de se enrijecer, a defesa tem de assumir um caráter cronicamente operante e automático” (Reich, 2004, p. 153). Essas tensões musculares, ou couraças musculares, assim como o caráter, originam-se de eventos de repressão em que o indivíduo foi submetido durante seu desenvolvimento psicosexual. Assim, a sexualidade é de grande importância para a formação e manutenção de cada caráter e couraças.

A origem da couraça se dá pela repetição dessas defesas, ela é “resultado crônico de choque entre exigências pulsionais e um mundo externo que frustra essas exigências. Sua força e continua razão de ser provem dos conflitos existentes entre pulsão e o mundo externo” (Reich, 2004, p. 152). O autor afirma que a couraça é uma espécie de armadura de tensão que impede o fluxo energético e biológico, atuando como defesa frente aos conflitos com o mundo externo e com os desejos internos reprimidos, ela é a compensação somática do processo de repressão psíquica (Reich, 2004).

Assim, uma sociedade rígida, autoritária e repressiva, resulta em angustias e pulsões internas que são tensionadas, gerando indivíduos encouraçados. Movimentos espontâneos e autênticos dão lugar a movimentos enrijecidos e mecânicos. Caráter e couraça referem-se à memória, é a história do indivíduo registrada no corpo. “[...] toda rigidez muscular contém a história e o significado da sua origem”. (Reich, 1990, p. 255).

As tensões musculares, ou couraças musculares, são defesas que se tornaram enraizadas pelo seu enrijecimento. Porém, a existência desta estrutura de defesa não é cronificada, é possível sua flexibilidade. Para ele, acessando o corpo pela mobilização da couraça, torna-se possível acessar emoções e afetos que remetem a situações ligadas a constituição das mesmas, sendo possível flexibiliza-las e transforma-las (REICH, 1990; 2004).

Assim, Merleau-Ponty e Wilhelm Reich apontam para uma concepção de corpo como uma unidade, concebido pela estrutura social, o desenvolvimento biológico e o psiquismo, de forma que já não se pode mais saber até onde começa um e termina outro.

Sua unidade é sempre implícita e confusa. Ele é sempre outra coisa que aquilo que ele é, sempre sexualidade ao mesmo tempo que liberdade, enraizado na natureza do próprio momento em que se transforma pela cultura, nunca fechado em si mesmo e nunca ultrapassado (Merleau-Ponty, 2011, P. 269).

É partindo destes referencias que irei discutir dois casos que acompanhei ao longo deste ano na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Unicamp. Ressalto aqui que os nomes de ambos os relatos são fictícios, afim de preservar o sigilo dos usuários acompanhados.

#### Gabriel – As expressões do silêncio

*Gabriel tem 14 anos, é alto, magro, branco, cabelo castanho escuro. Seu tronco é ligeiramente curvado para frente e tem um semblante triste. Mora com seu pai, sua mãe e dois irmãos. É um adolescente introvertido, fala pouco e interage com poucas pessoas. A família mora em uma área de ocupação, zona periférica da cidade. Atualmente está no 9o ano, porém não iniciou os estudos este ano, pois foi internado na Enfermaria de Psiquiatria em fevereiro. Nos primeiros dias que chegou na internação eu via-o muito pouco, estava sempre deitado em sua cama, no primeiro quarto, logo na entrada, junto com outros três pacientes. Em alguns momentos via-o contido mecanicamente, e segundo a equipe as contenções eram feitas por tentativas de fuga. Gabriel utilizava as vestes do hospital, por entenderem que caso ele fuja seria mais fácil a segurança impedir sua saída da instituição. A equipe de enfermagem relatava que Gabriel, ao entrar no banho, ficava deitado embaixo d'água em posição fetal; afirmavam também que o paciente vinha recusando cuidados básicos, como arrumar a cama e se alimentar. Sua hipótese diagnóstica: esquizofrenia; veio ao hospital após uma tentativa de suicídio - ameaçou jogar-se de um viaduto, seus familiares chegaram e conseguiram contornar a situação, chamaram SAMU que o levou ao Pronto Socorro do Hospital.*

*O irmão mais novo de Gabriel passa o dia na escola, o mais velho parou os estudos. Seu pai é alcoolista, e há um tempo os pais se separaram, segundo a mãe de Gabriel porque “ele era um pouco violento quando bebia” (sic); relata que voltaram a morar juntos agora “por causa dos filhos” (sic). Porém, ela conta que pelo alcoolismo do pai, Gabriel não tem*

*boa relação com ele, e afirma que o filho “não aceita o pai, por causa desses problemas” (sic). A mãe conta sobre Gabriel, diz que “ele era normal até os 13 anos” (sic), ia a escola, tinha alguns amigos. Conta pouco sobre a infância do filho. Diz que ele sempre foi mais quieto, introvertido, e a partir dos 13 anos começou a isolar-se, ficando apenas no quarto ou no celular. Diz que desde julho/2017 ele começou a apresentar comportamentos estranhos: parou de sair do quarto, por diversas vezes chorava sem contar-lhes o motivo, com episódios de agressividade, desorganização, bater a cabeça na parede, alteração do reconhecimento do corpo (braços e dedos encolhendo, as vezes aumentando) e ria sem motivos aparentes. Além disso, começou a apresentar discurso persecutório, dizendo que haviam hackeado seu celular para vigiá-lo. Ao longo destes 7 meses ele foi se isolando cada vez mais, parou de falar por um tempo, parou de tomar banho, e caminhava sem destino pelo bairro. Gostava de ficar sentado no viaduto próximo a sua casa. Já no final de 2017 ela conta que Gabriel começou a queimar e rasgar as roupas, e comia tudo o que via pela frente. Depois parou de comer, raramente aceitava os alimentos que a família oferecia. Quando chegou na internação não reconhecia seus pais. A mãe contou ainda que o filho tem um caderno onde escreveu que iria matar os pais e o vizinho, e relata que o nome do vizinho está em toda a parede do quarto do filho. Gabriel dizia ouvir vozes do vizinho, da qual ordenavam que se matasse para conseguir dinheiro.*

*Já se passava um mês de internação e as discussões clínicas de Gabriel giravam em torno de: mantém discurso persecutório e alucinações auditivas; está tomando as medicações? Está enganando a equipe? Gabriel estava em uso das seguintes medicações: Risperidona 2mg (1-1-0); Clonazepam 2mg (1-1-1); Olanzapina 5mg (0-0-1).*

*A partir daí fui aos poucos investindo em aproximações com Gabriel, porém durante as manhãs ou ele estava dormindo, por conta das medicações que vinha tomando, ou estava na presença de sua mãe, e nestes momentos de sua presença ele pouco saía do quarto. Gabriel conversava pouco, em geral fazendo sinais de sim e não com a cabeça, ou respondia aos questionamentos feitos.*

*Gabriel parou com as tentativas de fuga da enfermaria, passou a perguntar as pessoas se poderia sair, recebendo diariamente respostas negativas. Ele também foi remanejado de quarto, segundo a equipe deixar ele no quarto ao lado do portão era ruim, pois ele ficava o dia inteiro atento ao portão. Foi para um quarto com apenas outro paciente. Gabriel parecia sentir-se mais à vontade ali. Ele permanecia recusando alimento, afirmava que comer fazia suas pernas se alongar, e assim seguia emagrecendo.*

*Meus investimentos de aproximação com Gabriel iniciaram após um mês de sua entrada na instituição, e caminhavam à medida que eu pensava estratégias de vinculação que não invadissem seu espaço. Começo com investimentos a partir da comunicação não verbal e com objetos de mediação para interagir com ele: escrita, jogos, desenhos.*

*Gabriel já estava em seu terceiro quarto, desta vez a mudança se deu por demanda de outros pacientes. Ao entrar em seu quarto num final de tarde, pergunto se posso ficar com ele, ele diz que sim, complemento dizendo que caso se incomodasse, que me dissesse, Gabriel vira-se para o outro lado da cama, de frente para janela, e permanece de costas para mim, sem conversar. Depois de 20 minutos, levanto e digo que estou indo. Gabriel não se vira da cama e faz sinal de sim com a cabeça. A partir daí começo a me colocar diariamente disponível para ele, sem qualquer proposta pronta. Gabriel, ao permanecer praticamente o dia inteiro deitado, pouco interagia com outros profissionais ou pacientes, e na busca por um oferecimento de permeabilidade e disponibilidade, passei a ficar ao seu lado todos os dias por algum tempo, mesmo que em silêncio. Sigo neste investimento diariamente, por 20 minutos. Todos estes encontros deram-se de forma semelhante: Gabriel de costas, fazendo sinais de sim e não com a cabeça. Eventualmente ele voltava-se para mim, mas sem dizer nada retornava à posição de costume. Em alguns momentos eu fazia breves intervenções verbais.*

*Após dez dias deste investimento, em uma sexta-feira vou ao quarto de Gabriel e proponho um jogo de uno, ele aceita. Vou buscar e quando retorno ele diz que não quer, então pergunto o que ele quer, ele responde “companhia” (sic). Digo então que vou ficar com ele, ele vira-se para o outro lado da cama e eu fico ao seu lado por 20 minutos.*

*Naquele dia, ao discutir o caso com o médico residente e um dos professores da enfermagem, concordamos sobre a complexidade do caso, além do fato de que as medicações não vinham surtindo o efeito esperado – de remissão dos sintomas delirantes. Pontuo sobre minha aposta de levarmos ele para fora da enfermagem, para sair, caminhar, pensando terapêuticamente nos benefícios que ele teria, e no quanto ele pede por isso diariamente. Discutimos também a proposta de o levar até o CAPS, para aproximação e vinculação, e para participar de alguma atividade, talvez no parque, visto que Gabriel relata gostar de jogar futebol. Pactuamos as saídas no pátio do hospital, assim como a articulação com o CAPS.*

*Verbalmente, Gabriel pouco se comunica. Assim, seguindo meu investimento de pensar propostas não-verbais para ele, ofereci um papel e uma caneta. Na ocasião em que lhe dei os materiais, ele diz que não tem vontade de escrever, e que ‘não gosta muito da vida’ (sic). Falei que escrever é uma alternativa para externalizar o que sente. Ele fica em silêncio, passo*

*um tempo com ele e logo depois ele pede para ficar sozinho. Saiu do quarto. Naquele dia também caminhamos no pátio, a pedido dele. Também foi junto o médico residente. Nesta ocasião o residente pergunta se ele tem conversado comigo, ele responde que nós conversamos pouco, e complementa dizendo que não gosta de conversar.*

*Os fatos que se sucederam ao longo deste dia e do meu processo de investimento me fizeram perceber que solicitar que ele se comunique verbalmente não seria a melhor via de acesso, de vínculo ou de construção terapêutica. Ele já vinha demonstrando como quer ser cuidado, e que não é pela via do verbal de perguntas e respostas. Porém, tampouco deixar de falar, e ficar em silêncio, configura-se como uma boa estratégia. Afinal, a via verbal não é a única de comunicação.*

*Na semana seguinte, terça-feira, saímos ao pátio; em alguns momentos ele pedia para ficar sozinho, eu o deixava, ficando afastada. Em outros momentos pedia para eu ficar próxima, ou para caminarmos juntos. Pediu para irmos até a janela do corredor, onde ficamos por um tempo olhando o jardim do primeiro andar. Naquele dia Gabriel também participou da Oficina de Cinema, e ficou no pátio com sua mãe algum tempo.*

*No dia seguinte, Gabriel logo cedo pergunta se tem algo que podemos fazer juntos, eu levo-o até o ateliê e abro o armário. Ele escolhe o quebra-cabeça e acrescenta que prefere montá-lo no quarto. Levamos juntos uma mesa até seu quarto, despejamos as peças sobre a mesa - era um quebra-cabeça muito grande e ele se assustou na hora que viu as peças. Falei para ele que poderíamos montar aos poucos, e que uma possibilidade seria começar separando as cores. Estando de acordo, vamos aos poucos separando as cores; ao longo do processo ele parava, sentava na cama, deitava, depois voltava, continuava junto comigo. Até que terminamos a separação, e começamos a montar. Montamos pouco, logo ele disse que estava difícil e não queria mais. Eu concordo, e ele me ajuda a guardar as peças, levar o jogo e a mesa de volta, e vamos dar uma volta no pátio juntos.*

*Na terça-feira seguinte, converso com Gabriel sobre o CAPS, falo para ele que também seria um momento de ele sair da Enfermaria, aproveitar um tempo em outro espaço de cuidado. Ele concorda em irmos na sexta-feira daquela semana. Gabriel naquele dia também diz que gostaria de cortar o cabelo e fazer um desenho na sobrancelha, falo que podemos ver se no CAPS eles fazem, mas que de qualquer forma quando ele fosse para casa poderia fazer.*

*Na quarta-feira daquela semana trabalhei com ele as sensações corporais, a partir do uso de uma bola de massagem. Trago duas: uma para ele e uma para mim; e juntos vamos*



*explorando cada parte do corpo. Gabriel reage de forma positiva a essa atividade, fala das sensações que estava tendo no corpo, mas que não sabia explicar em palavras o que estava sentindo. Passamos 30 minutos naquela atividade, massageando e reconhecendo as partes do corpo juntos.*

*Sábado Gabriel foi para casa, em sua licença terapêutica, retornou na segunda-feira seguinte: cabelo cortado, sobrancelha desenhada e, segundo relatos, 'outra pessoa'. Recebeu alta no mesmo dia, com retorno para o ambulatório de psiquiatria do hospital e continuidade do tratamento multiprofissional no CAPSij de sua região.*

De acordo com Reich (2004), na psicose o mecanismo existente é uma projeção do seu próprio corpo, tomando-o como algo estranho a si próprio, pertencente ao mundo exterior. Além disso, ele aponta para uma fragmentação no processo de coordenação bioenergética responsável pela integração psicossomática. Essa desintegração deriva da cisão entre a autopercepção e a excitação causada pelos processos biofísicos subjacentes (somática), assim esta não chega a ser percebida como originária do próprio indivíduo. A desintegração do indivíduo entre suas sensações biofísicas e sua autopercepção resulta na cisão em sua personalidade, favorecendo este mecanismo de projeção das suas percepções. Reich explica que (2004, p. 401): “É como se as percepções estivessem localizadas a certa distância, externamente à superfície da pele do organismo”. Essa cisão é responsável pela distorção do contato do indivíduo com a realidade – constituindo os delírios e alucinações, pelas sensações de estranhamento e despersonalização. (Barbosa e Nascimento, 2015).

Assim, ao olhar para o caso de Gabriel, é importante perceber que ocorre uma desintegração de seu corpo, quando muitos de seus sintomas são no corpo, nas sensações de braços e pernas crescendo; também ressalto sua forma de comunicação, muitas vezes não verbal, que tem relação com seu processo corporal e com sua forma de estar no mundo. No momento da descompensação do quadro psiquiátrico, na psicose, Gabriel foi levado para um espaço protegido, afim de lhe dar contorno. Porém, esta Enfermaria é um espaço fragmentado: as roupas hospitalares, que homogeneízam e padronizam todos os pacientes; os cuidados de diversas equipes a partir dos núcleos de formação, além dos três turnos de trabalho, onde a passagem de plantão diz respeito apenas aos cuidados e procedimentos da enfermagem; os cuidados da equipe de enfermagem que organiza-se baseado na divisão do trabalho em tarefas, onde cada profissional fica responsável por realizar um procedimento em todos os pacientes, ao invés de realizar o cuidado integral ao paciente; além dos cuidados diários da mãe. Enfim,

minha intervenção ao longo de sua internação se deu no sentido de construir uma perenidade, estando com ele diariamente ao longo do dia, além de trabalhar uma costura diante desta fragmentação de diferentes atores: mãe, enfermagem, médicos, psicólogos. Também construí junto dele este contorno corporal, a partir da nomeação e reconhecimento de seu corpo.

O silêncio é um tema que sempre despertou muitas discussões, por suas dificuldades de lidar com ele no setting terapêutico, além das mais variadas interpretações possíveis dadas a ele. A partir do trabalho de Ribeiro e Amaral (2016), trago a contribuição de Wilhelm Reich e Donald Winnicott para essa discussão, por ser essa uma interlocução de dois autores que possuem um objetivo terapêutico em comum: a espontaneidade.

Para Reich, não é só o que o paciente diz que é importante, mas como o diz. Assim, valoriza-se tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal, ou seja, é necessário fazer uso do comportamento do indivíduo como material: a maneira de falar, seu grau de polidez, a expressão facial, sua postura corporal, pois segundo ele as resistências estariam incrustadas no caráter do paciente (Ribeiro e Amaral, 2016). Assim, o autor percebe o silêncio como resistência, sustentando que isso também pode ser analisado e usado como material, ele afirma que o silêncio pode ser “o resultado de uma ‘incapacidade’ de expressar verbalmente seus impulsos internos” (Reich, 2004, p. 296-297). Ele afirma que isso também pode ter a ver com o fato de que não é fácil confiar inicialmente no terapeuta, assim, poucos são aqueles que estão preparados para abrir-se completamente no início do processo psicoterapêutico.

Ao refletir sobre a intervenção clínica nestes casos, Reich critica a intervenção de uma obrigatoriedade de comunicação verbal, permitindo que o paciente se sinta mais à vontade.

Em vez de pedir, persuadir ou até recorrer à bem conhecida "técnica do silêncio", o analista consola o paciente, assegurando-lhe que compreende sua inibição e que, por ora, pode passar sem suas tentativas de comunicação. Desse modo, o paciente fica aliviado da pressão de "ter de" falar (Reich, 2004, p. 297).

Neste sentido, Winnicott traz o conceito de *hesitação* para falar sobre o silêncio. A partir da observação de bebês em relação a um determinado objeto, a espátula, na presença da mãe, o autor explica o “jogo da espátula”

Estágio 1 – O período de hesitação. O bebê é atraído pela espátula, estende a mão para a espátula e, em seguida, percebe que a situação merece ser considerada. Instaura-se um dilema, o momento é de expectativa e imobilidade. Nenhuma intervenção deve ocorrer nesse

momento. Estágio 2 – O bebê põe a espátula na boca e mastiga-a com as gengivas. Ao invés de expectativa e imobilidade, surge autoconfiança acompanhada de livre movimentação corporal, relacionada à manipulação da espátula. O bebê está de posse da espátula e parece sentir que ela está sob o seu domínio, à disposição dos seus propósitos de autoexpressão. Estágio 3 – O bebê deixa cair a espátula como que por engano. Se ela lhe é devolvida, diverte-se, livrando-se dela agressivamente. Em seguida, vai para o chão e diverte-se com outros objetos. (Avellar, 2004, p. 75, em Ribeiro e Amaral, 2016)

A partir dessa observação ele notou que, durante esse estágio, independente da hesitação corresponder ao que se considera normal ou não, não é possível enfiar a espátula na boca da criança. A espátula, mais do que um objeto, pode representar as interpretações do analista, porque neste período as interpretações podem ser invasivas, impossibilitando a expressão do indivíduo e até mesmo a apropriação daquilo que foi dito. Por meio da hesitação o bebê sente o ambiente, se familiariza e, quando estabelece confiança, explora-o de forma espontânea. Essa hesitação expressa-se muitas vezes pelo silêncio (Ribeiro e Amaral, 2016).

A passagem de um estágio para o outro, explica Winnicott, depende da confiança que o bebê tem com o ambiente. Para que o bebê sinta confiança no ambiente, é necessário que haja uma mãe suficientemente boa, um ambiente suficientemente bom, que se adapte às suas necessidades “uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração” (Winnicott, 1953c/1988, p. 401). Essa adaptação, por conseguinte, leva em conta as necessidades fisiológicas e afetivas, ou seja, além de ofertar alimento, a mãe também deve estar atenta a maneira como olha, toca e segura o bebê e à sua postura corporal, o que Winnicott chamará de *holding*. (Ribeiro e Amaral, 2016).

Winnicott descreve o bebê como uma massa caótica de emoções que através das identificações projetivas e a fusão corpo a corpo com a função materna vai dando continência a essas emoções, que faz o bebê passar de um estágio não integrado, usando outra linguagem, “desincorporado” para sensação de integração, ou seja, a inserção da psique no soma, incorporando sua existência psicossomática. ” (Lima, 2016, p 16).

Na clínica, a função de holding pode ser desempenhada a partir do cuidado, por meio de palavras; pelo silêncio, demonstrando que o paciente está em um ambiente seguro, a partir da postura corporal, gestos, respiração etc. e pelo holding em sua forma física, somente em último caso. Para Winnicott, o holding proporciona segurança e relaxamento ao bebê, desse modo, ele começaria a sair do estado de não integração e fusão com o meio externo para um estado integrado e mais individualizado. Assim, o que podemos oferecer ao paciente é a confiabilidade. A comunicação inicial mãe-bebê se dá de forma silenciosa; assim, com o tempo poderá manifestar seu gesto espontâneo para que o cuidador (mãe, terapeuta) possa ir ao encontro de sua necessidade (Ribeiro e Amaral, 2016).

A tendência a integrar é ajudada por dois conjuntos de experiência: a técnica de cuidado infantil através da qual a temperatura do bebê é mantida, ele é manipulado, banhado, embalado e nomeado e, também, as experiências instintivas agudas que tendem a tomar a personalidade uma a partir do interior (Winnicott, 1945d/1988, p. 276).

Portanto, o holding é a sustentação de onde se desenvolve a confiança necessária no ambiente para que o indivíduo possa existir em sua espontaneidade, sem que esse ambiente o invada. O holding no manejo clínico, como sustentação de determinadas experiências ao longo de um tempo, sem interrupção, significa oferecer um setting que sustente e permita seu processo de integração (Ribeiro e Amaral, 2016).

Winnicott também faz uma ressalva em relação aos pacientes psicóticos, onde a comunicação mais significativa poderia ser silenciosa, pois a defesa ocorreu em uma fase na qual a comunicação era pré-verbal e pré-edípica. Assim, quando o terapeuta atinge camadas mais profundas, pode ser prejudicial e invasivo fazer uma interpretação verbal, sendo necessário estar pronto para receber um gesto espontâneo, numa espécie de jogo de espera (Ribeiro e Amaral, 2016). “Pode-se naturalmente interpretar movimentos e gestos de todos os tipos, e detalhes de comportamento, mas neste tipo de caso acho melhor que o analista espere” (Winnicott, 1965j(1963)/1983, p. 171).

Em relação ao caso acompanhado, ao sustentar aquele momento diário ao lado de Gabriel, ofereci um holding terapêutico que permitiu sua confiança no ambiente para, ao seu tempo, ele se expressar. Respeitei seu silêncio, percebendo momentos onde intervenções verbais teriam espaço e interviriam de forma positiva e favorável para o tratamento.

Ainda sobre o silêncio, Reich, em sua teoria, não o trata apenas como resistência. Ele afirma que “além da função de comunicar, a linguagem humana também funciona como

defesa. A palavra falada esconde a linguagem expressiva do núcleo biológico” (Reich, 2004, p 334). Ele valoriza o silêncio do paciente como uma forma de entrar em contato com suas emoções e sensações.

Além disso, Reich, ao perceber o processo de encouraçamento como uma interrupção dos gestos espontâneos, propõe uma terapia corporal onde o trabalho com o paciente busca articular seu corpo aos processos perceptivos subjacentes, com o objetivo de estabelecer uma integração psicossomática entre os processos bioenergéticos (somáticos) e a autopercepção do indivíduo acerca deles (psíquica). Na esquizofrenia, ao aproximar o indivíduo de suas sensações, busca-se que ele vivencie a realidade do seu corpo, que irá diminuir as distorções na maneira como estabelece contato com a realidade (Barbosa e Nascimento, 2015).

Dessa forma, a partir da atividade de montar o quebra-cabeça e da atividade de nomeação e reconhecimento do corpo, propus-me a construção de um processo de integração, de contorno de si e de estabelecimento de uma relação com o mundo externo.

Finalizo com Merleau-Ponty (2011) que afirma que os sintomas do corpo não são manifestações, mas sim uma tradução do ‘estado interior’; os sintomas representam aquilo que a pessoa é. Segundo o autor, o corpo é aquilo que pode me fechar ao mundo externo, assim como também é aquilo que me abre ao mundo e me põe em situação. Dessa forma, a comunicação pode se dar pela linguagem falada, mas ela por si só não se expressará, é necessário que a fala acompanhe gestos e comportamentos; assim, é o corpo que comunica ao mundo o que quer expressar.

O sentido da palavra não está contido na palavra enquanto som. Mas é a definição do corpo humano apropriar-se, em uma serie indefinida de atos descontínuos, de núcleos significativos que ultrapassam e transfiguram seus poderes naturais. Esse ato de transcendência encontra-se primeiramente na aquisição de um comportamento, e depois na comunicação muda do gesto: é pela mesma potência que o corpo se abre a uma conduta nova e faz com que testemunhos exteriores a compreendam. (Merleau-Ponty, 2011, p. 262).

Afinal, se o corpo não falasse a palavra não teria sentido. Pela via da linguagem do corpo, em muitos casos, o indivíduo comunica e expressa o que está sentindo, denunciando aquilo que a fala não pode expor. É preciso então estarmos atentos aquilo que o indivíduo tem a comunicar, de forma verbal ou não-verbal, ofertando espaços onde ele possa se expressar, estando o terapeuta vinculado aos processos de cuidado de forma adaptativa; ou seja, é preciso

estar sensível as suas necessidades, compreendendo que qualquer intervenção deve se moldar a cada encontro com o outro.

*Joana – Potencias e resistências do corpo*

*Joana tem 21 anos, é branca, baixa estatura, cabelos longos e castanhos, tem as costas arcadas para dentro e sempre está usando roupas largas. Joana tem cicatrizes em todas as partes do corpo, em especial braços, pernas e barriga, além dos ossos à mostra devido a extrema magreza. Chegou na enfermaria de psiquiatria em março de 2018. A Hipótese Diagnostica era de anorexia com depressão associada, além de Transtorno de Personalidade Borderline. Joana é a mais velha de três filhos, tendo uma irmã de 18 anos e outro irmão de 3 anos; a irmã é do mesmo pai biológico, já o irmão é do atual companheiro da mãe. Sua mãe engravidou quando tinha 15 anos e seu pai não quis reconhecê-la como filha. Está há mais de 10 anos sem contato com o pai biológico e refere-se a ele como ‘doador de semen’ (sic), diz também que ele ‘a negou’ (sic) quando nasceu, e agora paga sua pensão. Sua mãe casou-se com outro homem, da qual Joana chama de pai, e quando ela tinha 15 anos eles se separaram; foi quando, segundo seu relato, ela entrou em depressão.*

*Por descontentamento com sua imagem corporal, aos 15 anos Joana parou de comer, ficando em jejum por vários dias. Depois iniciou uso de laxantes e aos 18 anos começou a induzir vômitos. Desde os 15 anos ela faz cortes por todo corpo, para ‘aliviar a angustia’ (sic). Aos 15 anos também sofreu uma série de episódios de violência física do ex-namorado da mãe, e aos 18 anos foi vítima de violência sexual. Relatou histórico de 8 tentativas de suicídio, a maioria com ingestão de medicamentos e desencadeadas por conflitos familiares ou com a ex-namorada. Recentemente Joana começou a frequentar uma igreja evangélica e seu namorado atual é desta igreja.*

*Logo que chegou na enfermaria, já em uso da Sonda Nasoenteral (SNE), conversei com Joana e ela diz que não quer mais machucar seu corpo, que ela gostava quando tinha 26 quilos, mas percebia o quanto ela ficava mal fisicamente como consequência. Ela conta que sempre achou que a magreza iria lhe trazer felicidade, mas que então começou a sofrer por não ter saúde, com problemas na coluna e dores no corpo. Disse que por causa da ansiedade ela se cortava, para sentir dor, ver seu sangue escorrer, e isso lhe aliviava. Ao me contar isso ela diz que não quer mais machucar seu corpo, que quer conseguir aceitar-se como é.*

*Quarta-feira é um dos dias que acontece a oficina de dança na enfermaria, conduzida por profissionais e estudantes de dança. Joana quis participar, e de forma tranquila,*

*respeitando seu tempo e seus limites corporais, foi alongando o corpo junto com o grupo. Durante a oficina, porém, foi interrompida por uma das médicas residentes, alegando que ela não poderia participar da oficina 'porque não pode perder calorias' (sic). Vou até ela, converso com Joana, e chamo-a para retornar à oficina.*

*Ao longo da internação começo a ter momentos de acolhimento e conversas quase diárias com Joana. Ela começou a engordar, e em uma de nossas conversas ela me conta que está começando a ter asco de seu corpo, que tem percebido que a mão não fecha mais no braço e está com medo de ter um surto. Com isso, foi me contando que tem guardado muita raiva e sentimentos ruins dentro de si. Conversamos sobre a raiva, sobre o sofrimento e o que estes dois sentimentos tem a ver um com o outro. Ela me diz que as vezes sente vontade de voltar para casa, porque aqui ela está entrando em contato com sua história, seu sofrimento, suas angustias, e se ela voltasse pra casa tudo voltaria a ser como era e ela não precisaria lidar com tudo aquilo. Proponho a Joana um exercício de respiração, ela topa. Durante o exercício percebo muita dificuldade em relaxar, movimentando constantemente seu globo ocular e as mãos, e respirando com dificuldade. Depois do exercício, Joana fala de sua dificuldade de inspirar e expirar, e conversamos sobre como parece mais fácil olhar para fora do que olhar para dentro, ela me fala então que “meu fardo está muito grande e pesado” (sic) e tem sido difícil olhar para ele. Ela diz que se sente em um “ciclo sem fim” (sic) que gira em torno de “sofrimento, raiva, descontar a raiva, sentir culpa e cobrança por ter perdido o controle”, e assim recomeçando. Fala do quanto gostaria de ser “bem zen” (sic) calma, tranquila, mas que só consegue ser isso usando clonazepam.*

*Quando Joana completou um mês de internação, tentou fugir. Naquela altura sua internação já estava no judiciário, já era uma internação compulsória, ou seja, contra sua vontade, pois há alguns dias ela já vinha dizendo que não queria mais ficar ali. Neste dia estávamos no pátio, do lado de fora da enfermaria. Ela saiu correndo, e quando a alcancei, ela olhou para mim e disse que gostaria de ir embora, que não aguentava mais, chorando muito. Voltamos para enfermaria, ela vai para seu quarto e eu acolho-a. Depois, pede para ficar sozinha, e passados 10 minutos Joana vai ao meu encontro e diz que engoliu uma lâmina. Nesta hora levei-a até o quarto e ela senta na cama. Perguntei como estava, se estava doendo alguma coisa. Ela diz não estar sentindo dor, e que enrolou a lamina em um algodão, que engoliu também uma tampa de caneta, e chorando me diz que quer morrer. “Eu avisei minha mãe que se não saísse daqui viva, sairia morta” (sic). Fala que quer morrer porque quer deixar de ser um peso para mãe. Fico um tempo com ela, e os próximos encaminhamentos dados a*

*Joana pela equipe da enfermaria foram burocráticos. Ao contar a equipe de médicos e enfermeiros o que aconteceu, logo o médico que a acompanha fez a solicitação do raio x, para saber se ela realmente havia ingerido algo. Ao conversar com ele, me diz que a conduta daqui pra frente será conter mecanicamente e medicar a paciente, caso ela continue negando a dieta, pois ela precisa ir embora logo. Feito o raio-x e confirmado que ela havia engolido alguns objetos, veio a equipe da clínica médica para fazer os procedimentos necessários. Haviam várias pessoas ao seu redor, de forma invasiva, segurando seu corpo na maca para que ficasse parada. Ela dormiu por causa dos remédios, e no fim do dia conversei com o médico. Ele estava exausto, e me disse que ainda não havia conversado com ela; eu conto sobre meu acolhimento com ela, e ele fica surpreso ao saber os motivos que a levaram a fazer uma Tentativa de Suicídio naquele dia. Percebo que naquele dia ninguém ouviu ela, conversou com ela, apenas realizaram os procedimentos e tranquilizaram-se em relação a saúde clínica da mesma.*

*Alguns dias depois, na proposta de trabalhar com ela a partir do corpo, realizo exercício de respiração e em seguida automassagem nos pés. O momento de respiração foi de inquietação, com dificuldade, o ciclo respiratório estava pesado, mas ao final do exercício consegui destravar um pouco os ombros e percebi um breve momento de contato com seu corpo. Em seguida, fomos para o exercício nos pés. Pontuo que os pés seguram todo o peso do nosso corpo, por isso é preciso dar importância e cuidar deles. Ao terminar, pergunto como foi e ela diz “sim... e o pé precisa mesmo receber uma atenção”. Falo para ela que nosso corpo inteiro precisa de atenção e ela fala que percebe que não tem dado a atenção que ele merece e que “a única atenção que eu dou pro meu corpo é de cobrança, de que ele seja de um jeito e não de outro” (sic). Pergunto que jeito é esse e ela diz que ela “quer que ele seja livre, mas eu cobro que ele seja magro e nos padrões estabelecidos pela sociedade”, diz que quer ser empoderada e gostar do corpo dela como ele é, e juntas fomos refletindo que se fosse fácil todas as mulheres seriam empoderadas e amariam seus corpos como eles são, mas que é difícil, complexo e duro. Ela então diz que hoje eu havia falado pra ela que a gente vai estar aqui dentro junto com ela nesse processo das suas mudanças corporais, mas ao ouvir isso ela só pensou que lá fora ela vai estar “gorda e sozinha” (sic), e ela tem pavor de pensar em estar sozinha lá fora enfrentando a sociedade.*

*Já fazia 1 mês e 15 dias de sua internação, Joana estava agora com 35 quilos, referindo sentir-se com nojo do corpo e angustiada por ter perdido o controle. Alguns dias depois, na oficina de dança, a proposta era representar os objetos da sala. Rapidamente Joana se encolhe ao lado da lixeira e diz que é uma lixeira, que se identifica. Depois, ao conversar*



com ela, retomo este momento e ela diz que a lixeira está transbordando de magoa, raiva, tristeza, dor, e que ela sente que está chegando em seu limite, que está precisando se conter para não colocar para fora, refere que se ela colocar para fora “ninguém vai entender e aí eles é que vão me conter” (sic) referindo-se à contenção mecânica. Conversamos sobre o que ela trouxe e Joana diz que nunca teve muito cuidado de sua mãe, um colo, e que sente falta, “eu precisei vir parar aqui pra ela se preocupar comigo” (sic). Conta também de sua avó, que cuidou dela por muitos anos e, vinda de uma igreja evangélica, tinha regras muito duras, “regras, regras, nunca amor” (sic). Naquele dia conversamos sobre sua infância, seus sentimentos a respeito de sua mãe e sua avó. Joana também falou sobre sua sexualidade, sobre a ex-namorada, e refere que “a bíblia diz que deus reprova as relações entre duas pessoas do mesmo sexo, e eu temo muito a isso porque tenho medo do dia do julgamento” (sic), diz arrepender-se de seu relacionamento passado, que a fez sofrer. No final daquele encontro, pergunto como ela está, ela diz que está anestesiada, “dentro de um pote de vidro” (sic).

Alguns dias depois, Joana começa a recusar a dieta. Me diz que gosta de seu corpo sem gordura, “com os ossos aparecendo” (sic) e que sente nojo da gordura. Ao abordar com ela o tema do ideal de corpo, de um corpo saudável e magro, Joana refere que não tem controle do resto de sua vida então precisa controlar seu corpo, diz que não acha que está fazendo nada de errado com seu corpo, que não concorda que é violento e que não se importa com sua saúde. Questiono Joana sobre o controle que ela diz ter sobre seu corpo, pois o que parecia é que ela havia perdido o controle do próprio corpo, pois chegou um ponto em que o corpo não aguentava mais e ela foi hospitalizada. Joana relata que sempre fez metas em cima de metas, e dessa vez chegou um ponto em que perdeu o controle, porque a Bulimia se tornou compulsiva. Neste momento Joana fala das pessoas ao seu redor que não acreditavam em seu sofrimento, e que agora, hospitalizada, essas pessoas choram e se preocupam. Fala de sua mãe e avó. Joana também fala que precisa de ajuda com seus impulsos, sua raiva e que se cobra para ser uma pessoa melhor. Pontuo sobre força, fragilidade e o medo de mostrar as fragilidades, e Joana diz que tem muitas barreiras, que não quer mostrar que é frágil, sensível, e por isso foi construindo essas barreiras. Finalizo aquele atendimento fazendo algumas pontuações importantes sobre seu processo.

Uma semana depois, Joana me fala sobre suas angustias. Teve uma briga importante com a mãe, e refere que vem sentindo-se anestesiada, a ponto de os cortes que faz no corpo não estarem mais a aliviando. Falamos sobre ela estar se cortando e ela refere estar pensando em se matar, pois não aguenta mais viver; Joana chora muito, e vou pontuando para

*ela como ela sempre usa da violência consigo mesmo para resolver seus problemas, ela concorda, mas diz que não encontra outra forma de acabar com todo seu sofrimento. Durante a conversa, Joana começa a tirar as casquinhas de seus cortes nos braços, eu pego uma bola de massagem e vou passando em seus braços. Joana diz que sente alívio no momento em que eu faço a massagem com a bolinha, e que lhe alivia mais do que os cortes. Os acontecimentos que se sucederam naquele dia e no próximo foram relativos ao objeto que ela vinha usando para se cortar e da qual ela planejava usar para fazer uma nova TS.*

*Completando dois meses de internação, os médicos lhe deram previsão de alta para as próximas semanas. Joana diz estar animada, ao mesmo tempo que tem sentindo medo da ansiedade estragar tudo. No dia anterior sua mãe veio ao hospital, conversaram e se entenderam, e Joana entregou todos os objetos que vinha usando para se cortar. Conversamos sobre a relação que elas construíram, de amor e destruição, e Joana percebe a relação complexa que existe entre elas. Joana já não está mais usando a SNE, as medicações antidepressivas aumentaram, e percebermos que ela tem ficado alheia aos acontecimentos ao seu redor, assim como de seus afetos, afetações e sua relação com seu corpo.*

*Na semana de sua alta conversamos sobre seus projetos pós-alta e suas expectativas. Joana diz que tem se esforçado para aceitar seu corpo, mas que na verdade o Transtorno Alimentar é só uma consequência de todos os seus sentimentos e angústias, que desconta no corpo. Ela diz que quer começar a fazer academia e ter “abdômen tanquinho”, mas que ela só vai saber como vai se sentir com seu corpo quando sair da internação e voltar “a vida normal” (sic). Joana recebeu alta naquela semana, com encaminhamento para o Ambulatório GETA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares), com continuidade de psicoterapia e atendimento psiquiátrico.*

O que delimita os limites do corpo? Trata-se de seu espaço físico e de sua individualidade, ou suas fronteiras vão além, se ampliando especialmente ao espaço social em que se encontra, incorporando informações do mundo e sendo marcado por ele à medida que esse encontro inscreve sentido sobre o espaço/tempo em que ele mesmo se fundamenta? Como já mencionado, o corpo é um sujeito e um objeto, segundo Merleau Ponty (2000), ou seja, é um corpo que sente e ao mesmo tempo é sentido, não sendo apenas um objeto no mundo, mas um corpo sensível e perceptível (Giordani, 2006).

O corpo é feito da mesma carne que o mundo (é um percebido) e que para mais essa carne de meu corpo é participada pelo mundo, ele a

reflete, ambos se imbricam mutuamente, (o sentido a um tempo auge de subjetividade e auge de materialidade), encontram-se na relação de transgressão e encadeamento (Merleau-Ponty, 2000, p.225).

Assim, o corpo-sujeito e o corpo-objeto estão justapostos por uma mesma relação de possibilidade, e esse corpo-sujeito ao mesmo tempo sente e é sentido. Neste cruzamento de possibilidades entre corpo-sujeito e corpo-objeto a anorexia cria um paradoxo entre corpo real e imagem do corpo que o indivíduo projeta para si na anorexia, a percepção auto-referida de imagem corporal é transbordante e vai para além dos limites do corpo (Giordano, 2006)

Os limites do corpo quase se apagam diante das circunstâncias em que vivem, de seus relacionamentos, da rede de relações concretas e afetivas que experienciam. Todas as circunstâncias estão matizadas nessa imagem disforme que uma pessoa com transtorno alimentar tem de si mesma, que se manifesta pela insatisfação com seu corpo e a perda de peso (Giordano, 2006).

Reich indica que no caráter neurótico ocorre um encorajamento excessivo. Há um processo onde uma necessária formação protetora, o caráter, torna-se endurecida. A tendência então é apresentar o mesmo padrão de reação em diferentes situações externas. Pode-se dizer que uma formação defensiva, necessária para a proteção da vida, torna-se fixa e automática, uma armadura que protege e ao mesmo tempo limita as ações no mundo (Reich, 2004).

Assim, ao analisarmos o que os autores acima afirmam, é importante levarmos em consideração o que o contexto social influencia nos transtornos alimentares. Val (2015) aponta para a conhecida ideia de que o imperativo de padrão estético de um corpo magro tenha relação com as práticas anorexias e bulímicas. De tal modo, a partir dessa premissa outros elementos vão sendo desenvolvidos: “o predomínio desses quadros no sexo feminino, a busca incessante por dietas e medicamentos para emagrecer, os fatores genéticos e hormonais, a nomeação genérica dos *bullyings* sofridos por aqueles que não se adequam aos ideais” (Val, 2015, p. 61). Temos assim as normas que tentam regular o peso das modelos, controlar as prescrições de anorexígenos, fiscalizar o *bullying*, entre outras. O fator de magreza dentro da etiologia dos transtornos alimentares pode ser analisado como um meio, não como a origem. Ou seja, no ideal de magreza como padrão estético, a cultura fornece elementos através das quais os indivíduos manifestam o seu mal-estar.

Dessa forma, podemos observar que para Joana, seu corpo não é apenas um corpo-objeto, um corpo a serviço de suas operações mentais, mas sim a síntese de sua vida e seus sentidos. Seu corpo é sua marca no mundo, sua expressão. A gordura pode ser uma metáfora

das marcas vividas, de seus sentimentos, emoções, experiências, de tudo aquilo que ela refuta em sua própria história, querendo assim que não faça parte dela, em parte alguma de si, porém estando permanentemente e sucessivamente inscritas em seu corpo.

Joana tinha um corpo fragmentado, e ao realizar junto com ela atividades corporais, no contato com seu próprio corpo, com sua realidade, consigo mesma, para que percebesse aos poucos suas restrições e limitações decorrentes das couraças e de suas marcas, abriu-se a possibilidade de construir uma consciência de seus desejos e impulsos, permitindo vivencia-los e libera-los. Joana precisa cortar o próprio corpo para sentir, e controla seu sofrimento de forma concreta, recusando o alimento que é uma das formas pela qual sentimos prazer. Além disso, ser alimentado é um dos atos mais primitivos de cuidado, e quando ela refere não ter sido cuidada pela mãe, abandonada pelo pai, e educada por uma avó que apenas impunha “*regras, regras, nunca amor*” (*sic*), é possível analisar seu estar no mundo de forma mais complexa.

A corporeidade relaciona-se a vivências corporais, como processador ambiental que constrói a compreensão do corpo como lugar do acontecer em si, como campo de organização (Castro et al, 2011). Assim “intervir sobre a corporeidade é condição para potencializar a capacidade de ser receptivo e alimentar a continuidade da produção de si com a força dos acontecimentos” (Castro et al, 2011, p. 256).

Para a psicologia corporal, a respiração além de ser o mecanismo mais importante fisiologicamente, também é um fator fundamental no equilíbrio das funções emocionais. Assim, a contenção da respiração configura-se como eficiente para reprimir as sensações e emoções. O medo de sentir resulta em uma contração da musculatura, impedindo que os impulsos cheguem à superfície, onde ocorrem as sensações e a percepção. Nesse sentido, da mesma forma que a contenção da respiração torna-se um mecanismo para reprimir emoções e sensações, o caminho inverso também acontece. Assim, trabalhar a respiração ajuda a relaxar o corpo, a elaborar conflitos emocionais e a promover espontaneidade e expressão dos sentimentos. (Vieira et al, 2018). Reich (2004, p. 346) afirma que “a atitude de inspiração é o instrumento mais importante para a repressão de qualquer tipo de emoção”.

Vieira et al (2018) ao assinalar sobre o trabalho de respiração na psicoterapia, a partir de autores da psicologia corporal como Reich, Lowen e Volpi e Volpi, afirma que respirar profundamente é sentir profundamente e, deste ponto de vista, a respiração seria capaz não apenas de diminuir tensões, mas também “de levar o paciente a fazer contato com sensações, sentimentos e emoções primitivas” (p. 7).

Em relação aos exercícios de dança e consciência corporal, possibilitamos uma experiência onde o corpo se reanima, descentraliza e se movimenta para criar sentidos, possibilitando outra postura frente a essa realidade homogeneizadora, automatizante e cristalizadora. Assim, outras possibilidades expressivas emergem e, com elas, significações de existência. Pensa-se numa corporeidade intencional, ou seja, a questão não está no fato de o indivíduo ter um corpo, mas de ele ser corpo; e é por meio do corpo que se dá a experiência. (Silva et al, 2014; Merleau-Ponty, 2004).

A arte é uma tentativa de nos voltar à experiência humana, ao vivido, pois ela parte dessa experiência humana, e acontece a partir do próprio sujeito. A dança, ao ser corpo e movimento, e sendo o movimento a efetivação da ação, a concretização da corporificação, os sentidos e as significações se estabelecem na ação do sujeito dançante, na dança. Merleau-Ponty (2011, p. 149) afirma que é na ação que a espacialidade do corpo se realiza "considerando o corpo em movimento, vê-se melhor como ele habita o espaço (e também o tempo), porque o movimento não se contenta em submeter-se ao espaço e ao tempo, ele os assume ativamente, retoma-os em sua significação original". Essa significação é resultado da nova vivência espaço/temporal na dança, onde o movimento está presente (Marques et.al, 2013).

Portanto, entender a dança como manifestação corporal é reconhecê-la como unidade expressiva. "Corpo, consciência, movimento, percepção, ser e mundo são indivisíveis no pensamento fenomenológico" (Marques et al, 2013, p. 259). A dança é percebida como uma intenção significativa, fluxo contínuo, consciência corpórea, que ao se entrelaçarem se transformam em gestos expressivos.

A partir das atividades de respiração, dança e de automassagem, foi possível sensibilizar Joana para sua existência corpórea e suas marcas emocionais, flexibilizando o corpo ao ampliar a percepção e a sensibilidade dos movimentos pelo fluir, vibrar e respirar. Foi possível prestar atenção na linguagem de seu corpo e assim

À medida que conhecemos os conteúdos presentes no corpo, podemos redimensionar atitudes, reconhecer necessidades, explorar novas percepções e transformar a qualidade da própria vida, e, quando integrada ao cotidiano da pessoa, fornece novos níveis de sensibilidade, percepção e consciência (Castro, 1992, p. 28).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de pessoas em crise é, muitas vezes, sustentar o insuportável. Para isso, precisamos trabalhar a fim de que esta experiência inaugure novos modos de existir, nos colocando como ponte neste momento de intensidades e sofrimentos que extravasa os corpos. Querer ensinar e/ou enquadrar os pacientes aos padrões e papéis socialmente estabelecidos é olhar para função – capitalista - daquele sujeito no mundo e não olhar para existência e para aquele sujeito singular no mundo. Como construir o cuidado do paciente a partir do olhar PARA o sujeito e COM o sujeito, ao invés de trabalhar para readequá-lo socialmente?

Diante daquilo que angustia, podemos escolher entre falar, adoecer ou pedir ajuda. Sendo assim, quando oferecemos ao sujeito que sofre a oportunidade de falar e ser escutado – a partir do verbal, do não verbal, de atividades – com um olhar atento e sensível, estamos construindo com ele outras alternativas de existência e de elaboração daquilo que angustia. Ao longo deste ano, a partir de momentos de escuta, de exercícios de criação com o corpo, de atividades com arte, cinema e música, a cada semana surgia um novo inusitado, corpo a corpo, deixando brotar e lidando e com o que surgia; sustentando um projeto de criação e potência.

Ressalto que a construção deste trabalho se deu com muita dificuldade, percebi que muito se fala sobre o paradigma biomédico e a hegemonia psiquiátrica medicalizante no dia a dia, porém foram muitas as dificuldades para encontrar referências bibliográficas que abordassem o tema do corpo para a psiquiatria. A influência desse pensamento dualista entre mente e corpo da psiquiatria tradicional influencia diretamente a saúde mental, a reforma psiquiátrica e o pensamento hegemônico a respeito dos sofrimentos mentais. Trabalhar para normalizar os corpos e readequá-los socialmente foi o que a psiquiatria tradicional construiu como cuidado ao longo dos anos a partir do paradigma biomédico.

Isso fica bastante evidente quando o acolhimento inicial dos pacientes se baseia em uma “entrevista inicial” que busca pelos sintomas psiquiátricos, quando ouvir a história do indivíduo significa buscar sinais de “disfunção” mental e, em geral, suas histórias são descritas a partir do início dos sintomas da doença. Isso também fica evidente quando um dos acompanhamentos da evolução dos pacientes tem como uma de suas bases diversos testes: teste de catatonia, teste de depressão, teste de mania, teste de esquizofrenia, teste de personalidade; ou seja, sempre em busca do sintoma, e não do indivíduo. Além disso, a psiquiatria tem como prioritário o tratamento medicamentoso e por vezes o uso de ECT. E falando em ECT, ou eletrochoque, ressalto que nós precisamos falar sobre isso, precisamos falar sobre essa lógica de “doença da cabeça” ainda tão em voga dentro da hegemonia médica.

Porém, os corpos não aguentam mais o adestramento e a disciplina. Não aguentam mais o sistema de martírio e narcose que o cristianismo, primeiro, e a medicina, em seguida, elaboraram para lidar com a dor, um no rastro do outro: culpabilizando e patologizando o sofrimento, insensibilizando e negando o corpo (Sant'Anna, 2004). Simplesmente, espera-se que os pacientes psiquiátricos sejam sensatos o tempo inteiro, enquanto todas as outras pessoas estão autorizadas a não ser.

Bem nos lembra Basaglia (2005) ao falar sobre Reforma Psiquiátrica, que é preciso haver mudanças entre os profissionais cuidadores e os usuários, caso contrário, não será a construção de novos hospitais, com equipamentos modernos, que trarão resultados diferentes daqueles dos manicômios. E, se antes observávamos uma relação de subordinação e autoritarismo entre médico e doente, atualmente essa relação estrutura-se em uma lógica de gratidão e devotamento do internado para com o médico. “Qualquer tipo de organização que não leve em conta o doente em seu livre e pessoal situar-se no mundo falhará em sua tarefa, porque agirá sobre ele como uma força negativa, ainda que, aparentemente, voltada para a sua cura” (pag 19). Dessa forma, o usuário é sempre mantido a distância, numa lógica de generosidade, caridade, e não por ter um direito ao acesso e cuidado em saúde.

Assim saímos do manicômio e fomos para o hospital geral: do controle do louco para a cura dele. Cura esta que significa manter o indivíduo num estado estabilizado, independentemente dos problemas ou desejos deste. Assim, o tratamento psiquiátrico se propõe a remissão de sintomas (eliminar, aquietar, controlar) (Venturini, 2016).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se propôs a construir uma transição deste paradigma biomédico. Porém, nos dias de hoje é ele ainda quem persiste nas práticas hospitalares. Afirmo, nessa discussão, que precisamos levar em consideração o lugar socialmente duro do hospital geral, sendo este um lugar de controle dos corpos, além de nos atentarmos ao fato de que vivemos ainda na raiz de uma sociedade capitalista e, por assim dizer, manicomial e excludente; estes fatos acabam por nos colocar em contradições diante da prática.

Também quero ressaltar que a questão não é uma dicotomia e uma separação entre a psiquiatria e a saúde mental, de medicar ou não, de desconsiderar a etiologia também biológica dos transtornos mentais; mas sim, ressaltar como o corpo pode ter outras possibilidades de encontro, apostando que o cuidado não se restrinja ao biomédico, ultrapassando assim o cuidado com o corpo limitado ao controle. Tampouco sugiro que a psiquiatria deixe de medicar, porém o cuidado em saúde mental se baseia nas relações, e para relação existir é preciso existir diálogo, sensibilidade e costura entre os mais diversos saberes.

A internação em Enfermarias de Saúde Mental de Hospital Geral é de grande importância, por ser um espaço de cuidado e de contorno diante da crise. Porém, a vida pede mais do que remédios e eletrochoque. Assim, o momento da crise também é o momento de falar de sua dor, de sua subjetividade, de sua singularidade.

Continuar aceitando a psiquiatria e a definição de “doença mental” significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuemos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a ministrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores de que o problema está em outro lugar (Basaglia, 2005, p. 298).

Dessa forma, “Colocar a doença entre parênteses” como nos sugeriu Basaglia, não significa negar os transtornos mentais, mas sim entender que aquele indivíduo é primeiro uma pessoa e depois um quadro psicopatológico, é a recusa a uma compreensão da loucura reduzido ao conceito de doença.

Ainda existe muito caminho pela frente na Luta Antimanicomial. Neste trabalho, me propus a elucidar a possibilidade de entender o corpo como potência criativa, independente do nosso lugar de atuação dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Sejamos menos muros e mais pontes, e que a arte seja essa ponte para a liberdade, construindo e desenvolvendo uma existência criativa e, não, adaptativa.

Se pretendemos transformar corpos sujeitados em corpos livres, parece que temos uma simples e complexa tarefa: cuidar da ação destes corpos, oferecendo-lhes a possibilidade de resgatar sua história, sua identidade, suas necessidades, suas paixões e suas possibilidades, percorrendo este difícil, mas apaixonante caminho da práxis, mudando técnicas e instrumentos, desenvolvendo e ampliando nosso próprio potencial de trabalho, buscando relações mais fecundas e criativas e almejando um homem efetivamente ativo, transformador, solidário, feliz e integrado ao seu meio. (Feriotti, 2001, p. 393)

A experiência dos sofrimentos psíquicos em relação ao corpo, seja nas neuroses ou nas psicoses – sendo que na última há uma relação alterada com o mundo externo e uma estranheza em relação ao seu corpo, é de difícil tradução. O relato destas vivências de forma narrativa implica o indizível, o que torna este compartilhar uma experiência delicada. Assim,



no cuidado, na clínica, na saúde, utilizar o corpo como dispositivo de encontro com o eu significa apostar na capacidade de transitar entre diferentes pontos de vista de uma história, impulsionando novas formas de ser, existir e se apropriar de sua existência

Finalizo com o questionamento a respeito das contradições do que propomos construir e o que de fato estamos construindo neste ponto da RAPS, o Hospital Geral. Como o corpo de usuários da saúde mental podem ter outras possibilidades de encontro que não seja apenas com o paradigma biomédico?

Se estamos de fato fazendo essa costura de transição entre o modelo manicomial para o comunitário, o leito de saúde mental em hospital geral também se propõe a atuar na lógica psicossocial, juntamente com todos os outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Desse modo, trazer os corpos em sofrimento para dentro do Hospital Geral é apostar que além da mudança do prédio vem uma mudança de paradigma, de atuação, uma mudança de encontro. Minha aposta é de que isso de fato é possível, a partir de uma mudança no olhar, de escuta, no significar e ressignificar do encontro com estes corpos, loucos e em sofrimento, abrindo espaço para o corpo enquanto potência e a produção de bons encontros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P. Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Araujo, AC; Neto, FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM 5. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. XVI, no. 1, 67 – 82, 2014;

Barberio, Milena Camargo. Acolhimento e escuta dos sujeitos em sofrimento psíquico nos serviços de saúde: A singularidade em questão. Trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2016.

Barbosa, MTO; Nascimento, PD. Diagnóstico e tratamento da psicose em psicoterapia somática: Wilhelm Reich e a orgonoterapia. In: Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, XX, 2015. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2015. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos\\_anais\\_congressos.htm](http://www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm). Acesso em 24/11/2018;

Basaglia, F. Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005;

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10.216. 2001.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 224/ GM. 2002

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 2.629. 2009

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 3.088. 2011.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº148. 2012.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 706. 2012.

- Bezerra Jr, Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus defeitos. In: A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Zorzanelli, Rafaela; Bezerra Jr, Benilton; Costa, Jurandir Freire. 1 ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 2014;
- Botega, NJ; Dalgalarrodo, P. Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1992.
- Capalbo, C. Maurice Merleau-Ponty: a percepção e a corporeidade – o cuidar do corpo numa perspectiva de totalidade. In: Peixoto, AJ; Holanda, AF. Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá, 2011.
- Castro ED de. A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 3, n. 1/2, 1992.
- Castro ED de et al. Ateliês de corpo e arte: inventividade, produção estética e participação sociocultural. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 3, 2011.
- Dias, MK; Gonçalves, RW; Delgado, PGG. Leitos de Atenção Integral a Saúde Mental no HG: Configurações atuais e Novos desafios da Saúde Mental. In: Vasconcelos, E.M. (Org.) Desafios Políticos da Reforma psiquiátrica. – São Paulo: Hucitec, 2010
- Dunker, Christian Ingo Lenz. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Zorzanelli, Rafaela; Bezerra Jr, Benilton; Costa, Jurandir Freire. 1 ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 2014;
- Feriotti, ML. Atuação da Terapia Ocupacional no Corpo Sujeitado. O mundo da saúde – São Paulo, ano 25. V. 25, n. 4, out/dez 2001.
- Goldstein, Nelson. Transtornos Psicóticos: a propósito da classificação espectral do DSM-5. In: A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Zorzanelli, Rafaela; Bezerra Jr, Benilton; Costa, Jurandir Freire. 1 ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 2014;
- Giordani, RCF. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. Psicologia & Sociedade; 18 (2): 81-88; mai./ago. 2006.
- Hildebrandt, LM; Alencastro, MB. A inserção da psiquiatria no hospital geral. R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001;
- Lima, FA. Saúde Mental à Luz da Psicologia Corporal. Revista Latino-Americana De Psicologia Corporal. Ano 3, No. 5, Junho/2016. Edição eletrônica em <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rbpc> visualizado em 30/11/2018.
- Marchewka, TMN. A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos. Revista de Direito Sanitário. V.8, n.1, pp 43-60. São Paulo, março/junho 2007;
- Marques, DAP; Surdi, AC; Grunennvaldt, JT; Kunz, E. Dança e expressividade: uma aproximação com a fenomenologia. Revista Movimento, Porto Alegre, v. 19, n. 01, p.243-263, jan/mar de 2013.
- Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. São Paulo: Perspectiva; 2000.
- Merleau-Ponty, M. Fenomenologia da Percepção. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Ministério da Saúde (BR). SAS. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília (DF); 2011.
- Moretto, MLT. O Que Pode um Analista no Hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

- Paes, MR; Silva, TL da; Chaves, MMN; Maftum, MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Cienc Cuid Saude*, 12(2), pp 407-412. Abril/Junho, 2013;
- Reich, W. A função do orgasmo. São Paulo: Círculo do Livro, 1990;
- Reich, W. *Análise do Caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 2004;
- Ribeiro, DPSA; Amaral, HU do. O Silêncio na clínica psicanalítica a partir das concepções de Donald Winnicott e Wilhelm Reich. *Nat. Hum.* Vol. 18, nº 1. São Paulo, 2016.
- RRASMQ-Érasme. 2006. *Reperes pour une gestion autonome des médicaments. Guide d'accompagnement*. Montreal: RRASMQ-Érasme.
- Sant'Anna, DB de. Vertigens do Corpo e da Clínica. In: Fonseca, TMG; Egenlman, S. *Corpo, arte e clinica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004;
- Silva, CE; Oliveira, CS de; Alvim, MB. Diálogos entre a Gestalt-terapia e a dança: corpo, expressão e sentido. *Revista Ciencia em extensão*. V.10, n.3, pp41-55. São Paulo, 2014;
- Silva, MC. *Articulação do cuidado na perspectiva dos trabalhadores de caps e de enfermagem de saúde mental no hospital geral*. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 2016.
- Val, AC. *Entre o singular e o coletivo: narrativas sobre anorexias e bulimias no contemporâneo*. TESE apresentada no programa de pós-graduação de saúde coletiva. Belo horizonte, 2015.
- Venancio, ATA. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à “nova psiquiatria”. *Physis (online) – Revista de Saúde Coletiva*. Vol 3, nº 2. Pp.117-136. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311993000200005> visualizado em 20 de novembro de 2018.
- Venturini, E. *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. 22ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016;
- Vieira, ARB. *Organização e Saber psiquiátrico*. *Revista de Administração de Empresas*. Vol 21, nº4. Pp. 49-58. São Paulo, outubro/dezembro 1981.
- Vieira, FM; Vieira, AS; Fernandes, GJRC; Reichow, JRC. A respiração como ferramenta de intervenção da psicoterapia corporal. In: Volpi, JH; Volpi, SM. *Psicologia Corporal*. Curitiba: Centro Reichiano, 2018. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigoscientificos/> acesso em 25/11/2018;
- Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965j[1963]).
- Winnicott, D. W. (1988). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1953c[1951]).
- Winnicott, D. W. (1988). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945d).