



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Nataly Soares de Araujo Neves

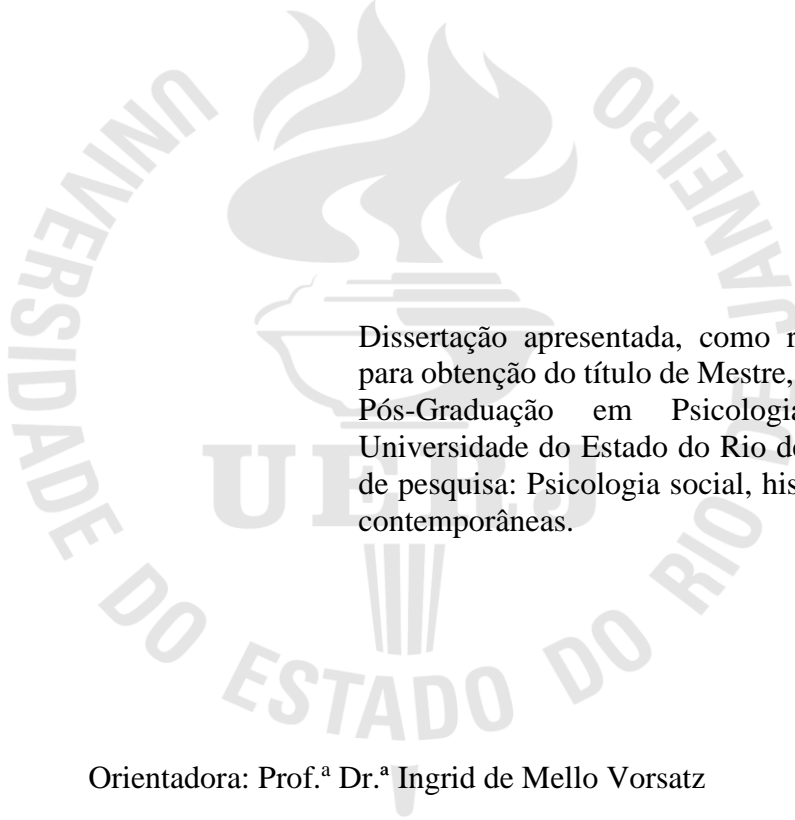
**Práticas institucionais em hospitais psiquiátricos no século XX à luz da  
literatura de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado**

Rio de Janeiro

2023

Nataly Soares de Araujo Neves

**Práticas institucionais em hospitais psiquiátricos no século XX à luz da literatura de  
Lima Barreto e Maura Lopes Cançado**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de pesquisa: Psicologia social, história e questões contemporâneas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ingrid de Mello Vorsatz

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S586	Neves, Nataly Soares de Araujo Práticas institucionais em hospitais psiquiátricos no século XX à luz da literatura de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado / Nataly Soares de Araujo Neves. – 2023. 95 f.  Orientadora: Ingrid de Mello Vorsatz. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.  1. Psicologia social – Teses. 2. Hospitais psiquiátricos – Teses. 3. Psicanálise – Teses. I. Vorsatz, Ingrid de Mello. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.
bs	CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Nataly Soares de Araujo Neves

**Práticas institucionais em hospitais psiquiátricos no século XX à luz da literatura de  
Lima Barreto e Maura Lopes Cançado**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social.

Aprovada em 26 de junho de 2023.

Banca examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ingrid de Mello Vorsatz (Orientadora)  
UERJ - Rio de Janeiro/RJ

---

Prof. Dr. Marcelo de Abreu Maciel  
UFF – Rio das Ostras/RJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deborah Uhr  
UFRRJ - Seropédica/RJ

Rio de Janeiro  
2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho aos meus pais por não medirem esforços em me ajudar nessa etapa da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me amparar em minha jornada.

À minha família, por acreditarem em mim e investirem em mim. Especialmente à minha mãe, Rogeria, e meu pai, Natan, que sempre me incentivaram a construir um futuro melhor. À minha avó Rosa, por sempre acolher minhas angústias. Ao meu amado avô José Genilson (*in memoriam*), cuja presença foi essencial na minha vida.

À minha orientadora Ingrid Vorsatz que me ensinou muito durante todo esse percurso e me fez querer me dedicar mais aos estudos da teoria da clínica psicanalítica.

À Banca Examinadora, os professores Marcelo de Abreu Maciel e Deborah Uhr por seus valiosos conselhos no meu Exame de Qualificação.

Aos meus amigos que foram um refrigerio durante os tempos difíceis e sempre me incentivaram, em especial Débora Barbosa e Maria Bianca.

Aos queridos colegas Jade, Juliana e Arthur, pela rica troca ao longo do mestrado.

Enquanto você se esforça pra ser  
Um sujeito normal e fazer tudo igual  
Eu do meu lado aprendendo a ser louco  
Um maluco total, na loucura real  
Controlando a minha maluquez  
Misturada com minha lucidez  
Vou ficar  
Ficar com certeza  
Maluco beleza

*Raul Seixas*

## RESUMO

NEVES, Nataly Soares de Araujo. *Práticas institucionais em hospitais psiquiátricos no século XX à luz da literatura de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado*. 2023. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A presente pesquisa tem como proposta a reflexão e investigação de como o testemunho de dois escritores brasileiros, através de seus diários publicados, escritos durante as suas internações em hospitais psiquiátricos no século XX, podem vir a contribuir para discutir e interrogar as práticas institucionais no campo da psiquiatria. Com o intuito de contextualizar o objeto de estudo deste trabalho, foi apresentado um breve panorama acerca do que seriam as práticas institucionais da psiquiatria e como a loucura foi percebida socialmente durante período histórico que decorre das internações dos autores. O escritor Lima Barreto narra sua internação no ano de 1919 e 1920 no Hospício Nacional de Alienados, enquanto Maura Lopes Cançado descreve o que viveu entre o final do ano de 1959 e início de 1960 durante sua interação no Hospital Gustavo Riedel. A escolha por estas obras da literatura brasileira busca valorizar o testemunho de pessoas que passaram por internações, o que à época os fazia serem marginalizados na sociedade. Ao mesmo tempo em que tratam de questões que dizem respeito à subjetividade de cada um, suas obras retratam as experiências e o cotidiano que não dizem respeito apenas a si mesmos, caracterizando documentos de grande valor para a pesquisa. Como metodologia, a pesquisa qualitativa foi adotada através de uma revisão narrativa da literatura. A pesquisa se justifica pela constante necessidade de problematizar a possível repetição de modelos de tratamento psiquiátrico que desconsideram o sujeito e o submetem a situações de violência. Como resultados obtidos, foram identificadas algumas divergências entre o discurso da psiquiatria e a execução de suas práticas nas instituições hospitalares de caráter manicomial. Demonstrou-se também a riqueza da utilização da literatura testemunhal em pesquisas acadêmicas, como por exemplo, na discussão acerca da psicanálise se inserindo como uma prática clínica nos hospitais psiquiátricos e outras ferramentas terapêuticas, bem como a percepção que os autores/pacientes tinham das práticas durante sua internação.

Palavras-chave: Hospital Psiquiátrico. Literatura de Testemunho. Práticas Institucionais. Psicanálise.



## ABSTRACT

NEVES, Nataly Soares de Araujo. *Institutional practices in psychiatric hospitals in the 20th century in light of Lima Barreto and Maura Lopes Cançado's literature*. 2023. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The present research proposes the reflection and investigation of how the testimony of two Brazilian writers, through their published diaries, written during their hospitalizations in psychiatric hospitals in the 20th century, may contribute to the discussion and questioning of institutional practices in the field of psychiatry. In order to contextualize the object of study of this work, a brief overview of what would be the institutional practices of psychiatry and how madness was socially perceived during the historical period resulting from the authors' hospitalizations was presented. The writer Lima Barreto narrates his hospitalization in 1919 and 1920 at the Hospício Nacional de Alienados, while Maura Lopes Cançado describes what she experienced between the end of 1959 and the beginning of 1960 during her hospitalization at the Hospital Gustavo Riedel. The choice for these works of Brazilian literature seeks to value the testimony of people who went through internment, which at the time made them marginalized in society. At the same time that they deal with issues that concern the subjectivity of each one, their works portray experiences and everyday life that do not only concern themselves, characterizing documents of great value for research. As a methodology, qualitative research was applied through a narrative review of the literature. The research is justified by the constant need to problematize the possible repetition of models of psychiatric treatment that disregard the subject and submit him to situations of violence. As results obtained, some divergences were identified between the discourse of psychiatry and the execution of its practices in hospital institutions of asylum nature. It also demonstrated the richness of the use of testimonial literature in academic research, such as, for example, in the discussion about psychoanalysis being inserted as a clinical practice in psychiatric hospitals and other therapeutic tools, as well as the perception that the authors/patients had of the practices during its internationalization.

Keywords: Psychiatric Hospital. Witness Literature. Institutional Practices. Psychoanalysis.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA	American Psychiatric Association (Associação Psiquiátrica Americana)
CCMS	Centro Cultural do Ministério da Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais)
ECT	Eletroconvulsoterapia
HSE	Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
IPA	International Psychoanalytic Association (Associação Internacional de Psicanálise)
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>O QUE SÃO AS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS E A LITERATURA DE TESTEMUNHO? .....</b>	<b>15</b>
1.1	<b>O que se entende como prática institucional? .....</b>	<b>15</b>
1.2	<b>A loucura enquanto uma questão social.....</b>	<b>17</b>
1.3	<b>Psicanálise e literatura - uma aproximação de dois campos distintos.....</b>	<b>21</b>
1.4	<b>O que é a literatura de testemunho enquanto um gênero literário?.....</b>	<b>26</b>
1.5	<b>Metodologia.....</b>	<b>29</b>
<b>2</b>	<b>A TRAJETÓRIA DA LOUCURA NA SOCIEDADE E NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS AO LONGO DO SÉCULO XX.....</b>	<b>31</b>
2.1	<b>As práticas institucionais no início do século XX à luz do testemunho de Lima Barreto.....</b>	<b>31</b>
2.2	<b>O surgimento de novas práticas médicas nos hospitais psiquiátricos .....</b>	<b>40</b>
2.3	<b>As práticas institucionais no início da segunda metade do século XX à luz do testemunho de Maura Lopes Cançado.....</b>	<b>45</b>
2.4	<b>O papel dos movimentos sociais na construção de um novo olhar à Saúde Mental.....</b>	<b>56</b>
2.5	<b>As semelhanças encontradas nos discursos de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado acerca das internações.....</b>	<b>60</b>
<b>3</b>	<b>A PSICANÁLISE COMO UMA PRÁTICA HOSPITALAR À LUZ DO TESTEMUNHO DE MAURA LOPES CANÇADO.....</b>	<b>62</b>
3.1	<b>O surgimento da psicanálise no Brasil e as modificações clínicas com sua inserção nos hospitais psiquiátricos.....</b>	<b>63</b>
3.2	<b>A formação do analista.....</b>	<b>71</b>
3.3	<b>O distanciamento entre a psiquiatria e a psicanálise a partir da segunda metade do século XX.....</b>	<b>76</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>

## INTRODUÇÃO

Durante uma disciplina no meu segundo ano como graduanda no curso de psicologia na Universidade Federal Fluminense (UFF), mais especificamente no ano de 2016, a turma foi apresentada a um documentário que há pouco havia sido lançado. A obra cinematográfica *Holocausto brasileiro* narra o período de 1930 a 1980 no Hospital Colônia, um antigo manicômio localizado em Barbacena, Minas Gerais, e revela que mais de sessenta mil pessoas foram mortas nesse local (ARBEX; MENDZ, 2016). A obra é classificada como pertencente ao gênero “documentário de memória”, que se constitui como “[...] um mergulho no passado por intermédio das testemunhas” (GAUTHIER<sup>1</sup>, 2011, p. 213 *apud* TOMAIM, 2019, p. 221).

Esse foi o percurso feito pela jornalista Daniela Arbex ao buscar autoridades, antigos trabalhadores, documentos e os sobreviventes<sup>2</sup> do Hospital Colônia, para reconstituir a história daquele local na tentativa de impedir o esquecimento dessa tragédia. Durante noventa minutos, vimos a articulação entre diferentes entrevistados, que realizavam uma contraposição entre o passado e o presente dessa narrativa. Sua pesquisa investigativa e jornalística se iniciou no ano de 2011, ao produzir uma série de reportagens no jornal mineiro *Tribuna de Minas*. Ao se deparar com um caso sobre o qual nunca havia escutado ou lido a respeito, ela se indignou frente ao desconhecimento das atrocidades ocorridas dentro dos muros daquele manicômio (ARBEX; MENDZ, 2016).

Dois anos depois, em 2013, Arbex lançou, pela Geração Editorial, seu livro homônimo ao título da obra cinematográfica apresentada anteriormente. Segundo as informações recolhidas pela jornalista, cerca de 70% das pessoas internadas no Hospital Colônia não tinham nenhum diagnóstico de doença ou transtorno mental (ARBEX, 2019). Durante meio século de existência, a instituição serviu como depósito humano para pessoas nas mais variadas situações, nas quais julgava-se necessário que estivessem a parte da sociedade:

[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (BRUM, 2013, p. 14).

<sup>1</sup> GAUTHIER, Guy. O documentário: um outro cinema. Campinas. São Paulo: Papyrus, 2011.

<sup>2</sup> Nomenclatura escolhida pela autora Arbex para se referir aos pacientes do antigo hospital.

Um dos ápices da narrativa, apresentado tanto no livro como na obra audiovisual, é a naturalização por parte dos funcionários do manicômio de graves violações contra a integridade dos indivíduos e situações de extrema violência. Os internados muitas vezes comiam ratos, bebiam esgoto ou urina e dormiam sobre capim. A maioria deles morreu tragicamente de frio, de fome e de diversas doenças. Dentre as mortes que poderiam ser evitadas, também são denunciados os casos de falecimento como consequência das práticas médicas feitas de forma antiética, através dos tratamentos de terapia por eletrochoque, no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro através da passagem de uma corrente elétrica. Os tratamentos por terapia de eletrochoque eram tão frequentes e intensos que sobrecarregavam a rede elétrica do município. Uma das enfermeiras relatou que quando os pacientes "aprontavam", segundo suas próprias palavras, eles eram punidos com essa prática médica. Nem mesmo após a morte seus corpos eram respeitados. Muitos indigentes, que não tinham seus cadáveres reivindicados por algum familiar, eram vendidos para faculdades, sem qualquer autorização deixada em vida (ARBEX, 2019; ARBEX; MENDZ, 2016).

Cabe salientar que a jornalista Arbex não foi a primeira a denunciar as atrocidades cometidas naquele espaço. Mesmo que diversas denúncias tenham sido realizadas anteriormente às obras referidas, parece que estas foram arquivadas e esquecidas tanto pela sociedade como pelas autoridades competentes. Ainda no ano de 1961 os alertas se iniciaram sob tamanha tragédia. O fotógrafo Luiz Alfredo Ferreira foi junto a um repórter conhecer as instalações do manicômio, a convite do governador de Minas Gerais. Ao se distanciar do grupo da visita, começou a fotografar as fortes imagens que lhe causaram um grande impacto. Essas imagens foram publicadas pela primeira vez, nesse mesmo ano, na revista *O Cruzeiro*, uma prestigiada publicação da época. Apesar da reportagem ter repercutido, não foi suficiente para causar uma mobilização social, jurídica e/ou governamental para que uma mudança efetiva ocorresse (ARBEX, 2019; ARBEX; MENDZ, 2016).

Ao ter acesso às fotografias produzidas por Luiz Alfredo Ferreira pela primeira vez, Daniela Arbex conta que essas a remetiam aos campos de concentração nazistas (ARBEX; MENDZ, 2016). As fotos capturavam imagens de homens e mulheres com aspectos cadavéricos, sujos, amontoados, com seus corpos em sua maioria nus e um semblante de profunda tristeza. Além disso, essa associação não foi feita apenas pela autora. Já no ano de 1979, após uma visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia à referida Colônia, ele teve a urgência de convocar uma coletiva de imprensa. Nela, Basaglia relatou que em nenhum lugar do mundo havia presenciado uma tragédia humanitária como aquela, onde ele se sentiu dentro de um campo de concentração nazista (BRUM, 2013). Franco Basaglia foi uma figura

importante da Reforma Psiquiátrica Italiana, tornando-se uma referência mundial ao discutir a desinstitucionalização. Para o psiquiatra italiano, as instituições psiquiátricas representavam a exclusão dos indivíduos em sofrimento mental (OLIVEIRA et al, 2020).

As obras sobre o *Holocausto Brasileiro* apresentam um forte cunho memorialístico, seja pela via da palavra ou pelas fortes imagens presentes no trabalho audiovisual. Ao me questionar se seria possível que a população esquecesse tamanha tragédia, me deparei com a literatura acerca da produção do esquecimento. Historiadores, antropólogos, sociólogos e uma série de renomadas categorias profissionais vêm dedicando seus trabalhos às pesquisas dessa temática. Estes apresentam certos questionamentos semelhantes, como por exemplo, as consequências geradas por certas interpretações ou por eventos serem destacados em detrimento de outros ao se resgatar o passado, o que produz uma onda de esquecimento (BENTIVOGLIO, 2014).

Por diversas vezes, essa produção de esquecimento envolve questões políticas, éticas, morais e de relações de poder (BENTIVOGLIO, 2014). Como uma forma de resistência e de enfrentamento, o testemunho floresce como uma via para tratar destes temas. Na perspectiva de Gagnebin (2006), a testemunha não se restringe apenas à pessoa que presenciou um fato diretamente, abarca também aquela que consegue ouvir a “narração insuportável do outro e que aceita que suas palavras levem adiante, como num revezamento, a história do outro” (GAGNEBIN, 2006, p. 57). Ela não o faz por compaixão ou por culpa, mas por acreditar que somente a transmissão simbólica através da linguagem, retomando reflexivamente o passado, “pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, a inventar o presente” (GAGNEBIN, 2006, p. 57).

Levando em consideração as reverberações em mim produzidas através das afirmações apresentada anteriormente por Gagnebin e pela leitura do livro de Daniela Arbex, alguns questionamentos começaram a surgir. Dentre eles, estão as indagações acerca das práticas institucionais em hospitais psiquiátricos e como elas foram conduzidas ao longo do século XX. Tais práticas incluem tanto o conjunto de saberes e práticas médicas e científicas, como também a análise de um contexto político-social (L'ABBATE, 2003).

Iniciado no ano de 1901 e finalizado no ano 2000, o século XX foi marcado por grandes transformações em um curto espaço de tempo, em uma comparação relativa aos séculos anteriores (L'ABBATE, 2003). Ao longo deste período, o mundo presenciou grandes avanços tecnológicos e científicos, bem como foi palco de duas violentas guerras mundiais. Sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, mas não restrito a essa catástrofe específica, surgiram na literatura diversos livros que relatavam e descreviam, sob a perspectiva de seus autores, as

experiências e o sofrimento causado por grandes eventos que representavam um horror coletivo. Estes passaram a ser agrupados como o gênero de literatura testemunhal (MACIEL, 2016).

Algo desta ordem foi escrito pelos autores brasileiros Lima Barreto e Maura Lopes Cançado referente às internações em hospitais psiquiátricos pelas quais passaram no século passado. Ambos teceram severas críticas aos hospícios e ao modelo por estes adotados, impregnados pelo uso de punição e violência no tratamento da loucura. Respectivamente, a obra do primeiro escritor intitulada *Diário do hospício* (1953/2017) narra a sua internação no Hospício Nacional de Alienados entre 1919 e 1920. A autora Cançado, no livro *Hospício é deus* (1965/2016), narra em seu diário o período de internação psiquiátrica entre o final do ano de 1959 e início de 1960 no Hospital Gustavo Riedel.

A partir da afetação que me foi produzida enquanto graduanda e dos registros de Lima Barreto e Cançado, me proponho a investigar a seguinte questão de pesquisa: como a literatura testemunhal, segundo o recorte temporal feito pelas duas obras mencionadas, pode vir a contribuir para a problematização das práticas institucionais nos hospitais psiquiátricos? Desta forma, os pontos destacados no decorrer da pesquisa estão envolvidos em questões políticas, sociais e nas mudanças no tratamento ofertado por instituições psiquiátricas através de uma leitura dos testemunhos destes dois autores brasileiros. Seus relatos são representações do universo sociocultural do evento testemunhado, ou seja, das práticas psiquiátricas enquanto estiveram internados, bem como a cultura hospitalar e a forma como a sociedade lidava com a loucura (ROVAI; TEIXEIRA, 2016).

Deste modo, este trabalho se justifica frente a necessidade ininterrupta de obras que busquem minimizar a produção de esquecimento e romper com a possível repetição de modelos de tratamento que desconsiderem a subjetividade dos pacientes psiquiátricos, submetendo-os a situações de violência e alienação da sociedade. É de fundamental importância que possamos reconhecer possíveis falhas em eventos e práticas passadas para que não venhamos a reproduzi-las em um tempo presente.

Colocada em pauta nossa justificativa, a presente dissertação tem como objetivo geral investigar e problematizar as práticas institucionais do século passado à luz do testemunho de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado no período em que estiveram internados, através das obras escolhidas e citadas previamente. Como objetivos específicos, procura analisar como a literatura testemunhal pode contribuir para a reconstituição de linhas narrativas históricas a partir da perspectiva de pacientes. Além disso, busca compreender o contexto histórico e cultural da sociedade e da psiquiatria durante a aplicação das práticas mencionadas pelos autores, as quais serão destrinchadas no decorrer do segundo capítulo. Ainda como um objetivo

específico, a dissertação se propõe a investigar as modificações enfrentadas pela psicanálise em sua entrada nos hospitais psiquiátricos, a partir do desdobramento do testemunho da autora Maura Lopes Cançado. Por fim, procura analisar relação de afastamento e aproximação entre a psicanálise e psiquiatria ao longo do terceiro capítulo.

A metodologia escolhida nesta pesquisa foi a qualitativa, uma vez que versa o estudo das características do objeto estudado levando em consideração a análise dos discursos, dos significados e de diferentes tipos de contextos, como, por exemplo, o social e o histórico (CORRÊA, 2008). Dessa forma, o trabalho não está relacionado a uma mensuração ou em apresentar novos dados numéricos, mas, sim, a promover uma discussão acerca das práticas institucionais a fim de atrair atenção ao tema e contribuir à futuros debates a quem possa se interessar. Para isso será realizada uma revisão narrativa da literatura. A metodologia se encontra detalhada no subtópico 1.5.

No decorrer da fundamentação teórica, será promovido um diálogo entre o recurso literário e a literatura científica. Isso, entretanto, não é algo novo. Sigmund Freud recorreu à utilização do recurso literário durante a elaboração teórica da clínica psicanalítica. É válido salientar que Freud não extraiu um exemplo ou uma obra literária para produzir ou ilustrar sua teoria. O que ele fez foi criar uma interlocução entre seus textos e algumas obras literárias por acreditar que a literatura provoca os indivíduos, nos revelando os grandes dramas da humanidade (PERES, 1996). Por esse motivo, também recorreremos a Freud em nosso percurso.

A fim de contemplar o que foi apresentado, o presente trabalho será dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, alguns pontos-chaves da pesquisa serão conceituados, como por exemplo, o que são as práticas institucionais, o que é a literatura testemunhal e qual a relação da escrita com a criação de novos modelos de pesquisa à luz da psicanálise. No segundo capítulo, será realizada uma articulação com os relatos das vivências dos autores brasileiros que foram internados em instituições psiquiátricas ao longo do século XX. Apesar da pesquisa se centrar nas obras testemunhais de Lima Barreto e Cançado, outras décadas e elementos serão convocados à discussão para a compreensão sócio-histórica destes objetos e para contribuir na discussão das mudanças nas práticas institucionais no decorrer do século XX.

Durante a leitura da obra de Cançado, nos deparamos com o testemunho de que a autora e outras pacientes tinham como parte de seu tratamento a realização de sessões terapêuticas baseadas na teoria da clínica psicanalítica. Com isso, no terceiro e último capítulo, será investigado a relação entre a psicanálise e a psiquiatria e as mudanças sofridas pela psicanálise ao adentrar em hospitais.



## 1 O QUE SÃO AS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS E A LITERATURA DE TESTEMUNHO?

Antes de construirmos um percurso analisando as práticas institucionais em determinados hospitais psiquiátricos que ocorreram no país durante o século XX à luz do testemunho de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado, é necessário discutirmos e compreendermos certos conceitos. Visando um contato inicial com os elementos que compõem a tessitura feita no decorrer da pesquisa, o primeiro capítulo tem como objetivo apresentá-los ao leitor, tendo assim um caráter introdutório.

### 1.1 O que se entende como prática institucional?

Iniciamos nossa investigação indagando o que pode ser compreendido como prática institucional. Veronese (2008), ao se questionar sobre o significado dos termos “instituição” e “prática”, em caráter isolado, recorreu ao dicionário, tendo encontrado as seguintes definições:

Instituição: (...) complexo integrado por idéias, padrões de comportamento, relações inter-humanas e, muitas vezes, um equipamento material, organizados em torno de um interesse socialmente reconhecido.  
 Prática: Ação; (...) Realização; (...) Aplicação; (...) Exercício; (...) Habilidade; (...) Modo ou método; (...) Maneira de proceder. (DICIONÁRIOS MICHAELIS, 1998 *apud* VERONESE, 2008, p. 103).

Estas definições não divergem do que é encontrado em consultas aos dicionários atuais. Dessa forma, após realizar um primeiro contato semântico, a autora pôde aferir que as instituições são organizações moldadas de diferentes maneiras e que realizam distintos modos de interação entre indivíduos e/ou entre outras instituições, além de variados meios de produção social. Em concomitância, a autora concluiu que a palavra “prática” está relacionada as ações dirigidas a movimentações (VERONESE, 2008). Ao recorrer a outra referência bibliográfica, encontramos a definição originária do termo “instituição”, vinda do latim “*institutio*”, a qual designa “uma estrutura de organização de origem humana, destinada a inscrever-se no tempo” (NABUCO, 2010, p. 71). Em outras palavras, temos uma instituição composta por um coletivo de indivíduos na qual se busca inserir, conservar e perpetuar o que ali se institui. Essa ação é

própria das relações humanas e do caráter social. Dessa forma, tanto as instituições como as práticas promovem e produzem os laços sociais (NABUCO, 2010).

Dentro de uma perspectiva histórica e sociológica, as instituições, enquanto organizações, têm exercido diferentes papéis na sociedade, como os de caráter social, educacional, religioso etc. De maneira semelhante, elas vêm operando e executando a correção dos indivíduos segundo normas pré-estabelecidas pelas mesmas. Eventualmente, o isolamento de indivíduos considerados anormais tem sido praticado nas mais variadas instituições (ROMANINI; ROSO, 2012). As organizações, de maneira geral, foram criadas para proteger um coletivo, sendo “constituídas na tentativa de diminuir o estado de desamparo, inerente à condição humana.” (ROMANINI; ROSO, 2012, p. 346). Ou seja, se desenvolveram na busca de superar a fragilidade humana e evitar o caos absoluto.

Esse conceito de desamparo foi enunciado por Freud (1930/2020) em sua obra *O mal-estar na civilização*. Nesta, o autor discorre sobre as vantagens e perdas na vida em sociedade. Na tentativa de apaziguar o caos absoluto e nos afastar de um estado de barbárie, durante a infância e a adolescência somos inseridos na sociedade através da linguagem e passamos a dominar os nossos instintos naturais da busca pelo prazer a todo custo. Ainda que tenhamos que nos privar de parte da nossa satisfação, gerando o que o autor chama de mal-estar, os benefícios são incontestáveis, visto que a civilização nos gera prazer e proteção. Com isso, no interior das sociedades, as instituições estão presentes desempenhando papéis no controle do sofrimento e no apaziguamento do caos (FREUD, 1930/2020). É importante salientar que as instituições são ao mesmo tempo produto e agente do meio e cultura nos quais estão inseridas, passando por reformulações (FERIGATO et al, 2007).

Retomando a discussão acerca das práticas institucionais e encaminhando-a ao contexto dos hospitais psiquiátricos, L’Abbate (2003) aponta que, ao falarmos sobre análise de uma saúde coletiva<sup>3</sup> de forma institucional, isso abre um precedente para a problematização da “própria constituição do seu campo como um conjunto de saberes e práticas, relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnico científica” (p. 266). E é com base neste direcionamento que a presente pesquisa pretende seguir ao tratar das práticas institucionais, fazendo referência tanto ao campo político-social como também às intervenções produzidas nos pacientes no ambiente hospitalar, como, por exemplo, discutir as diferentes formas de tratamento e técnicas terapêuticas.

---

<sup>3</sup> A expressão saúde coletiva surgiu no final da década de 1970, objetivando construir um novo paradigma que possibilitasse uma nova articulação entre as diversas instituições do campo da saúde. Hoje, o termo é utilizado de forma abrangente para fazer referência ao conjunto de saberes e práticas no campo da saúde (LABBATE, 2003).

A importância de debatermos e criarmos espaços de troca para discutir sobre as práticas institucionais e os dispositivos existentes é que assim tomamos consciência desses modelos e enxergamos sua totalidade. Como consequência, torna-se possível analisar as ações humanas, transformando as interações e modificando as instituições (VERONESE, 2008). Em resposta às mudanças e às possibilidades de desdobramento acarretadas por tais transformações, esse diálogo se expande também para a discussão política, na medida em que “os agentes sociais instauram as realidades institucionais, através de suas práticas administrativas, afetivas, interpretativas etc.” (VERONESE, 2008, p.104).

Ao mesmo tempo em que as instituições têm seu caráter normativo, elas também contemplam um espaço político e do exercício de poder. E, justamente, ao entendermos que o fazer institucional também é político, conduzimos nossa pesquisa discutindo as práticas não de forma isolada, mas como representações de um coletivo. Dito isso, encaminhamos a discussão para o próximo subtópico, olhando a loucura não por uma ótica individual, mas, sim, social e política.

## **1.2 A loucura enquanto uma questão social**

Na obra *A história da loucura na idade clássica* (1961/2020), o filósofo francês Michel Foucault apresentou a loucura como sendo construída segundo um contexto histórico e cultural, não existindo a partir de uma narrativa individual. A loucura surgiu no momento em que a cultura de uma sociedade lhe atribuiu um papel social, um valor e uma função. É só assim que ela se tornou uma realidade. Nas sociedades ocidentais, passou a ocupar um lugar de exclusão durante a modernidade, com a fundação do Hospital Geral, no território francês, em 1656 (FOUCAULT, 1961/2020).

Antes de discutirmos esse marco, é importante delimitarmos o que entendemos por exclusão. Há diferentes divergências teóricas e conceituais acerca das razões e formas de exclusão de grupos na sociedade, não sendo um conceito unívoco. Nossa reflexão diz respeito a um fenômeno no qual há a necessidade de um meio social para que ele ocorra, não se caracterizando como algo da ordem individual (WANDERLEY, 2001). Só através do vínculo social é que a exclusão pode ser traduzida e materializada de diferentes formas, como:

no caso da segregação, através de um afastamento, da manutenção de uma distância topológica; no caso da marginalização, através da manutenção do indivíduo à parte de um grupo, de uma instituição ou do corpo social; no caso da discriminação, através do fechamento do acesso a certos bens ou recursos, certos papéis ou status, ou através de um fechamento diferencial ou negativo (JODELET, 2001, p. 53)

Dessa forma, o fenômeno de exclusão, muitas vezes tido como natural e normatizado nas sociedades, gera estigmas e enfraquece determinados vínculos sociais (WANDERLEY, 2001). Dito isso, é possível refletir sobre como os processos de exclusão da loucura se mantiveram ao mesmo tempo em que se transformaram e se adaptaram em concomitância com as transformações históricas. Tanto a percepção social da loucura como a exclusão dos loucos enquanto um grupo se perpetuou de diferentes formas ao longo dos séculos, durante diferentes períodos sócio-históricos. É importante ressaltar que utilizo as mesmas terminologias empregadas por Foucault, como louco e loucura. Estas não são apresentadas de forma estereotipada ou pejorativa, mas, sim, de modo a abarcar todo um fenômeno que é anterior e mais amplo do que um sistema de classificação médico/científico.

Buscando compreender a criação dos estereótipos ocidentais acerca da loucura, como por exemplo, a associação desta à falta de razão, à imoralidade, à inaptidão e uma série de outras características, Foucault (1961/2020) concluiu que eles eram resultados de um processo histórico-social europeu, iniciado no final da Idade Média. Com o desaparecimento da lepra nos países ocidentais, uma nova configuração emergiu nas cidades. Os grandes leprosários foram se tornando cada vez mais vazios, assim foi necessário destinar seus espaços a outras funções, como hospitais e prisões. Se antes a população atrelava o medo à figura do leproso, como sendo um grupo social temido e que precisava estar à parte da sociedade, os novos grupos que começaram a ocupar os antigos espaços dos leprosários herdaram esses valores. Entre eles estavam os pobres, os presidiários e os loucos (FOUCAULT, 1961/2020).

Avançando para a Idade Clássica, Foucault (1961/2020) apontou que ao longo desse período foram construídas diversas casas de internações. Concomitantemente, a loucura, herdeira do estigma social da extinta lepra, passou a ser um alvo de tentativa de controle pela elite. Foi na França, mais especificamente em Paris, no ano de 1656, que surgiu pela primeira vez o decreto de fundação do Hospital Geral, cuja pretensão era alcançar a ordem social. Apesar do nome, esse não era um estabelecimento médico. Era uma instância assistencial criada pelas estruturas monárquicas e burguesas que visava a internação de pobres, loucos, libertinos e desempregados. A partir dessa fundação e da abertura, na Alemanha e na Inglaterra, das primeiras casas de correção, o século XVIII seguiu sendo marcado pelas diversas formas de internações e novos meios de controle dos grupos marginalizados (FOUCAULT, 1961/2020).

Encaminhando nossa discussão para o contexto brasileiro, Resende (1990) aponta um outro olhar possível para a interpretação sócio-histórica em um país latino-americano. Saliento que essa visão não faz um contraponto excluindo as hipóteses levantadas por Foucault. O estudo de Resende (1990) consiste em uma análise mais direcionada à história da loucura no Brasil, diferenciando-a do cenário europeu. Durante o cenário social europeu ao final do século XVI, com a ruptura do sistema feudal e o surgimento do capitalismo, emergiram novas exigências e necessidades de produção de bens e de capital para a formação de novos indivíduos. A partir desse momento em que os loucos não conseguiram cumprir as novas exigências de produção capitalista é que eles passaram a ser excluídos e a abarrotar as cidades, o que se tornou um grande problema social. A solução encontrada, com a justificativa de controlar esse problema, foi a criação de novas instituições que os retirassem do meio social (RESENDE, 1990).

Esse mesmo cenário de exclusão e enclausuramento europeu veio a se repetir no Brasil durante os anos iniciais do século XIX. A aparição do louco se tornou um problema à ordem social quando o Brasil ainda era uma colônia regida por uma sociedade rural pré-capitalista. Se no cenário europeu excluía-se os loucos sob a justificativa de que eles atrasavam o avanço dos países no novo sistema capitalista, essa lógica não poderia se estender ao Brasil, visto que o país ainda não se encontrava nessa fase. A realidade vivenciada em território nacional era a de uma economia primitiva, baseada nos serviços agrícolas por meio da utilização de mão de obra escrava (RESENDE, 1990).

O trabalho escravo estava presente em todas as esferas da sociedade, seja doméstico ou produtivo, nas cidades ou nos campos. Com essa configuração, poucas eram as opções para aqueles que não eram senhores proprietários do capital. Assim, a sociedade crescia dividida entre um pequeno número de senhores, uma multidão de escravos e uma massa indefinida de inadaptados, constituídos por indivíduos com trabalhos indefinidos ou sem ocupação. Com isso, em uma posição de marginalização, vagueando pelas ruas, os loucos foram vistos pela primeira vez como um perigo à ordem e à paz (RESENDE, 1990).

Até então, segundo o autor, a percepção ao analisar a história da loucura no país é como se essa, em território nacional, tivesse permanecido silenciosa e silenciada. Isso não quer dizer que ela não existia, apenas não era um objeto de estudo por parte das ciências ou alvo de intervenção pública (RESENDE, 1990). Através de um exemplo retirado da literatura, Resende (1990) ilustra a existência da loucura de forma pacífica na sociedade. Nesse momento, ela ainda não era vista como uma doença ou um transtorno mental, não sendo representada, catalogada ou interpretada de forma patológica:

A literatura de Guimarães Rosa, crônicas da vida dos sertões das Minas Gerais dá conta de casos de indivíduos que, esquisitões e ensimesmados, recolhiam-se por dias, semanas ou anos aos retiros (lugares remotos das propriedades) ou navegavam sem rumo pelos rios, até que se sentissem novamente em condições de retornar ao convívio da comunidade. Esta, apesar de muitas vezes reconhecer nestas atitudes coisas “de maluco” ou “doideiras”, não julgava necessário intervir e via esses comportamentos muito mais como um aspecto da singularidade dessas pessoas do que propriamente evidência de patologia (RESENDE, 1990, pp. 31-32).

Desse modo, através da utilização da literatura para exemplificar um contexto, Resende (1990) conseguiu reconstituir a realidade em um período no qual não existia um tratamento para os loucos no país. Se, por um lado, os ricos eram mantidos em casa, longe das vistas da sociedade, por outro lado, os indivíduos pobres ficavam andando sem rumo pela cidade, sendo feitos de chacota, servindo como entretenimento ou isolados em um canto amontoado com outras pessoas na mesma situação. Além das opções citadas, havia ainda a possibilidade de serem presos junto a criminosos ou a de ficarem nos porões da Santa Casa de Misericórdia, uma instituição filantrópica católica (BRASIL, 2008; MAGALDI, 2020).

Os hospitais não eram instituições médicas e sociais que promoviam o tratamento de doentes ou de feridos como as que temos hoje. Eram fundações religiosas e assistencialistas, cujo os principais objetivos eram catequizar e promover a salvação de almas. Foi somente durante os anos iniciais do século XIX que, pela primeira vez, esse modelo hospitalar passou a ser problematizado, ao ser percebido como um fator de insalubridade e patogenicidade. Pouco a pouco, a medicina ocupou o ambiente hospitalar ao longo do século, passando a se interessar por assuntos que diziam respeito a questões sociológicas, como o combate à desordem social e o funcionamento da cidade (BRASIL, 2008). Emergiu então, um clamor pela criação das novas formas de assistência à loucura inspirado nos ideais revolucionários dos franceses Pinel<sup>4</sup> e Esquirol<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Philippe Pinel (1745- 1826) foi um médico francês que, inspirado pelas ideias da Revolução Francesa de liberdade, igualdade e fraternidade, propôs um tratamento moral para os alienados no século XVIII. O tratamento moral consistia em reeducar os pacientes acerca das normas sociais, sendo feito através de uma conduta disciplinadora da instituição manicomial e dos médicos. Pinel foi revolucionário ao ser o primeiro a desacorrentar os loucos e retirá-los das celas nas quais ficavam trancafiados por anos. Até então, era uma prática dos hospitais trancafiar os loucos considerados mais agressivos ou incuráveis. Além disso, o médico foi responsável por atribuir à loucura o estatuto de doença mental, até então vista como criminalidade ou possessão demoníaca (BRASIL, 2008).

<sup>5</sup> Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) foi um médico francês considerado um dos precursores da psiquiatria. Conheceu Pinel trabalhando no hospital La Salpêtrière e se tornou seu discípulo. Assim como seu mentor, acreditava na causa física e moral da loucura, ultrapassando-o quanto às classificações dos transtornos observados. Este reformador de asilos e hospícios franceses foi responsável pelo primeiro curso para tratamento das enfermidades mentais (BRASIL, 2008, p. 14-16).

Aqui estamos falando da própria existência da instituição hospitalar como tratamento. Essas formas de assistência são opostas ao que preconizamos atualmente, mas naquela época eram revolucionárias. Embebidos por essas ideias, os membros da recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro formulam o lema “Aos loucos o hospício!” (BRASIL, 2008, p. 19). A mobilização causada pelos médicos e o espanto frente aos terríveis gritos advindos dos porões da Santa Casa, fizeram com que o Imperador Dom Pedro II se atentasse a uma necessidade conclamada (BRASIL, 2008).

Com isso, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro teve seu decreto de criação no ano de 1841, na cidade do Rio de Janeiro. No entanto, só foi inaugurado onze anos depois, em 1852, levando o nome de Hospício de Pedro II (HIDALGO, 2008). Apesar da figura do médico estar presente já neste momento de criação do hospício, o controle da loucura ainda fazia parte de um discurso religioso. Uma mudança efetiva só foi observada após a proclamação da República, ao final do século XIX. Através de uma articulação entre o Estado e o discurso médico-científico, a loucura passou a ser objeto de estudo da psiquiatria e continua sendo um objeto de estudo até os dias atuais (VECHI, 2004).

Assim como a loucura, a literatura também é considerada uma expressão do coletivo a partir do momento em que é feita por meio das palavras e das imagens que são comuns a uma sociedade e a uma época (CANDIDO, 2000). Essa ideia será explorada no subtópico a seguir, ao nos debruçarmos na relação estabelecida por Freud entre a literatura e a teoria da clínica psicanalítica. A psicanálise será um elemento presente nas discussões dos próximos capítulos, através do testemunho de Cançado.

### **1.3 Psicanálise e literatura - uma aproximação de dois campos distintos**

O século XX foi um período marcado pelo surgimento de novas teorias, como a psicanálise, que, a partir do seu marco fundador, a publicação da obra *A interpretação dos sonhos*, em 1900, tornou-se cada vez mais difundida nas sociedades ocidentais (SOLER, 2004). Desde o período anterior à fundação da teoria da clínica psicanalítica, Freud se preocupou em alinhar a psicanálise ao campo das ciências naturais. Em uma correspondência trocada com seu amigo, o médico alemão Wilhelm Fliess, datada no dia 25 de maio de 1895, é possível vermos a dedicação de Freud quanto aos processos de criação de sua obra, buscando alinhar seus achados ao estatuto científico. Nessa carta endereçada a Fliess, Freud fala das dificuldades

encontradas na elaboração do *Projeto para uma psicologia científica* (1895/1950), publicado de forma póstuma e não terminada. Neste *Projeto*, o autor teoriza acerca do funcionamento mental, afirmando a Fliess que tem “dedicado cada minuto livre a esse trabalho” (MASSON, 1986, p.130).

Freud conseguiu enxergar para além das ideias hegemônicas da sociedade e da época em que viveu, na qual se acreditava que a única forma válida de se fazer ciência era pela ideologia positivista (CAREZZATO; REALE, 2016). Esta corrente filosófica europeia, advinda do século XIX, em linhas gerais, consistia na sistematização dos princípios filosóficos que buscavam alcançar o mais alto nível de evolução do ser humano através de um posicionamento empirista e antimetafísico. Com isso, foi incorporada às ciências, incluindo a ciência médica, a ideia de que estas deveriam se orientar através de métodos baseados em fatos que pudessem ser conhecidos cientificamente e comprovados pela lógica (ALVES, 2013).

Em um artigo publicado originalmente em 1890, Freud problematizou que os médicos estavam aprendendo há pouco tempo a reconhecer o valor do tratamento anímico (o tratamento psíquico). Isso porque, devido à corrente positivista, os principais avanços e progressos da medicina se limitavam ao estudo anatomofisiológico. Com isso, a medicina da época julgou erroneamente a existência de uma importância maior do âmbito físico, associando o anímico como dependente deste (FREUD, 1890/2020).

Em sua originalidade, contrapondo-se ao pensamento dos seus colegas, Freud estabeleceu uma relação entre a literatura e a teoria da clínica psicanalítica durante toda sua elaboração teórica. Ele tinha um grande apreço aos textos literários e é possível aos seus leitores verem a reverberação dessa relação em sua escrita. Para Freud, o campo das artes e da literatura nos afetam e nos despertam as mais variadas emoções, incluindo as emoções que não sabíamos ter (FREUD, 1984/2006).

Alguns anos após a publicação da obra *A interpretação dos sonhos* (1900), Freud publicou o ensaio *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen* (1907 [1906]/ 1996). Ao ler o romance intitulado *Gradiva* (1902), de Wilhelm Jensen, Freud se deparou com uma narrativa construída de forma muito semelhante a suas teorizações, dessa vez escrita por um escritor/poeta. De maneira resumida, a narrativa ficcional girava em torno de um jovem arqueólogo alemão, Norbert Hanhold, que teve sua atenção capturada e ficou fascinado com uma imagem específica de uma jovem mulher esculpida num baixo relevo no Museu Arqueológico Nacional de Nápoles, nomeada de Gradiva. Na obra, a mulher foi representada andando, com os pés à mostra ao erguer seu vestido drapeado, com um andar inusual conforme apontava a descrição. A partir dessa captura inicial, o jovem arqueólogo começou a ter sonhos



com a Gradiva. O grande diferencial dessa obra literária é que nela os sonhos/delírios inventados pelo escritor eram passíveis de serem interpretados. Assim, após um longo processo de ligações feitas por Nobert, ele descobriu que o que lhe atraiu na escultura lhe remetia a um amor de sua infância (FREUD, 1907[1906] / 1996).

Diante disso, foi possível para Freud afirmar que os escritores/poetas [*Dichter*] pareciam estar cientes da importância do sonho, assim como os antigos povos que tentavam os interpretar. Por outro lado, os sonhos eram ignorados pelas ciências médicas positivistas, por não lhe atribuírem importância psíquica e, como consequência, eles eram considerados eventos puramente fisiológicos (FREUD, 1907 [1906] / 1996). Enquanto isso, na concepção psicanalítica, os sonhos contemplam um material onírico do inconsciente, passível de interpretação através do método de associação livre, no qual o paciente fala o que lhe vem à mente, acrescido a interpretação produzida pelo analista (FREUD, 1907/2015). Diante disso, Freud afirma que o testemunho dos escritores/ poetas:

[...] deve ser altamente considerado, pois sabem numerosas coisas do céu e da terra, com as quais nem sonha a nossa filosofia. No conhecimento da alma eles se acham muito à frente de nós, homens cotidianos, pois recorrem a fontes que ainda não tornamos acessíveis à ciência. Mas quem dera fosse menos ambígua a posição dos escritores em favor da natureza significativa dos sonhos! Pois uma crítica mais severa poderia objetar que o escritor não toma partido nem contra nem a favor do significado psicológico de um sonho; ele se contenta em mostrar como a psique adormecida reage às excitações que nela permaneceram ativas como prolongamentos da vida de vigília (FREUD, 1907/2015, p. 16).

Com este trecho, vemos que apesar de dar-lhes a devida importância, o trabalho dos escritores/poetas não se assemelha ao trabalho dos psicanalistas. Os primeiros encontram palavras para escrever histórias e poemas que despertam emoções em nossa psique. Já o segundo grupo não está preocupado em produzir uma narração. Seu trabalho consiste na interpretação dos materiais inconscientes que lhes são apresentados. Ao questionarem Jensen se conhecia os conceitos psicanalíticos, o autor negou qualquer conhecimento, alegando que as inspirações para a obra foram de sua própria imaginação. Em relação a isso, Freud acredita que

Provavelmente bebemos na mesma fonte e trabalhamos com o mesmo objeto, embora cada um com seu próprio método. A concordância entre nossos resultados parece garantir que ambos trabalhamos corretamente. Nosso processo consiste na observação consciente de processos mentais anormais em outras pessoas, com o objetivo de poder deduzir e mostrar suas leis. Sem dúvida o autor procede de forma diversa. Dirige sua atenção para o inconsciente de sua própria mente, auscultando suas possíveis manifestações, e expressando-as através da arte, em vez de suprimi-las por uma crítica consciente (FREUD, 1907 [1906] / 1996, p. 83)

O que postulou Freud era que apesar do psicanalista e o escritor/poeta apresentarem algumas convergências diante de suas observações, seus resultados eram diferentes já que

ambos tinham preocupações distintas. Aproximações e divergências também ocorriam no campo da psicanálise e da literatura. Por mais que constituíssem campos heterogêneos, os dois construíram “práticas discursivas que extraem seu fundamento no campo da palavra e da linguagem enquanto práxis, ambas caracterizando fazeres da palavra, ainda que de ordens distintas” (VORSATZ, 2019, p.163). Enquanto para a psicanálise as formações do inconsciente existem na dimensão da palavra, ao se dizer algo, na literatura, a práxis da ação poética consiste em se criar, mediante a palavra, algo que não existia antes (VORSATZ, 2019). Apesar das diferenças, as obras dos escritores/poetas eram enaltecidas por Freud, algo incomum em um período onde se sobrepunha a valorização do anatomofisiológico. Essa admiração tornou-se também, posteriormente, um objeto de estudo, no qual Freud apontou a existência de uma relação intrínseca entre o escritor/poeta e o fantasiar.

O estabelecimento dessa relação se deu, para Freud, após a observação do processo criativo de um escritor e das brincadeiras de uma criança. Da mesma forma que uma criança brinca levando a sério o universo construído por ela, o escritor/poeta também o faz, posto que há um investimento de uma grande quantidade de afeto. Ao mesmo tempo, há uma distinção entre a fantasia e a realidade. O que possibilitou a preservação entre a relação do brincar infantil e a criação poética foi a existência da linguagem. Ao crescer, as crianças costumam parar de brincar e substituem esse ato por fantasiar, criando seus devaneios. Assim, na fase adulta, o sujeito se envergonha de suas fantasias, escondendo-as das outras pessoas, já que toda fantasia é a realização de um desejo. Entretanto, esse não é o processo que ocorre com os poetas/escritores. Estes colocam em palavras o que em outros poderia causar uma repulsa (FREUD, 1908/2015).

O próprio Freud estabeleceu um novo parâmetro na escrita no que diz respeito à singularidade de suas obras, do seu objeto de estudo e como transmitiu suas fundamentações teóricas através de ensaios, livros e projetos. Conforme salienta Andrade (2008, p. 30), “não estamos simplesmente diante de um cientista que, por acaso, escreve bem e fora reconhecido pelos escritores de seu tempo”. Para o autor, Freud, enquanto escritor-cientista, não apenas comunicou ao meio científico uma nova hipótese - a saber o inconsciente - mas, sim, transmitiu uma nova literatura científica levando em consideração a operação da linguagem

Além da literatura científica, a psicanálise influenciou largamente a psiquiatria na primeira metade do século XX, como discutiremos ao longo do terceiro capítulo. Uma das obras freudianas que teve grande impacto na comunidade científica, especialmente na psiquiatria, ocorreu através da análise de uma autobiografia. Em 1903, o jurista Daniel Paul Schreber publicou a obra *Memórias de um doente dos nervos*, que continha as crenças do autor e sua

experiência durante uma de suas internações no antigo reino da Saxônia, onde hoje se encontra o território da atual Alemanha. A obra de Schreber foi amplamente comentada nos meios psiquiátricos da época. Com grande eloquência e coesão, seus escritos durante uma crise psicótica despertaram uma curiosidade e instigaram a psiquiatria, como ocorre ainda hoje, passados mais de um século de sua publicação original (HENRIQUES, 2014).

Cabe enfatizar que o diagnóstico psiquiátrico do autor foi objeto de estudo de diferentes comentadores. Entretanto, essa discussão diagnóstica não é pertinente ao que é proposto na atual pesquisa. Schreber acreditava que havia sido diretamente eleito para cumprir fins religiosos de redenção da humanidade, através de sua comunicação direta com Deus (HENRIQUES, 2014). A narrativa de seu livro gira em torno de seus delírios e alucinações megalomânicas de redimir o mundo e restabelecer uma ordem onde, após sofrer um processo de emasculação, se transformaria em uma mulher e poderia enfim gerar uma nova raça de seres humanos (SCHREBER, 1903/2021).

Ao se deparar com tal obra, Freud pôde discutir e investigar esse caso clínico sob a perspectiva psicanalítica, o que resultou em um grande avanço na clínica da psicose. Na sua obra *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoide)* (1911/ 1998), Freud dá prosseguimento à sua descoberta afirmando que, devido à peculiaridade da psicose, é possível que tanto os relatos escritos, como uma história clínica impressa, venham a substituir o conhecimento pessoal do paciente. Isso era possível graças à característica dos próprios pacientes em revelar os seus pensamentos, mesmo que em uma via distorcida. Esses pacientes revelam, na medida em que resolvem dizer, o que os neuróticos manteriam escondido em segredo ou não seriam capazes de acessar devido a suas resistências internas.

Nossa pesquisa não entrará em uma discussão sobre a neurose e a psicose, por não se tratar do delineamento proposto e por não termos como objetivo focar em uma discussão diagnóstica. Entretanto, o caso de Schreber foi discutido devido à importância de como um livro pode ter um alto impacto nas discussões médicas psiquiátricas. Ao romper com o modo de produção científica de sua época, traçando caminhos não realizados antes, Freud em seu ato de inovação e genialidade abriu caminho para que outros pesquisadores pudessem elaborar suas pesquisas em diferentes formatos. Em virtude disso, incluo em minha afirmação anterior a própria pesquisa aqui realizada, na qual irei fazer uma tessitura entre textos científicos e passagens da literatura brasileira, mais especificamente do gênero de literatura de testemunho.

#### 1.4 O que é a literatura de testemunho enquanto um gênero literário?

Ao ouvirmos a expressão literatura de testemunho, mesmo para um indivíduo que não esteja familiarizado com esse gênero literário, nos chama a atenção a combinação das duas palavras utilizadas. Segundo o dicionário Michaelis, a palavra “literatura” pode ser compreendida como:

1 Arte de compor escritos, em prosa ou em verso, de acordo com determinados princípios teóricos ou práticos [...] 2 Atividade ou profissão de um homem de letras; o trabalho, a arte do escritor [...] 3 O conjunto das obras literárias de um país, um gênero, uma época etc. que, pela qualidade de seu estilo ou forma e pela expressão de ideias de interesse universal ou permanente, têm reconhecido seu alto valor estético [...] 4 O conjunto das obras literárias de um agregado social, ou em dada linguagem, ou referidas a determinado assunto (LITERATURA, 2022).

Já a palavra “testemunho” é conceituada como “1 Ato ou efeito de testemunhar. 2 Ato que dá uma demonstração plena de algo; prova [...] 3 Narração real e circunstanciada que se faz em juízo; declaração, depoimento [...] 4 O que demonstra a existência de algo; indício, sinal” (TESTEMUNHO, 2022). Além dessas definições apresentadas, esse se apresenta como objeto de estudo de variados campos de conhecimento, como aponta Seligmann-Silva (2005a). Em uma interface com o campo da história, o testemunho pode ser compreendido como uma fonte documental, que transmite um livre acesso ao “universo sociocultural de determinado tempo histórico” (ROVAI; TEIXEIRA, 2016, p. 65). Uma pessoa fora dessa delimitação temporal e sociocultural não conseguiria compreender um contexto se não fosse pelo testemunho dos indivíduos inseridos nele.

O gênero literário conhecido como literatura de testemunho ou literatura testemunhal se configura como uma narrativa escrita entre a recriação das experiências memorialísticas, comumente associados a um evento histórico, e à ficção, na medida em que passa pela recriação e interpretação de quem a escreveu (MACIEL, 2016). Ele é sobretudo a representação de uma cena, em que, paradigmaticamente, se busca dizer sobre um evento traumático e que é inenarrável em sua totalidade, destacando-se apenas fragmentos deste evento (SELIGMANN-SILVA, 1998). Do ponto de vista semântico, a palavra “trauma” vem do grego *traûma*, que significa ferida (SELIGMANN-SILVA, 2008). Ao falarmos de algo traumático no decorrer da pesquisa, estamos nos referindo a uma visão psicológica acerca de uma vivência profunda que traz sentimentos, comportamentos e perturbações após o evento traumático à pessoa que a vivenciou, implicando em um sofrimento (TRAUMA, 2022).

Com a produção de tantas transformações e de sofrimentos no século XX, surge uma necessidade coletiva de elaboração destas feridas, como afirma Seligmann-Silva (2008). Assim, o século passado foi propício para a expansão da literatura testemunhal, visto que este foi marcado pela presença de guerras, genocídios, ditaduras e outras catástrofes que ocasionaram um intenso sofrimento psíquico às pessoas, como aponta Ginzburg (2008). Segundo Antonello (2019), a literatura de testemunho enquanto gênero literário tem sua origem após os eventos de genocídio judeu (*Shoah*) durante a Segunda Guerra Mundial. Através dos relatos escritos, os autores sobreviventes à essa tragédia puderam denunciar sua versão da violência física e psíquica que enfrentaram. No entanto, a literatura de testemunho não se restringiu a este fatídico evento, de modo que foi ampliada ao conjunto de obras que elaboram relatos envolvendo situações de violência e de trauma compartilhados por um grupo.

Dessa forma, as modificações contemporâneas ocorridas na humanidade levaram a novas interpretações das experiências traumáticas, caracterizadas como sendo “uma memória de um passado que não passa” (SELIGMANN-SILVA, 2008, p. 69). Para o autor, há um elemento paradoxal da temporalidade psíquica no evento do trauma, no qual o tempo passado ainda é o tempo presente. Isso significa que as marcas ocasionadas por um evento traumático não se inscrevem no passado, mas, sim, em um presente contínuo. Essas marcas não podem ser esquecidas, visto que “aquilo que é da ordem do trauma implica a ideia de algo inassimilável ao mundo psíquico, ainda que deixe marcas indeléveis na memória” (MALDONADO; CARDOSO, 2009, p.49). Desta forma, quando os escritores se propõem a narrar sua experiência vivenciada, existe ali uma necessidade imperativa de contar e de conhecer sua própria história (LAUB, 1995 *apud* SELIGMANN-SILVA, 2005b). Contudo, essa urgência em narrar o inenarrável configura-se de forma diferente para cada indivíduo.

A própria estrutura do testemunho se conflita entre os impasses e os atrasos no tempo presente, já que “o tempo em que ele demorou para ser elaborado e para que a sociedade pudesse ouvi-lo é resultado da impossibilidade de testemunhar diretamente o evento” (SELIGMANN-SILVA, 2005b, pp. 70-71). Essa impossibilidade não desmerece a sua importância, apenas revela uma parcialidade no testemunho dos indivíduos que conseguiram sobreviver e assim tiveram acesso a uma parte atenuada dos fatos (SELIGMANN-SILVA, 2008).

Por isso, diferentemente de outros gêneros literários, a escrita testemunhal ocupa um lugar destinado ao “contato com o sofrimento e seus fundamentos, por mais que sejam, muitas vezes obscuros e repugnantes” (GINZBURG, 2008, p. 63). É uma leitura que, ao mesmo tempo em que desperta emoções em seu interlocutor, também o faz com seu locutor, devido à dificuldade ocasionada por rememorar os eventos traumáticos. Quanto a isso, o autor acredita

que para o indivíduo que enuncia seu testemunho pode existir um distanciamento insuperável entre o impacto de sua vivência e os recursos expressivos possíveis ao sujeito.

Segundo Marco (2004), desde a década de 1990 há uma crescente expansão da expressão literária de testemunho na imprensa, em livros e em revistas literárias. Apesar de sua existência ser anterior à década mencionada, nos últimos anos, essa expressão tem estabelecido uma relação direta entre literatura e violência. Ao voltar sua análise para o contexto latino-americano, a autora pontua a existência de duas principais linhas entre a produção escrita e o resgate da história contemporânea. Em uma linha é possível observar um padrão de textos que registram e interpretam a violência das ditaduras no continente durante o século XX, sob um olhar das múltiplas combinações dos discursos literários, jornalísticos e documentais.

A segunda linha predominante segue uma orientação de um movimento nos espaços universitários norte-americanos e os estudos culturais. Este movimento chega à América Latina apresentando a literatura como uma forma de construir uma contraposição à “história-oficial”, ou seja, buscando uma outra perspectiva para além da que é dita pelos grupos predominantes na sociedade. Aqui, muda-se a perspectiva histórica, sendo reconstruída e narrada por aqueles grupos que a sociedade dificilmente ouviria.

Diante disso, alguns trabalhos de referência consideram que a reflexão sobre o testemunho se inaugura, no contexto latino-americano, em 1966, na qual Miguel Barnet lança a obra *Biografía de un cimarrón* (MARCO, 2004). Através de uma narração oral, Barnet transcreveu, editou e organizou cronologicamente a história sob o ponto de vista de Esteban Montejo, um ex-escravo que viveu grande parte da sua vida escondido nas montanhas cubanas, na província de Las Villas. O livro narra as experiências traumáticas da escravidão, da violência, do isolamento e da guerra em um período colonial onde Cuba lutava por sua independência. A importância dada a essa obra ocorre devido à compreensão de que ela não relata apenas uma história individual, e sim, de maneira geral, de todo um povo (SILVA; VIANNA, 2016).

Toda obra literária, como aponta Candido (2000), é composta por características que exprimem uma especificidade pessoal e insubstituível, por contar com o pensamento de quem a escreveu. Entretanto, a literatura não é a expressão de um singular, já que as narrativas estão circunscritas por meio das palavras e imagens que são comuns a uma sociedade e época, como já foi mencionado anteriormente no subtópico 1.2. Assim, toda obra é singular e coletiva ao mesmo tempo. Ao falarmos da literatura de testemunho, a coletividade assumida amplia-se no sentido em que a narrativa apresenta uma vivência comum para um determinado grupo de pessoas (CANDIDO, 2000). Diante disto, no presente trabalho, optou-se pela utilização de um

conjunto literário onde fossem narradas as práticas institucionais em hospitais psiquiátricos utilizando obras que contemplem a perspectiva dos escritores que as vivenciaram.

Com isso, as narrativas se tornam um documento e nos apresentam uma memória dos que viveram em uma situação similar e que não puderam contar suas histórias. Essa memória, segundo Bosi (1993, p. 281), é um “trabalho sobre o tempo, mas sobre o tempo vivido, conotado pela cultura e pelo indivíduo”. A apreensão total de um tempo passado é impossível, mas o conjunto de lembranças construídas socialmente nos fornece subsídios para que de certa forma nos aproximemos dos eventos em questão (BOSI, 1993).

Ao estudar sobre os processos memorativos que ocorrem na sociedade e ao analisar sobre recordações de acontecimentos políticos, a autora declarou que as lembranças se corporificam “levando em conta a localização de classes e a profissão do sujeito. Nesse contexto, a marginalidade política a que se relegam os estratos pobres da população é causadora do espantoso vazio memorativo do brasileiro” (BOSI, 1993, p. 282). Realizando uma analogia entre a afirmação de Bosi e a temática dos hospitais psiquiátricos no século XX, é possível compreendermos que as práticas institucionais, muitas hoje consideradas cruéis, mas, que não necessariamente foram no passado, não fazem parte da memória da imensa massa de brasileiros. O que mais uma vez reforça a importância desta pesquisa.

## **1.5 Metodologia**

A presente pesquisa adota a metodologia qualitativa, visto que ela entende que a realidade é múltipla e que é socialmente construída, o que implica na necessidade de interpretação do pesquisador de modo científico (AUGUSTO, 2014). Buscando contemplar a questão de pesquisa, bem como os objetivos gerais e específicos, será realizada uma revisão narrativa da literatura. Ela não somente substancializa o referencial teórico, como também serve para a contextualização do problema investigado, analisando diferentes possibilidades na literatura existente (ALVES- MAZZOTTI, 2002).

Para a realização da fundamentação teórica faço uso da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental, visto que ambas permitem ao pesquisador um amplo entendimento dos objetos de pesquisa e dos fenômenos pesquisados, com os quais não seria possível para ele pesquisar diretamente (GIL, 2002; SÁ-SILVA et al, 2009). A pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica se assemelham quanto a terem como objeto de investigação os documentos. O que

as distingue propriamente é a natureza da fonte que estas utilizam. Enquanto a pesquisa bibliográfica opta predominantemente pelo contato direto com obras do domínio científico, a pesquisa documental busca informações em outras fontes documentais, não restringindo-se aos trabalhos científicos (OLIVEIRA, 2007).

Com isso, três plataformas de buscas online foram utilizadas: Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC). Através dos descritores “hospital psiquiátrico”, “práticas institucionais”, “psiquiatria no século XX”, “loucura” e “psicanálise nos hospitais” diversos documentos científicos foram encontrados. Também foram utilizadas as obras da teoria da clínica psicanalítica, privilegiando as obras escritas por Freud.

Dessa forma, para a coleta de dados, além dos livros, artigos e outros materiais científicos escolhidos durante o processo de fundamentação teórica, duas obras literárias foram privilegiadas, a saber *Diário do hospício* (1953/2017) e *Hospício é deus* (1965/2016). Ambas apresentam alguns pontos em comum, como o fato de serem escritas de dentro de hospitais psiquiátricos, de relatarem as práticas institucionais na perspectiva dos pacientes internados e de serem escritas em território nacional em um período anterior a Reforma Psiquiátrica, a qual é mencionada brevemente para uma contextualização no subtópico 2.4. A partir dessa escolha, buscou-se interpretar de forma crítica os dados de como eram as práticas institucionais nos hospitais psiquiátricos, bem como o contexto social ao qual eram empregadas e como os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos se comportavam frente à loucura.



## 2 A TRAJETÓRIA DA LOUCURA NA SOCIEDADE E NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS AO LONGO DO SÉCULO XX

Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há só loucos.

*Afonso Henrique de Lima Barreto*

A epígrafe escolhida para iniciar a discussão advém de uma passagem do livro *Diário do hospício* (2017), publicado originalmente de forma póstuma em 1953, do escritor brasileiro Lima Barreto. Nele, o autor narra seu cotidiano e os sofrimentos que enfrentou ao ser internado compulsoriamente em um hospital psiquiátrico no século XX. A fim de situar o leitor em relação às discussões deste capítulo, ressaltamos que há nele uma linha narrativa e investigativa sobre os hospitais psiquiátricos e os tratamentos destinados aos indivíduos taxados como loucos. Nossa discussão é desenvolvida à luz da literatura de testemunho, apresentada no capítulo anterior. Por isso, a pesquisa gira em torno de dois períodos principais: os anos de 1919 e 1920, através do testemunho de Lima Barreto, e os anos de 1959 e 1960, com as vivências de Maura Lopes Cançado.

Apesar da pesquisa se concentrar nesse recorte temporal, foi necessário contemplar em certos momentos períodos anteriores à criação dos hospitais psiquiátricos e também se estender às mudanças no final do século através dos movimentos sociais. Essa escolha nos permitiu realizar uma discussão aprofundada sobre as práticas institucionais psiquiátricas no século passado, bem como a compreensão da cultura e da sociedade a qual eram aplicadas.

### 2.1 As práticas institucionais no início do século XX à luz do testemunho de Lima Barreto

Assim como mencionamos no primeiro capítulo, a loucura nasceu cercada por um forte estigma no continente europeu e no território brasileiro. Isso ocorreu em um período anterior ao século XX, sobre o qual pretendemos nos debruçar. No entanto, é necessária uma breve reconstituição histórica para a compreensão deste período. Culturalmente, no século XIX, o indivíduo que era classificado como louco passava a ser considerado inapto para viver em sociedade, recebendo o rótulo de maldito (HIDALGO, 2008). Assim, do mesmo modo que a loucura nasceu acompanhada de estigmas, as instituições psiquiátricas também foram criadas em um cenário semelhante. Além disso, desde seu surgimento no país, explicitado no primeiro capítulo, no subtópico 1.2, estas instituições foram fortemente marcadas pela desigualdade social, conforme nos indicam os prontuários encontrados contendo arquivos do Hospício de Pedro II, no período entre 1854 e 1861. Nas fichas havia grande ênfase na anamnese relacionada à classificação social do paciente (BRASIL, 2008).

Havia quatro classes nas quais os doentes eram subdivididos. A primeira das classes era composta por moradores da corte, fazendeiros ou funcionários públicos, todos brancos. Seu número era significativamente menor em relação às outras classes. A formação da segunda consistia em lavradores e indivíduos brancos e livres que realizavam prendas domésticas. Na terceira classe, encontravam-se os escravos que pertenciam a algum cidadão importante. O regime escravocrata não havia sido abolido oficialmente. Em sua ficha, vinha como uma forma de identificação seu primeiro nome e a quem ele pertencia. Fora das classes, mas ainda em um regime classificatório, havia os indigentes. Esse grupo reunia mais indivíduos do que as outras mencionadas anteriormente, sendo composta por negros libertos (BRASIL, 2008). Diante dessa classificação, distinguia-se o tratamento ofertado aos pacientes internados:

Os pacientes de primeira e segunda classes habitavam quartos individuais ou duplos, ficavam entretidos com pequenos trabalhos manuais ou jogos. Os de terceira, e muito provavelmente, os pobres e indigentes trabalhavam na manutenção, na jardinagem, na limpeza e na cozinha. Paradoxalmente, se recuperavam em maior número que os primeiros que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação (BRASIL, 2008, p. 23).

Este trecho retrata o momento em que os hospitais psiquiátricos eram criados no país até as primeiras décadas do século XX, sendo possível acompanhar uma regularidade em seu funcionamento. O tratamento ofertado era o isolamento em prol da segurança da sociedade, afastando-a dos indivíduos considerados perigosos aos olhos da moral estabelecida (MAGALDI, 2020). Ainda sobre a passagem do século XIX para o XX, economicamente o país se encontrava em seu processo inicial de industrialização. No decorrer desse período, a saúde se apresentou pela primeira vez como um problema que carecia de um parecer do poder

público e da sociedade, não sendo mais um problema restrito ao indivíduo, como até então havia sido (PAIM, 2009).

No início da República Velha, havia uma grande omissão do poder público em relação à organização dos serviços de saúde no país, isso porque era vigente a concepção de um Estado Liberal que só deveria intervir quando a iniciativa privada ou os indivíduos sozinhos não conseguissem ou não fossem capazes de resolver determinados problemas. Além disso, havia uma extrema desorganização que fazia com que recursos materiais, financeiros ou de serviço fossem desperdiçados a partir do momento em que as partes que compunham a organização sanitária não estabeleciam comunicação entre os diferentes setores. Alguns chegavam a cumprir as mesmas funções, duplicando os esforços e retardando a resolução dos problemas de saúde da população crescente devido ao aumento da industrialização e da urbanização (PAIM, 2009).

Dessa forma, neste momento, não existia um sistema de saúde como temos hoje. Havia apenas uma separação entre as ações de saúde pública e da assistência médico-hospitalar. O século XIX foi marcado por epidemias como a de febre amarela, peste e varíola, obrigando o poder público a realizar ações de medidas sanitárias nos portos, nas cidades e também buscando combater os vetores das doenças, obrigando a população a se vacinar. Com isso, a saúde pública nas primeiras décadas do novo regime se preocupava com a organização de campanhas sanitárias e com a reforma dos órgãos federais (PAIM, 2009).

É nesse contexto histórico-político que nasceu Afonso Henrique de Lima Barreto, no dia treze de maio de 1881, em Laranjeiras, cidade do Rio de Janeiro. Ele era filho do tipógrafo Joaquim Henriques de Lima Barreto e da professora primária Amália Augusta, ambos negros e pobres. Durante sua infância, aos sete anos de idade, sua mãe faleceu, deixando seu pai viúvo e com quatro filhos pequenos, o que mais tarde exigiria uma responsabilidade extra de Lima Barreto por ser o filho mais velho vivo (BARBOSA, 2017). Ele crescia em um período em que o racismo estava fortemente estruturado na sociedade, vinha de uma família não rica e vivia sob um governo cujas políticas de direitos sociais eram praticamente inexistentes, conforme veremos ao adentrarmos em seus relatos.

Datando os acontecimentos históricos que ocorreram no período de sua infância, a fim de ilustrar o cenário político e social em que cresceu, em 1888, aos oito anos de idade, pôde presenciar a abolição da escravatura e em 1889 a passagem do Regime Monárquico para a República Velha. Essa transformação política particularmente interferiu em seu núcleo familiar, já que com a mudança seu pai perdeu os empregos como tipógrafo na Imprensa Nacional e na Tribuna Liberal. Após um mês desempregado, conseguiu retornar ao mercado de trabalho como

escriturário da Colônia de Alienados da Ilha do Governador (BARBOSA, 2017). Mas o que seria essa Colônia de Alienados?

Durante a passagem do regime Imperial para o Republicano, foram feitas severas críticas ao Hospício de Pedro II e questionava-se qual o propósito de seu funcionamento, bem como a sua superlotação. Após a implementação da República, o governo provisório realizou o Decreto nº 142 A, de onze de janeiro de 1890. Nessa deliberação, o Hospício de Pedro II passou a ser nomeado como Hospício Nacional de Alienados e foi desanexado da administração da Santa Casa de Misericórdia, uma instituição filantrópica e religiosa. Com isso, o hospício se tornou independente e subordinado ao Ministério de Justiça e Negócios Interiores. No mês seguinte ao decreto, outro foi sancionado, o Decreto de nº. 206, de quinze de fevereiro de 1890. Nesse decreto se definiu que fossem desenvolvidos a Assistência Médica e Legal aos Alienados, constituída pelo Hospício Nacional de Alienados, e duas colônias localizadas na Ilha do Governador (a São Bento e a Conde de Mesquita) (CCMS, n.d.).

As colônias foram construídas no intuito de abrigar homens e mulheres, no entanto, posteriormente os pacientes passaram a ser apenas do sexo masculino. As colônias passaram a funcionar no dia dez de fevereiro de 1890, chegando seus primeiros pacientes no dia vinte e dois deste mesmo mês. Os pacientes que foram transferidos do Hospício Nacional de Alienados para as colônias eram considerados indigentes, ou seja, pobres e sem uma família que conclamava por eles. No espaço das colônias, os pacientes realizavam atividades agrícolas sob o pretexto de que o trabalho era terapêutico (a laborterapia). Em torno do ano de 1902, foi aberto um inquérito para averiguar as denúncias de irregularidades presentes no Hospício Nacional de Alienados e nas Colônias, acarretando uma mudança de diretores (CCMS, n.d.).

Havia uma grande questão quanto à superlotação. Se anteriormente estava relacionada ao número de pacientes homens, a superlotação no Hospício Nacional atingiu também as mulheres, fazendo com que no dia onze de julho de 1911 fosse assinado o decreto nº 8.834 que culminou na criação de uma colônia exclusiva para mulheres no bairro do Engenho de Dentro, a Colônia de Alienadas. Esse espaço foi concedido pela Marinha devido a um acordo com o governo federal, no intuito de que fosse retirada a Colônia Conde de Mesquita, por ser um ponto estratégico militar. Entre o período de 1918 e 1932, o papel da Colônia das Alienadas foi mudado e passou a receber também um público masculino, sendo rebatizada de Colônia dos Alienados (CCMS, n.d.).

Em 1918, sob o comando do então diretor Gustavo Riedel, foi criado na então Colônia das Alienadas, no Engenho de Dentro, o primeiro ambulatório psiquiátrico de toda a América Latina. Essa iniciativa buscava não só restringir o serviço de alienados a doentes crônicos, mas

também oferecer e promover um aconselhamento genético visando prevenir os distúrbios mentais, segundo as crenças científicas da época. A psiquiatria brasileira era fortemente influenciada pelas ideias eugenistas vindas dos intelectuais europeus no início do século XX (CCMS, n.d.). O final da década de 1910 é caracterizado por uma expansão do nacionalismo e pela crença de que a modernização dependeria da formulação de projetos políticos voltados à saúde pública, à educação e à formação racial da população brasileira. Na literatura da época, a eugenia era associada à modernidade do conhecimento científico, e acreditava-se que algumas doenças e vícios poderiam ser eliminados da sociedade ao se controlar a reprodução de indivíduos considerados menos inaptos, o que frequentemente se atrelava a uma questão racial e econômica (WEGNER; SOUZA, 2013)

Quanto à Colônia de São Bento, localizada na Ilha do Governador, essa precisou ser desativada por ter sido construída em um terreno pertencente à ordem dos frades beneditinos, por isso os pacientes foram transferidos para um terreno recém comprado pelo governo, a Fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá. As obras nesse novo terreno se iniciaram em 1921 e terminaram no final de 1923. O número de internos crescia radicalmente: se em 1931 havia trezentos e cinquenta pacientes, em 1934 esse número já havia subido para setecentos e cinquenta. Foi em 1935, através do Decreto n.º 379, de quinze de outubro do mesmo ano, que a instituição em Jacarepaguá recebeu o nome de Colônia Juliano Moreira. Dentre o crescente número de pacientes, encontravam-se também opositores políticos acusados de serem comunistas, aos quais os hospícios serviram como forma de silenciamento (CCMS, n.d.).

Buscando satisfazer o interesse econômico e social, no ano de 1938, os pacientes do Hospício Nacional de Alienados foram transferidos para o Centro Psiquiátrico do Engenho de Dentro, a antiga Colônia dos Alienados. Isso se deu porque o bairro da Urca tornou-se um bairro residencial e a existência de um hospício não agradava aos moradores. Após cinco anos, em 1943, a transferência foi totalmente efetivada, sendo então a instalação do antigo Hospício Nacional de Alienados desativada. O espaço foi incorporado onde atualmente vemos o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (CCMS, n.d.).

Retomando a história de Lima Barreto, durante a adolescência, ingressou na Escola Politécnica, entretanto, não pôde dar continuidade aos seus estudos, visto que seu pai começou a apresentar sinais de loucura, terminologia utilizada na época. Com a internação de Joaquim, o sustento de seus irmãos mais novos passou a ser sua responsabilidade moral (BARBOSA, 2017). Durante sua fase adulta, Lima Barreto desenvolveu um quadro de alcoolismo que o fez ser internado diversas vezes. A sua primeira internação ocorreu no ano de 1914 e durou cerca de dois meses. Aquela que originou o célebre livro *Diário do Hospício* ocorreu no Hospício

Nacional de Alienados no ano de 1919. Essa internação ocorreu compulsoriamente a pedido do seu irmão, que estava preocupado com seus supostos delírios (BARRETO, 2017). Contrapondo-se ao estereótipo do louco, Lima Barreto vai de encontro às ideias enraizadas ao documentar extensas e bem fundadas críticas acerca da medicina psiquiátrica, do papel exercido pela polícia e da falsa moral social burguesa, à época. Isso se demonstra em diversos trechos de sua obra, como na citação a seguir:

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio (BARRETO, 2017, p. 34).

É possível compreender sua revolta frente ao órgão policial, já que este era considerado invasor e arbitrário. Os policiais podiam prender e conduzir ao hospício qualquer indivíduo no momento em que achassem seus comportamentos imorais, o que frequentemente ocorria com homens bêbados que ficavam perambulando pelas cidades. Mesmo que um cidadão não tivesse o que hoje interpretamos como doença ou transtorno mental, a polícia tinha autoridade para prendê-lo e encaminhá-lo ao hospital psiquiátrico. Muitas vezes com o aval da própria família (HIDALGO, 2008).

Estamos fazendo um recorte de um período no qual não havia uma concepção de saúde como a que temos hoje. Ela era tratada mais no âmbito de ser um caso de polícia do que estar sob uma perspectiva de cuidado social. O órgão responsável pelas ações da saúde pública era vinculado inicialmente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e a partir de 1930 ao Ministério da Educação e Saúde Pública. O Ministério da Saúde foi criado apenas em 1953. Desse modo, além de não existir uma verba única nas primeiras décadas do século XX, as realizações das campanhas de saúde se assemelhavam a operações militares (PAIM, 2009).

Ainda no que se refere ao órgão policial, Hidalgo (2008) afirma que seus integrantes em sua maioria compartilhavam um olhar preconceituoso e racista direcionado à população negra, o que muitas vezes era a causa das prisões. Isso porque não se fazia uma distinção entre pobres (de maioria negra já que o país a pouco tinha saído do regime escravocrata), de homens sem documento alcoolizados e aqueles que praticavam a “vadiagem”, que era considerada uma doença social. Após esse momento de captura, as chances de os indivíduos negros e/ou pobres irem para um hospício eram grandes. Por lá permaneciam até que um ente da família fosse buscá-los. Assim, algumas pessoas ficaram sob a tutela do Estado. Sem família e sem dinheiro, nunca conseguiram sair das instituições, permanecendo até suas mortes.

Esse cenário de limpeza social e racial culminou em estatísticas bárbaras. O “censo realizado em 1981 na Colônia Juliano Moreira revelou que 22% da população de alienados, internados ali desde a década de 1930, jamais haviam apresentado qualquer quadro psiquiátrico” (HIDALGO, 2008, p. 36). É válido ressaltar que o levantamento apresentado diz respeito a apenas um lugar. Embora a história se repita ao longo dos anos e ao longo do país, não é possível uma mensuração exata da gravidade da situação.

Diante dessa realidade de apreensão e exclusão social em que Lima Barreto foi internado contra sua vontade, a escrita pareceu emergir para o autor como uma forma de constituição de si. Ele “escreveu para dar uma ordenação própria, singular, a este interior. Escreveu para não enlouquecer” (HIDALGO, 2008, p. 25). Essa ferramenta, a princípio, permitiu com que ele fizesse reflexões sobre sua própria vida e sobre suas angústias, como no trecho a seguir:

Vejo a vida torva e sem saída. A minha aposentadoria dá-me uma migalha com que mal me daria para viver. A minha pena só me pode dar dinheiro escrevendo banalidades para revistas de segunda ordem. Eu me envergonho e me aborreço de empregar, na minha idade, a minha inteligência em tais futilidades. Ainda tenho alguma verve para a tarefa do dia a dia; mas tudo me leva para pensamentos mais profundos, mais doridos e uma vontade de penetrar no mistério da minha alma e do Universo (BARRETO, 2017, p. 67)

Seu diário parece ter se tornado um meio terapêutico pelo qual Lima Barreto pôde escrever seus pensamentos de forma estruturada e de modo organizado, por mais que não apresentasse ter essa pretensão ou não o fizesse intencionalmente. Ele não parecia ser lido por médicos ou por outros funcionários do hospital. Foi através dele que o autor encontrou uma forma de amenizar a rotina hospitalocêntrica em sua vida, aparentando ter construído ali um espaço exclusivamente seu. Segundo Hidalgo (2008), apesar de a escrita parecer ter sido um refúgio no qual Lima Barreto podia elaborar seus pensamentos, esse tipo de criação narrativa era considerado pela psiquiatria da época como um efeito placebo. Como consequência, a escrita com a temática psiquiátrica não era considerada relevante para a elite intelectual, portanto ela não era lida. Isso não foi um impeditivo para que Lima Barreto escrevesse seu livro *Cemitério dos vivos*, um romance inacabado, publicado de forma póstuma em 1953, combinando elementos da ficção e de suas vivências durante a sua internação no Hospício Nacional de Alienados (BARRETO, 2017).

Embora fosse uma pessoa questionadora e promovesse diferentes reflexões, ele, como interno, não sentia que tinha voz naquele ambiente. Havia uma hierarquia entre as pessoas que comandavam o sistema hospitalar, as quais seguiam uma ordem, o médico era a figura hegemônica e os próximos a ocuparem um lugar no poder seriam os enfermeiros e os guardas. Essa última categoria de profissionais era formada por funcionários que deviam manter a ordem

e o controle, tal como em uma prisão (HIDALGO, 2008). Devido a esse rígido esquema de manutenção da ordem no ambiente hospitalar, os internados não tinham controle sobre si, sobre o espaço em que residiam ou sobre como utilizavam o seu tempo, já que os horários das atividades eram estipulados previamente. No trecho a seguir, Lima Barreto pôde criticar a prática médica ao dizer:

É bem curioso esse Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei por que não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério — que mistério! — que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele (BARRETO, 2017, p. 37)

Ao passo em que criticava a não interpretação da natureza, o autor indagava também com que finalidade eram aplicadas às práticas e saberes médicos. Em outro momento, em seu diário, Barreto (2017) diz: "É capaz de ler qualquer novidade de cirurgia aplicada à psiquiatria em uma revista norueguesa e aplicar, sem nenhuma reflexão preliminar, num doente qualquer" (pp. 44-45). Por trás de uma fina ironia, essa frase desdobra assuntos complexos, dentre eles a invisibilidade das necessidades e das individualidades sofridas pelos pacientes psiquiátricos.

O sentimento de impotência continuou a se repetir como na fala a seguir, em que além do controle do corpo, essa mesma impotência atinge a sua individualidade e seus bens materiais

Infelizmente, não tenho um quarto, para mim só, nem com outro companheiro. Habito, com mais dezenove companheiros, um salão amplo, com três janelas para a frente da rua, olhando para o mar.[...] Um outro companheiro de dormitório é um tal de Cabo Frio. [...] Remexe os baixos dos travesseiros e colchões dos outros, carrega o que encontra e vai esconder os objetos onde cisma (BARRETO, 2017, pp. 86-87).

O autor assume uma postura constante de vigilância, a qual não era mantida apenas com os outros internos, mas com o próprio sistema hospitalar, já que os pacientes estavam sujeitos às mais diversas condições vexatórias e humilhantes ao perderem o controle em relação ao próprio corpo. Uma das vivências traumáticas relatada em seu diário diz respeito ao episódio em que o mandaram tirar suas roupas, sem qualquer privacidade, e deram outras que apenas cobriram a sua nudez, as quais causavam constrangimento frente à moral social (BARRETO, 2017).

Além dos loucos estarem inseridos em um ambiente de controle extremo, constantemente eram rebaixados. Segundo Barreto (2017), os guardas em geral tratavam qualquer um dos pacientes psiquiátricos como seres inferiores, com os quais eles podiam falar ou agir do modo que desejassem. Em um trecho, ele conta sobre a vez em que precisou mudar



de quarto e teve que transferir sua cama pesada sozinho. Ficou doente com tamanho esforço. Sentia-se em sofrimento e ao mesmo tempo invisível, até que outro interno foi ao seu socorro. Sobre o esse episódio, o autor diz sobre o comportamento dos guardas:

Depois da minha ascensão no manicômio, ele, quando me encontra no refeitório, olha-me com uma certa desconfiança. Deste e do Bragança, eu tenho alguma mágoa, mas dos outros que me trataram por você e do Camilo, do Pavilhão, que me fez lavar, baldear e varrer, nenhuma. [...] No Hospício, das duas vezes em que lá estive, nunca me fizeram executar qualquer serviço, mas, se quisessem fazer, eu me prestaria desde que ele estivesse de acordo com minhas forças e meus hábitos anteriores. [...] Digo com franqueza, Cem anos que viva eu, nunca poderão apagar-me da minha memória essas humilhações que sofri. Não por elas mesmo, que pouco valem; mas pela convicção que me trouxeram de que esta vida não vale nada, todas as posições falham e todas as precauções para um grande futuro são vãs (BARRETO, 2017, pp. 66-67).

Além de vermos Lima Barreto em um estado de sofrimento e humilhação, vemos que os pacientes eram utilizados como mão de obra para serviços de manutenção do hospital psiquiátrico. Neste ambiente, operado por uma lógica institucional de homogeneização dos pacientes e com a finalidade de alcançar constantemente o controle dos loucos e da loucura, a desumanização se manifestou em forma de diversos casos de violência física e verbal para o autor em questão. Assim, emergiu a ele uma inquietação mediante a rotulação da loucura, vista como um fator utilizado nos hospitais psiquiátricos para distinguir as pessoas e as respostas que recebiam da instituição. No caso dele, isso teve um impacto frente às suas próprias emoções devido a medos oriundos da internação:

Os outros deliram em redor de mim e, se não choro, é para não me julgarem totalmente louco. Imagino que essa convicção se enraíze nos médicos e me faça ficar aqui o resto da vida. Ainda agora, meu irmão veio visitar-me e, nos primeiros dias, um amigo; mas, dos que me vieram ver, na primeira vez que estive aqui, nenhum veio. Se me demorar mais tempo, ainda, ficarei completamente abandonado, sem cigarro, sem roupa minha, e ficarei como o Gato e o Ferraz, que aqui envelheceram (BARRETO, 2017, p. 78).

Seu medo não se concretizou e em 1920, no ano seguinte à sua entrada, recebeu alta. No entanto, não foi a última vez que esteve em um hospital psiquiátrico. Na época das internações de Lima Barreto, como dito previamente, o tratamento oferecido para a loucura era o isolamento. Através de seu diário, é possível analisarmos que as práticas institucionais, durante sua internação nos anos de 1919 e 1920, ainda eram altamente influenciadas pelo tratamento moral advindo do século XIX, por meio do qual buscava-se a reeducação sob um olhar moral e rígido. Dentro deste modelo de reeducação, o sujeito podia passar anos em tratamento (HIDALGO, 2008).

Diante desse cenário, o autor questionava o hospício enquanto um lugar de tratamento e a perspectiva médica-psiquiátrica no que diz respeito ao adoecimento psíquico, visto que não

encontrou um espaço ou acolhimento para lidar com as individualidades do seu adoecimento. Ele afirmou não ter sido ouvido acerca dos fatores que o levaram ao uso excessivo do álcool e a sua suposta loucura. Além disso, questionava também a eficácia para os pacientes das práticas punitivas como parte de um tratamento de reeducação (BARRETO, 2017).

## **2.2 O surgimento de novas práticas médicas nos hospitais psiquiátricos**

Apesar de ter sido afetado pelo sistema hospitalocêntrico, pela exclusão e pelas diversas formas de violência, Lima Barreto não vivenciou um segundo momento da psiquiatria, com o desenvolvimento de novos métodos terapêuticos. Ao longo do século XX, diferentes técnicas psiquiátricas surgiram buscando principalmente o controle dos delírios (HIDALGO, 2008). Desse modo, os psiquiatras brasileiros passaram a adotar a partir de 1930 essas novas técnicas, como a terapia por choque insulínico de Sakel. Em 1936 foi datada a prática da lobotomia, que posteriormente rendeu a seu criador o prêmio Nobel de medicina. Em 1938 foi criada a terapia do eletrochoque. As três práticas mencionadas passaram a ser descontinuadas após a descoberta dos psicofármacos a partir da década de 1950, na qual passou-se a utilizar medicamentos neurolépticos para amenizar os sintomas psicopatológicos (MASIERO, 2003).

Regidos por uma ótica predominantemente organicista, a terapia por choque insulínico, também conhecida como insulinoterapia, era um procedimento que consistia em provocar uma hipoglicemia no paciente por um período determinado, levando-o ao coma, sendo este comumente acompanhado por alucinações, convulsões e tremores. Apesar de ser um tratamento moderno à época, frequentemente ocorriam graves complicações aos pacientes, como reações alérgicas, problemas respiratórios, distúrbios psíquicos, dentre outros. A busca por métodos que provocassem convulsões, utilizadas em todo o mundo, era derivada da hipótese de que a convulsão e a esquizofrenia não poderiam se manifestar em um mesmo corpo (GUIMARÃES et al, 2013; MIRANDA, 2014).

Quanto à lobotomia, esta técnica neurocirúrgica tinha como premissa seccionar os lobos frontais direito e esquerdo do cérebro na tentativa de desconectá-los do restante do aparato cerebral. Acreditava-se que essa seria uma forma eficiente de modificar ou eliminar os comportamentos agressivos e os sintomas psicopatológicos, como, por exemplo, os pensamentos obsessivos. Essa cirurgia se intensificou no país a partir de 1942, quando a cada ano passou a existir um número cada vez maior de publicações científicas, nas quais eram

acrescentados detalhes técnicos que visavam diminuir o número de mortes e propiciar melhores resultados. A lobotomia foi largamente empregada no tratamento de depressão grave, da esquizofrenia, dentre outras doenças mentais (MASIERO, 2003).

Essa prática era controversa porque não havia um consenso entre os médicos quanto à técnica utilizada ou em relação a sua real eficácia. Era uma intervenção muito invasiva, com um alto número de óbitos, infecções, hemorragias cranianas e graves sequelas, como a hemiplegia (paralisia de um lado do corpo devido a um dano cerebral) e a afasia (um transtorno de linguagem ocasionado por uma lesão cerebral), dentre outras complicações (MASIERO, 2003).

A eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida como a terapia do eletrochoque, consistia em um procedimento no qual havia a liberação de uma determinada carga de eletricidade provocando uma espécie de ataque epilético no paciente, e esperava-se que isso ocasionasse uma alteração cerebral. Sua principal finalidade era reduzir a agitação psicomotora e também diminuir os sintomas psicóticos, como por exemplo, as alucinações. Assim como a lobotomia, esse era um procedimento muito controverso por seus resultados muitas vezes ineficazes e que ocasionavam graves sequelas em alguns pacientes. Dentre os efeitos colaterais, era comum que as convulsões causassem a perda da memória recente, fraturas nos ossos, vômitos e óbitos (GUIMARÃES et al, 2013). Tanto a lobotomia quanto a ECT, por mais que fossem práticas controversas, ambas eram amplamente executadas nos hospitais psiquiátricos no Brasil durante o período de 1936 a 1956 (MASIERO, 2003).

Ao pesquisar o uso da ECT no passado, Guimarães et al (2013) recolheu depoimentos de enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre sua aplicação na década de 1960 a 2000 em um hospital psiquiátrico no Paraná. Os depoimentos mostram a agressividade de tal prática

Era um aparelho em que colocávamos uma carga elétrica pesada e molhávamos duas bonequinhas com uma água de sal para elas atuarem como transmissoras de eletricidade. Amarrávamos o paciente em uma cama, colocávamos uma borracha na sua boca para ele não morder a língua, reuníamos duas ou três pessoas para não deixar o paciente se debater, para que não se machucasse. Encostavam-se as duas bonequinhas de uma só vez na frente do paciente, uma de cada lado, apertava um botão e ele convulsionava na hora. Normalmente quem participava da aplicação do eletrochoque eram o médico e o pessoal da enfermagem. Era uma coisa ruim para o paciente, não era confortável. Tanto que na segunda ou terceira aplicação do eletrochoque, nós tínhamos que pegar o paciente à força para poder fazer a administração. Houve épocas em que os funcionários usavam aquilo como castigo, se o paciente perturbasse davam choque (GUIMARÃES et al, 2013, p. 364).

O testemunho desses trabalhadores acerca de práticas médicas utilizadas como uma forma de punição se iguala às denúncias feitas pela autora Maura Lopes Cançado enquanto paciente de um hospital psiquiátrico nos anos de 1959 e 1960. Retomaremos essa discussão no

subtópico 2.3, adiante. O fato é que, além da existência de inúmeros relatos de corrupção e do uso de algumas das práticas terapêuticas mencionadas como instrumentos de castigo, há outra narrativa dada pelos médicos da época. Em uma matéria online escrita pela BBC News, uma conceituada corporação britânica na área de jornalismo, para o jornal G1, essas duas versões são levantadas nos levando a refletir sobre esse assunto tão controverso (LOBOTOMIA, 2021).

Estamos falando de uma época na qual os recursos para tratar transtornos mentais eram muito poucos, bem como o conhecimento anatômico e funcional do cérebro. Buscavam-se práticas para que os sintomas fossem reduzidos, o que possibilitaria que o indivíduo fosse tratado em casa, aumentando a qualidade de vida e diminuindo a superlotação das instituições. Henry Marsh, neurocirurgião britânico, afirmou à reportagem que “Esse negócio de dividir os médicos em heróis e vilões está errado. Somos todos uma mistura dos dois, somos um produto de nosso tempo, nossa cultura, nosso treinamento” (LOBOTOMIA, 2021, n.p.).

Como dito previamente, tais práticas deixaram de ser majoritariamente utilizadas com o avanço da indústria farmacêutica. No ano de 1952, dois pesquisadores franceses utilizaram uma nova substância para o tratamento de doenças mentais. A substância em questão era a clorpromazina, que já havia sido ensaiada por um outro médico para produzir a hibernação. O que foi observado na fase experimental é que o medicamento reduziu a agitação psicomotora e diminuiu as atividades alucinatórias e delirantes (BRASIL, 2008).

Foi dado a essa ação psicofarmacológica o nome de neurolepsia, enquanto os medicamentos passaram a ser reconhecidos como neurolépticos. Posteriormente, foram descobertas outras substâncias com efeitos similares no tratamento das doenças mentais. Inicialmente, essas medicações também apresentaram aos seus usuários indesejados efeitos colaterais, como, por exemplo, a sedação, o embotamento afetivo, tremores e alterações metabólicas (BRASIL, 2008).

Além das rápidas mudanças nas práticas institucionais e no enfrentamento da loucura, a própria psiquiatria passou por certas críticas. Após o final da Segunda Guerra Mundial, o mundo se deparou com as atrocidades cometidas pelo regime nazista, o que culminou em uma mobilização de caráter global, cujo intuito era impedir que tal tragédia ocorresse novamente (MAGALDI, 2020). Dentre as inúmeras consequências ocasionadas pelos destroços do pós-guerra, ergueu-se, inicialmente nos países do oeste Europeu e nos Estados Unidos, uma movimentação que interrogava a psiquiatria e a forma como ela vinha sendo utilizada. Essa ciência chegou a ser culpabilizada por diferentes grupos sociais como sendo fornecedora de subsídios para os ideais eugenistas, que ocasionaram na morte das pessoas consideradas como indesejadas (MAGALDI, 2020).

Segundo Yasui (2010), acreditava-se que o discurso psiquiátrico da época instrumentalizou e legitimou uma intervenção política e disciplinadora sobre os corpos dos indivíduos. Em outros termos, o autor dizia que a ciência se tornou mediadora da tênue violência repressiva, uma característica das sociedades contemporâneas. Foi a partir do marco do fim da guerra que a psiquiatria deixou as grandes anomalias e concentrou sua atenção na Saúde Mental. Em contrapartida ao pós-guerra, uma indignação generalizada começou a surgir, principalmente nos países ocidentais, culminando na criação de movimentos que valorizavam a liberdade, a igualdade social e a luta pela garantia dos direitos humanos (MAGALDI, 2020). Assim, surgem perguntas que nunca haviam sido feitas antes, como:

o que é um hospital psiquiátrico e em que medida ele não é solução, mas parte do problema? As relações médico-paciente, nesse caso, não deveriam ser também compreendidas como relações de poder que reproduzem dinâmicas de poder em outras esferas da vida social? Não haveria uma dimensão fundamental de revolta na loucura que deveria ser abordada em sua força produtiva, que diz muito a respeito dos limites próprios a nossas formas de vida? Pois se aceitarmos que a vida psíquica é, na verdade, um setor da vida social, com suas dinâmicas de internalização de normas, ideais e de princípios de autoridade, por que não se perguntar como tais processos sociais nos fazem sofrer, como eles podem estar na base das relações que irão levar sujeitos a hospitais psiquiátricos e consultórios? (SAFATLE, 2020, posição 25)

Essas perguntas refletiram em grande medida no início de uma mudança de mentalidade acerca da visão que se tinha até então dos hospitais psiquiátricos. Dentre os movimentos político-sociais que emergiram está a antipsiquiatria de David Cooper, Robert Lang e Thomas Szasz, a análise institucional de François Tosquelles, do grupo de La Borde, de Enrique Pichon-Rivière e as reformas manicomiais de Franco Basaglia. De forma resumida, todos esses movimentos convergiam para uma ideia em comum: apontavam para a necessidade de se repensar o lugar social da loucura, bem como a relação estabelecida entre o patológico e a normalidade (SAFATLE, 2020).

Já no Brasil, os projetos que questionavam a psiquiatria surgiram em um contexto de redemocratização do país, após o período de ditadura militar (MAGALDI, 2020). Os rastros deixados por políticas ditatoriais tiveram como consequência o surgimento de uma necessidade de estudar a nova realidade produzida por sistemas políticos extremamente violentos, construindo novos saberes (SPINK; SPINK, 2013). Isso não quer dizer, entretanto, que já não houvesse diálogos e debates pontuais que questionassem os saberes existentes até então.

Um dos estudos que teve grande reverberação para uma mudança desse olhar acerca das instituições psiquiátricas foi o do sociólogo e antropólogo Erving Goffman, através de suas observações, realizadas entre os anos de 1955 e 1956, após se inserir como um trabalhador no Hospital St. Elizabeths. Apesar de sua pesquisa se localizar em território norte-americano, seus

resultados não se restringem àquele país. O autor pôde concluir que existem algumas semelhanças entre os manicômios, as prisões e os conventos, caracterizando o que conceituou como instituição total.

Sob a autorização do diretor da instituição, Goffman atuou no hospital trabalhando como assistente do diretor de atletismo, sem que esse último ou que os outros profissionais soubessem de seu estudo. Isso foi feito a pedido do pesquisador, pois este não queria que os trabalhadores ou pacientes soubessem quais eram suas verdadeiras intenções a fim de reduzir as interferências da equipe médica e para que ele tivesse livre acesso aos internados. Seu principal objetivo era conhecer o mundo social dos pacientes em um hospital psiquiátrico, “na medida em que esse mundo é subjetivamente vivido por ele” (GOFFMAN, 1974, pp. 7-8).

Concluiu que uma característica da sociedade moderna é a realização de atividades como dormir, brincar e trabalhar sendo realizadas em diferentes ambientes. Usualmente, as pessoas frequentam diferentes espaços, como sua casa, escola, trabalho, igreja etc. Dessa forma, há a atuação de outros coparticipantes nos ambientes frequentados e há a disposição de diferentes autoridades. Isso não ocorre nas instituições totais, onde não há uma separação entre essas três dimensões de atividades. Assim, além destas atividades serem feitas no mesmo local, ocorrem com um grande número de pessoas e com uma programação pré-estabelecida, feita por um pequeno grupo de funcionários. O que importa aqui é atender aos interesses da instituição e não de quem se utiliza dela (GOFFMAN, 1974).

Para demonstrar que os pacientes estavam envoltos em um cenário que oprimia a subjetividade e a individualidade, Goffman abordou um doloroso processo de mudança na visão que os internos adquirem sobre si e a respeito dos outros. Ao perder o apoio e o contato constante com os familiares, os amigos e com as posições que exerciam fora do confinamento, começam a apresentar “uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu” (GOFFMAN, 1974, p. 24).

Outro processo bastante doloroso encontrado em sua análise foi relacionado à entrada e admissão na instituição total. Nelas há uma padronização que contribui para o processo que chamou de mortificação do eu. É comum que no processo de admissão alguns passos sejam característicos, como “obter uma história de vida, tirar fotografia, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelos, distribuir roupas da instituição” (GOFFMAN, 1974, p. 25). Na maioria das vezes a pessoa perde não apenas bens materiais, mas seu nome e a sua identidade. Quando isso acontece, o autor aponta que há uma mutilação do eu.

Com isso, esses dois processos (mutilação e mortificação do eu) costumam ser agravados nas instituições pela crença compartilhada socialmente de que o louco frequentemente é tido como irracional e incapaz de compreender o que ocorre em seu entorno, o que gera mais uma forma de violência para ele. Assim, tanto o grupo dirigente como outros internos podem lhe dar nomes constrangedores, fazer gestos obscenos ou simplesmente falar como se ele não estivesse presente ou não entendesse, contribuindo e mantendo as engrenagens desses processos (GOFFMAN, 1974).

As observações feitas por Goffman acerca das perdas subjetivas em uma instituição total, bem como o quão doloroso eram os processos de submissão a esta instituição, podem ser encontradas nos escritos da autora Maura Lopes Cançado. Quanto à inserção das novas práticas psiquiátricas, a saber a lobotomia e a ECT, essas também já estavam presentes durante a internação da autora, a qual discutiremos a seguir

### **2.3 As práticas institucionais no início da segunda metade do século XX à luz do testemunho de Maura Lopes Cançado**

Este cenário de novas técnicas psiquiátricas foi encontrado pela escritora Maura Lopes Cançado durante uma de suas internações, ocorrida entre o final do ano de 1959 e o início de 1960 no Hospital Gustavo Riedel, Centro Psiquiátrico Nacional, localizado no Engenho de Dentro. A realidade encontrada por ela durante meados do século XX difere da internação de Lima Barreto no que diz respeito à inserção das novas práticas de controle dos corpos, explicitadas no subtópico anterior, e se assemelha à internação do autor pelo fato de serem mantidas práticas punitivas e de isolamento.

Contextualizando sua história, Maura nasceu no dia vinte e sete de janeiro de 1929, em uma cidade de Minas Gerais chamada São Gonçalo do Abaeté. Era uma menina branca que cresceu entre diferentes regimes políticos. Filha de José Lopes Cançado e Affonsina Álvares da Silva, sua família exerceu forte influência e destaque na política mineira e nacional. Ela cresceu em uma fazenda, tendo a imagem de seu pai como sendo um dos fazendeiros mais ricos, respeitados e temidos da região mineira (CANÇADO, 2016).

O regime político em vigor em seu nascimento era a Primeira República, também chamada de República Velha (1889-1930). Este foi um período marcado por oligarquias, isso significa que havia um conchavo no qual os grandes donos de terras controlavam e

manipulavam as políticas sociais e econômicas de acordo com seus próprios interesses. Por mais que a democracia já estivesse instaurada, grande parte da população não tinha voz ou poder de fato. O país tinha um modelo de economia baseado na exportação para outros países da agropecuária e principalmente do café. Assim, quando a bolsa de valores quebra em Nova Iorque (nos Estados Unidos), há uma reverberação direta na economia do Brasil, com perdas severas graças à drástica redução na exportação do país (CARVALHO, 2014).

No entanto, essa crise não pareceu afetar a família de Maura Lopes, que continuou com sua riqueza, exercendo grande poder e prestígio na região. A saúde durante o período da República Velha já foi comentada no subtópico 2.1, acima, ao fazermos uma contextualização do período de internação do autor Lima Barreto. Quanto ao seu seio familiar, Maura Lopes relatou em seu diário uma ambiguidade de sentimento em relação à figura paterna. Ao mesmo tempo em que seu pai era muito sentimental, romântico e religioso, ele também era um homem que vivia cercado de funcionários que respeitavam apenas a lei do revólver (da violência), segundo suas palavras (CANÇADO, 2016).

Quando criança, apenas via uma grande lealdade nessa relação, mas ao amadurecer e se distanciar dessas vivências na fase adulta, reconheceu em seu pai o que ela chamou de temperamento paranoide, segundo um diagnóstico feito pela mesma. Isso porque quando pequena, costumava ver o pai tendo crises de grande agressividade, precisando ser contido fisicamente por outras pessoas. Além disso, ele exibia grande desconfiança, achando que estava sendo enganado por alguém. Não apenas seu pai tinha um comportamento que chamava a sua atenção como também sua mãe e um de seus irmãos. Apesar da Maura não recordar muito do seu irmão João, por ter falecido quando ela era criança, ela se lembrava dele rasgando as próprias roupas e sendo chamado de louco por outras pessoas. Esse estigma lhe foi apresentado ainda na tenra idade (CANÇADO, 2016).

Quanto a sua mãe, Cançado revelou em seu diário que esta fez com que a filha só usasse roupas brancas e azuis até os sete anos de idade, para cumprir uma promessa à Virgem Maria, santa que tinha uma importância para a família, segundo suas crenças católicas. Esse comportamento ocorreu após a morte do padrinho da escritora, chamado Antônio, a quem os pais dela amavam como filho. Seu falecimento foi marcado por uma grande apreensão da senhora Affonsina. Ela temia que Antônio não estivesse morto em seu enterro, por não estar completamente rígido e nem totalmente frio.

Esta dúvida de mamãe teria dado começo à minha neurose de morte? Tudo terá começado aí? Alguns dias depois de sua morte, meu irmão, José, alarmou toda a casa contando que o vira numa aparição, ouvindo dele as seguintes palavras: “Diga a minha



madrinha que não chore tanto por mim, pois não estou sofrendo. Brevemente voltarei para buscar a Maura”. Mamãe, sua madrinha, mostrou-se muito assustada, recomendou-me rezar por sua alma, implorando-lhe que não me viesse buscar. Todos me pareceram intrigados, não sei se senti algum medo (eu devia ter quatro anos). Creio que não. Mas era estranho. Acreditava morrer também em breve (CANÇADO, 2016, p. 12).

A morte era um assunto recorrente em seus pensamentos infantis. Ela temia ser enterrada viva, voltando sempre ao assunto. Durante a adolescência, aos quinze anos se encontrava com um casamento desfeito e com um filho, algo que feria a moral burguesa da época. Seu casamento ocorreu apenas no religioso. Naquela época não existia divórcio em um casamento civil, o que gerava um forte estigma para as mulheres “separadas” (MEIRELES, 2016). Rodeada de angústias, pensou em se matar pela primeira vez durante sua adolescência, mas disse ter rapidamente superado essa crise. Com uma infância e adolescência conturbadas, decide se internar voluntariamente na Casa de Saúde Santa Maria, um hospital psiquiátrico particular em Belo Horizonte no ano de 1949. Ela sentia que precisava “desesperadamente de amor e proteção” (CANÇADO, 2016, p. 67). Segundo a mesma, estava magra, nervosa e sem conseguir dormir. Esse foi o início de uma série de internações que se sucederam ao longo da sua vida.

De acordo com Meireles (2016), neste espaço foi diagnosticada com mal comicial (chamado hoje de epilepsia). Seu primeiro episódio foi aos sete anos de idade. No entanto, antes mesmo desta primeira internação na clínica de Belo Horizonte já se sentia excessivamente deprimida e havia dado sinais de emagrecimento por isso. Nessa época a mesma tinha pretensão de retomar seus estudos e morar em pensões, recuperando sua autonomia, mas suas ambições eram desfeitas e ela era expulsa sempre que descobriam que era separada. Isso fez com que ela vivesse em hotéis e iniciasse uma vida boêmia, com bebidas, frequentando boates e tendo diferentes parceiros sexuais. Isso não a deixava satisfeita, pois reforçava a crença que tinha sobre ninguém gostar dela (MEIRELES, 2016).

A partir de sua primeira internação, passou diversas vezes por hospitais psiquiátricos ao longo dos anos. Em 1953, chegou ao Rio de Janeiro com grandes aspirações de se tornar escritora, enviando contos e crônicas para escritores e jornalistas renomados, começando a publicá-los no *Jornal do Brasil*, no *Correio da Manhã* e no *Suplemento*, importantes jornais da época. Um ano após sua chegada à então capital do Brasil, Cançado estava em um estado que descreveu como um completo desequilíbrio psíquico. Em meio a esse cenário, a autora se internou voluntariamente em um sanatório particular no Alto da Boa Vista e lá enfrentou um quadro de dependência medicamentosa (CANÇADO, 2016).

Em um determinado dia, a autora foi acometida de uma séria agitação, tornando-se agressiva e tentando se despir no jardim do sanatório. Nesse episódio aplicaram o medicamento

tranquilizante Sonifene em sua veia, fazendo com que ela dormisse imediatamente. Ao despertar, se deparou com o que nomeou como sendo uma das fases mais agudas de sua doença. Isso porque caiu em um círculo vicioso, tornando-se dependente medicamentosa. Fazia o uso do medicamento para se acalmar e ao acordar voltava tão agressiva e tão agitada que os profissionais se viam obrigados a aplicar outra dose. Isso ocorreu sucessivamente, só havendo uma melhora mais tarde quando começaram a aplicar nela insulina.

Com as aplicações de Sonifene meu estado se agravava cada vez mais. Tinha ideia fixa: julgava-me deteriorada moral e sexualmente. Era agressiva. [...] Hoje, depois de conhecer hospitais do Governo, e haver sofrido pelas menores "faltas" cometidas, avalio o quanto fui bem tratada naquele sanatório. Agredia quem se aproximasse de mim. Jamais usavam de violência comigo. Riam fazendo alusões às minhas valentias. Quando me achava melhor, perguntavam rindo: "Maurinha, por que você me deu um soco, hein?". Se se viam obrigados a me segurarem à força, faziam-no de jeito a não me machucar. Agora, compreendo que o dinheiro suaviza tudo: até a loucura. Nos últimos hospitais que frequentei não tive uma crise que ao menos se aproximasse desta. (CANÇADO, 2016, p. 109).

Se ela precisou continuar a fazer esse tratamento de insulina em outras internações não está descrito em sua obra. Alguns detalhes acerca de seus tratamentos anteriores são vagos. Isso porque Maura muitas vezes utilizou suas internações prévias para fazer comparações a suas vivências no Hospital Gustavo Riedel. Já no ano de 1955, entrou em uma fase crítica de sua vida, se trancando no banheiro de um amigo e tentando tirar sua própria vida. Em depoimento à polícia, após ter sido socorrida, ela dizia não se lembrar de nada do episódio, apenas que se sentia abandonada, faminta e sem uma casa (CANÇADO, 2016; MEIRELES, 2016).

No ano de 1957 se internou voluntariamente no Hospital Gustavo Riedel, Centro Psiquiátrico Nacional, no Engenho de Dentro, deixando-o no ano seguinte. Este era conhecido socialmente como um hospital para indigentes. Entre o final do ano de 1959 e o início de 1960 retornou à mesma instituição psiquiátrica. Foi a partir das vivências e da experiência dessa internação que publicou seus dois únicos livros, *Hospício é deus* (1965) e *O sofredor do ver* (1968). Quanto ao primeiro livro, referente a sua internação, ela analisou que nesse episódio o que a levou a se internar foi a necessidade de fugir de algum lugar, buscando um que fosse "aparentemente fora do mundo" (CANÇADO, 2016, p. 27).

Essa separação de Cançado em relação ao mundo apareceu desde a sua infância quando sentia a presença de uma parede invisível. Escreveu um dos episódios no dia dezesseis de fevereiro de 1960.

Não dormi, nem creio que consiga. Sinto medo. Mais que medo, pânico. Se me fosse permitido falar com dr. A. pelo telefone. Ele hoje não veio; estou seriamente deprimida, às vezes sinto ímpetos de correr, agarrar-me a alguém. Quando criança via-me acometida desses acessos: corria para papai e mamãe, fazia-os acordar todos

de casa, não sabia explicar o que sentia. Tinha necessidade de ver-me cercada por pessoas, principalmente pessoas estranhas. Papai e mamãe tudo faziam para acalmar-me. Mas era como se uma parede de vidro me separasse deles. De qualquer maneira eu estava sozinha. E aqui, que fazer? A parede de vidro ainda costuma voltar sempre (CANÇADO, 2016, p. 178)

Meireles (2016), seu biógrafo, afirma que essa parede a afastava dos outros. Por mais que pudesse tocá-los e vê-los, era como se não pudesse senti-los de verdade. Essa sensação voltava a se repetir em diferentes momentos de sua vida, associado ao sentimento de solidão e também à sensação de fragilidade, de estar sendo exposta perante a barreira criada. Ele acreditava que talvez essa imagem fosse uma representação da fragilidade de seus laços, tanto com outras pessoas como com a realidade.

Dentre suas aflições, uma que se repetiu, assim como no diário de Lima Barreto, foi sua inquietação mediante a rotulação da loucura e como, na sua percepção, isso pareceu invalidar socialmente sua inteligência. Logo no início do seu testemunho ela diz “Isto faria rir a muitas pessoas: eu trabalhava no Suplemento Literário do Jornal do Brasil, onde me cercavam de grande atenção e muito carinho” (CANÇADO, 2016, p. 27). A autora parece precisar reafirmar em repetidos momentos sua validade enquanto indivíduo, o que pode ser interpretado como um reflexo do seu sofrimento referente à mutilação e mortificação do eu, bem como da violência institucional e o estigma carregado por uma pessoa que enfrentou a instituição psiquiátrica diversas vezes.

Entre as mais variadas modalidades de violência institucional, a humilhação se dá como uma dimensão coletiva que nega a existência do indivíduo, reduzindo-o ao fracasso. Socialmente, o sujeito passa a ser representado como um objeto (PIMENTA, 2007). Além de sentir-se invalidada, Cançado relata a exclusão sofrida pelo louco, assim como Lima Barreto, de uma instituição que buscava retirar o indivíduo do seu contato com a sociedade.

O doente, ainda preso ao mundo de onde não saiu completamente, tratado com brutalidade, desrespeito, maldade mesmo, reage. Tenta agarrar-se ao mundo de onde não saiu completamente. Apega-se a seus antigos valores, dos quais não se libertou tranquilo (CANÇADO, 2016, p. 26)

Separados por cerca de quarenta anos, tanto o testemunho da internação que originou o diário de Lima Barreto como a de Maura Lopes Cançado apresentam diversas semelhanças. É possível identificar que ambos os autores, apesar de relatarem os abusos sofridos e de terem consciência de sofrerem tais atos, não tinham recursos para enfrentar o sistema vigente. Assim como nos relatos do primeiro autor, os funcionários dirigiam a palavra a Cançado como se essa não fosse capaz de compreender o entorno social ao qual estava inserida, sendo caracterizada como um objeto ou um ser irracional.

Os médicos não me parecem levar a sério, embora troquem olhares quando falo, como surpreendidos com minha lógica. Eu estava conversando com dra. Sara. Foi da primeira vez em que estive internada, ainda no IP. Um médico entrou, se pôs a ouvir interessado. Depois deu uma risada e exclamou: “Esta é PP. Não há dúvida”. PP quer dizer Personalidade Psicopática. Não entendi a sigla, mas senti naquele médico, no seu ar irreverente, mesmo deboche, profunda falta de respeito à minha pessoa. [...]Serei mesmo PP? Foi o diagnóstico que dra. Sara também me deu, posteriormente. Agora possuo um rótulo, até mesmo bonito: Personalidade Psicopática. Isso levou aquele médico bonito a rir e se afirmar “como o que sabe”. Isso me fez tolerar impotente sua risada. Isso me marginalizou de todo. Na minha ficha do hospital meu nome não tem valor. A ficha tem a finalidade de acrescentar mais uma psicopata para a estatística. Estatisticamente sou considerada Personalidade Psicopática (CANÇADO, 2016, pp. 40-41).

O trecho apresentado nos permite indagar a forma como a equipe hospitalar se direcionava a seus pacientes, não importando o que estes pensavam ou sentiam. Pareciam enxergar a doença anteriormente ao ser humano. Essa é uma crítica apontada na psiquiatria e que se intensificou com o desenvolvimento de uma padronização aos sofrimentos psíquicos individuais a partir da segunda metade do século XX (MARTINHAGO; CAPONI, 2019)

A hegemonia da racionalidade e do critério diagnóstico culminou na criação e na adoção pelo meio psiquiátrico do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), desenvolvido e publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em um formato próximo ao atual, desde 1952 (DUNKER, 2014). Conforme aponta Dunker (2014), o DSM progrediu a partir do sistema de estatística e recenseamento em hospitais psiquiátricos e de um manual utilizado pelo Exército dos Estados Unidos feito em 1918.

A partir da primeira edição do DSM, ele logo passou a ser amplamente adotado não só no cenário médico norte-americano como em toda a sociedade ocidental, tornando-se um importante objeto de medida sobre as psicopatologias na área da Saúde Mental. A cada edição desenvolvida, o número de categorias classificatórias aumentava, bem como o de pessoas diagnosticadas, o que não ocorreu sem severas críticas (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). A adoção de um sistema classificatório e de diagnóstico universal sem que fosse considerado os aspectos subjetivos, como feita pelo médico que a classificou de personalidade psicótica, fez com Cançado se sentisse marginalizada e sem valor. O seu sofrimento psíquico e a sua individualidade não foram vistos.

Além disso, Maura Lopes muitas vezes pareceu sentir uma impotência ao acreditar que suas críticas não eram ouvidas. Segundo sua percepção, o ambiente hospitalar psiquiátrico parecia seguir um percurso próprio de violência, tanto física, como verbal. Ela pôde testemunhar uma guarda agredir uma paciente catatônica, batendo sua cabeça no banheiro, a qual veio a óbito no dia seguinte. Sua relação de indignação com as guardas apareceu em repetidos fragmentos, tendo a autora chegado a afirmar que existiam duas classes distintas no

hospital, as vítimas e as algozes, e que ela, juntamente com as outras internadas, fazia parte da classe das humilhadas e oprimidas (CANÇADO, 2016).

Sua queixa à violência desmedida se estendia também à equipe médica e aos enfermeiros, pois ela achava que eles eram coniventes com o uso de tratamentos como uma forma de punição e castigo. Em determinado momento, a autora confrontou um de seus médicos acerca disso.

O senhor é arbitrário e irresponsável. Deu-me um eletrochoque quando fui sua paciente, sei que há contraindicação no meu caso. Possuo dois eletroencefalogramas anormais, fui vítima de crises convulsivas até quinze anos. Um dos eletros está dentro da minha papeleta, ou ficha. Como meu médico, o senhor devia ter-se inteirado antes, e o respeitado. Fez o eletrochoque por vingança e para castigar-me. Este método é muito usado pelos psiquiatras, sei. Eletrochoque devia ser tratamento, e não instrumento de vingança em mãos de irresponsáveis. Mas, aqui, até as guardas ameaçam doentes com eletrochoques, trazendo-as em constante estado de tensão nervosa. [...] Quando estive aqui e o senhor foi meu médico, sofri coisas horrorosas, fui presa no quarto-forte várias vezes, fiquei vinte e quatro horas sem comer nem beber, nua no cimento. No dia seguinte as guardas mandaram que dois doentes me levassem para o banho, ainda nua, eles abusavam da minha nudez enquanto elas riam muito divertidas (CANÇADO, 2016, p. 43).

Tendo diferentes nomes a cela-forte, quarto-forte ou cubículo eram pequenas salas individuais e fechadas. Os indivíduos eram para lá encaminhados quando estavam agressivos ou agitados, não havendo uma constância no tempo de permanência. Neste espaço restritivo os pacientes se alimentavam, dormiam e faziam suas necessidades fisiológicas (GUIMARÃES et al, 2013). Muito utilizadas em ambientes hospitalares, as celas fortes só entram em desuso através da Portaria/SNAS nº 224, de vinte e nove de janeiro de 1992 com a necessidade de humanização dos serviços assistenciais e de se preservar o direito de cidadania dos pacientes (BRASIL, 2002).

Apesar da manutenção das práticas de violência nas instituições, através do testemunho de Cançado é possível identificarmos a implementação de novas ferramentas nestes dispositivos, como por exemplo, o oferecimento de tratamento psicoterapêutico e a criação de um serviço de ocupação terapêutica. Ambos procuravam resgatar a subjetividade dos pacientes, criando espaços onde as internas se sentissem acolhidas e escutadas.

Durante sua internação em 1959, o médico psiquiatra responsável por seu caso, a quem a autora chamou de Dr. A., ofereceu a ela o tratamento de psicoterapia. Este não era oferecido a todas as pacientes, Cançado teve acesso por ser considerada por seu médico culta e inteligente. Isso o fazia acreditar que através da psicoterapia poderia proporcionar uma melhora de seu quadro clínico. Em seu diário, Maura Lopes relata que o Dr. A. estava realizando sua formação em psicanálise e propôs a alguns pacientes um tratamento individual baseado nesta clínica em

sua sala dentro do hospício (CANÇADO, 2016). A psicanálise exerceu grande influência durante a primeira metade do XX na psiquiatria, esse ponto será retomado no terceiro capítulo.

À época, o tratamento era inovador no país. Entretanto, apesar de sua inovação, a psicanálise em um primeiro momento se insere no hospital psiquiátrico como uma prática isolada, que não conseguia alterar o cotidiano institucional. Mesmo diante desse entrave, foi um tratamento que aparentemente trouxe benefícios aos pacientes, na opinião de Cançado. Inicialmente, Maura se sentiu desconfiada em relação ao tratamento, temendo que o que dissesse pudesse ser usado contra ela e que a mesma viesse a ser punida por suas palavras. No decorrer das sessões começou a se utilizar daquele espaço analítico. A partir da relação transferencial com o médico, ela passou a ter a quem dirigir não apenas as suas queixas e insatisfações com a instituição, mas também a quem confiar a sua própria história de vida e suas angústias enfrentadas. Diferente de outras práticas institucionais, que de alguma forma buscavam a homogeneização dos pacientes, a psicoterapia possibilitou à autora ser ouvida na instituição, sem perder a sua subjetividade (CANÇADO, 2016).

Outra prática terapêutica implementada no Hospital Gustavo Riedel foi a criação de um serviço de ocupação terapêutica. A enfermeira responsável por este, chamada por Cançado de Dona Dalmatie, precisou lidar com a escassez de verba e recursos, trazendo muitos materiais de sua própria casa. Essa enfermeira, não sucumbiu à lógica de violência ao lidar com os pacientes, tais como outros colegas de trabalho. Dissertando mais sobre ela e este serviço, Maura afirma que

Está dirigindo a Ocupação Terapêutica que dr. Paim criou para nós. Não havia verba nem colaboração nenhuma. Assim, esta mulher extraordinária partiu da estaca zero, contando com a amizade das doentes e realizando o que de melhor já se fez neste hospital em matéria de Terapêutica. Trouxe todo o material de casa: sacos desfeitos, linhas, tesouras, até máquina de fazer café. No pátio que lhe foi dado para o serviço, numa espécie de galpão, iniciou os trabalhos sob a zombaria dos colegas. As internadas bordam, fazem tricô e crochê, sobretudo conversam. Dona Dalmatie atende a todas com carinho e muita compreensão (CANÇADO, 2016, p. 55).

Através da iniciativa da enfermeira, as pacientes, que antes ficavam perambulando ou sentadas no pátio, passaram a participar das atividades propostas. Com o passar do tempo, Dona Dalmatie e as pacientes criaram um ambiente acolhedor, propiciando o desenvolvimento de laços afetivos e que as internas compartilhassem e conversassem sobre suas vidas e seus sofrimentos. O fato de Cançado ter tido um acolhimento do Dr. A. e da Dona Dalmatie foi de grande importância para ela durante sua internação. Para ela, com exceção destes profissionais

ninguém faz o menor caso de mim. Não recebi um “bom dia” ou “como vai?”. As guardas se conservam completamente hostis, me evitam. Ficam aos cochichos à minha

passagem. Tento por vezes me aproximar de alguma, mostro-me amável, gentil. De nada vale. O contato destas pessoas machuca-me como alfinetadas [...] Se mostram lacônicas quando peço algum favor, fazem gestos aborrecidos às minhas costas - se me viro rapidamente costumo pegá-las em flagrantes com gestos obscenos (CANÇADO, 2016, p. 50)

O comportamento agressivo e desumanizado da maior parte dos trabalhadores do hospital psiquiátrico, composto por médicos, enfermeiros e guardas, mostrou o quão distante um paciente estava de ocupar esse espaço. Para resistir a ele, além das práticas mencionadas, Cançado, aparentemente, parece também ter encontrado na escrita uma forma para tal. A autora dedicava grande parte de seus dias escrevendo em seu diário (CANÇADO, 2016).

Ela não se restringiu apenas a essa obra durante sua passagem pelo hospital psiquiátrico. Nele também se dedicou a escrever alguns contos. Em um destes, retratou suas vivências escrevendo sobre uma cidade triste, dividida entre os uniformes azuis e os jalecos brancos. Sobre esse mesmo conto, escreveu em seu diário que mais uma vez estava de volta à cidade triste e que era de lá que escrevia e não sabia o que fazer com essas páginas. Não sabia se elas seriam rasgadas, se seriam entregues ao médico ou se as guardaria para serem lidas em outra ocasião.

Ela afirmava não saber sequer se sua escrita tinha algum valor. O que a diferenciava da grande maioria dos cidadãos desta cidade triste era que ela foi a essa voluntariamente. Assim, com sua escrita poderia “mandar aos ‘que não sabem’ uma mensagem do nosso mundo sombrio. Dizem que escrevo bem. Não sei. Muitas internadas escrevem. O que escrevem não chega a ninguém - parecem fazê-lo para elas mesmas” (CANÇADO, 2016, p. 31). Através do testemunho de Maura podemos ver que a escrita, ao que parece, se tornou uma ferramenta terapêutica para mais pacientes internadas. Também é possível identificarmos uma vontade da autora em relatar o que vivia naquele ambiente às pessoas que nunca vivenciaram uma internação.

Ao falar sobre recursos terapêuticos, além do serviço de ocupação terapêutica implementado no Hospital Gustavo Riedel, Maura Lopes também tinha acesso ao do Centro Psiquiátrico Nacional. Cançado o descreve como um lugar que ocupava todo um pavilhão, diferentemente do espaço destinado à ocupação no que estava internada Hospital Gustavo. O serviço do Centro era composto por uma sala de música, de tecelagem, de pintura, de bordado, de encadernação, por um salão de beleza e por um museu cuja exposição era de obras dos pacientes. Além disso, esse espaço também contava com atividades de recreação, como jogar pingue-pongue e ouvir música. Maura Lopes ia sozinha até o local por ordens médicas, entretanto, muitas pacientes precisavam ser acompanhadas até o local pelos funcionários.

Costumo ir fazer minhas unhas ou encontrar-me com alguns amigos, internados em outros hospitais. Hélio, Aragão e outros. Seria nosso clube não fora a ineficiência das funcionárias e a má vontade que demonstram de ao vir apanhar doentes nos hospitais. São antipáticas, estragam o que podia ser tão eficiente como Terapêutica e por que dra. Nise tanto tem lutado (CANÇADO, 2016, p. 87)

Este trecho mostra o quão importante era ao paciente ter um espaço de socialização, diferentemente da prática de isolamento, que até então era utilizada. Em seu diário, não está claro a frequência com que as pacientes iam ao serviço, bem como se quem os acompanhavam. Também não são mencionados os critérios para frequentar esse serviço de ocupação terapêutica, já que a autora afirmou se preocupar com as outras pacientes que ficam presas o dia inteiro no hospício. Quanto à ocupação terapêutica referida no trecho citado, esta foi criada e dirigida pela Dra. Nise da Silveira (CANÇADO, 2016).

Nise foi uma médica alagoana nascida em 1905, graduada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926. Na década de 1930 começou a trabalhar no Rio de Janeiro depois de ter sido aprovada em um concurso público para Serviço de Assistência a Psicopatas<sup>6</sup> e Profilaxia Mental do Hospício Nacional de Alienados, situado na Urca (MAGALDI, 2020). Todavia, seu trabalho foi bruscamente interrompido devido a uma denúncia de que ela possuía livros marxistas no local de trabalho, levando-a a prisão em 1936, onde permaneceu aproximadamente um ano e meio encarcerada. Com a instauração do regime do Estado Novo, caracterizado pela figura ditatorial de Getúlio Vargas, as pessoas que tinham livros marxistas eram perseguidas politicamente por serem considerados comunistas (MAGALDI, 2020). Mesmo tendo sido solta, sua liberdade não a isentava de ser perseguida ou presa novamente, por isso passou sete anos em exílio no interior do país (MAGALDI, 2020).

Foi durante o período de declínio do regime cívico-militar e com a garantia da anistia política que voltou a ser integrada no serviço público (MAGALDI, 2020). Contudo, não se adaptou aos novos métodos de tratamento que surgiram no período em que se refugiou. Ao ser transferida em 1944 para o Hospital Engenho de Dentro, se deparou com o uso do eletrochoque, com as psicocirurgias (como a lobotomia, por exemplo) e o coma insulínico, práticas que na sua percepção se assemelhavam às torturas que havia presenciado durante o que relata ter sido um traumático período enquanto presa política (MAGALDI, 2020).

---

<sup>6</sup> Diversos foram os nomes destinados aos espaços para tratar da loucura e seus indivíduos. A lei da Reforma Psiquiátrica (lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) passa a utilizar os termos modelo assistencial em saúde mental e portadores de transtorno mental (BRASIL, 2001). No começo da década de 1930 há registros da utilização de nomenclaturas como psicopatas, alienação mental e reações psicopáticas, o que hoje são consideradas expressões inapropriadas e pejorativas (GUIMARÃES et al, 2010).



Suas experiências prévias fizeram com que Nise adotasse uma postura de oposição às novas práticas terapêuticas, considerando esse modelo como ineficaz e violento no tratamento médico (MAGALDI, 2020). Sua recusa acarretou em sua transferência para um departamento menor, o Centro Psiquiátrico Nacional. Esse setor era constantemente encontrado com escassez de verbas e era conhecido pela aplicação de trabalhos braçais e serviços de limpeza pelos pacientes internos. Nise não sucumbiu ao cenário encontrado, propondo uma verdadeira mudança. Ela passou a desenvolver um trabalho de atividades expressivas como forma de tratamento, tendo como público-alvo os pacientes com distúrbios psíquicos (MAGALDI, 2020).

Como aponta Magaldi (2020), o trabalho de Nise teve grande repercussão na sociedade da época e continua gerando grande impacto atualmente, ao lançar um olhar de humanização nos hospitais psiquiátricos e ao buscar reduzir o sofrimento dos pacientes. Tanto Maura Lopes Cançado quanto Nise da Silveira acompanharam uma gradativa mudança em relação à saúde pública. Se, no final da década de 1940, estimava-se que 80% dos recursos federais eram gastos com a saúde pública, enquanto apenas 20% era gasto com assistência médica individual, no ano de 1964 houve uma inversão dessa distribuição (PAIM, 2009). Isso porque o desenvolvimento industrial no governo de Juscelino Kubitschek corroborou para a expansão dos ramos farmacêuticos e dos equipamentos hospitalares, ampliando o crescimento da assistência médico-hospitalar em desfavor da saúde pública. Na segunda metade da década de 1960, houve uma amplificação desse processo em decorrência de uma política instaurada que consistia na compra de serviços diagnósticos e terapêuticos no setor privado pela previdência social (PAIM, 2009).

É alarmante o que os dados apontam sobre o orçamento do Ministério da Saúde antes do ano de 1975, os quais não contemplavam nem 1% dos recursos públicos da área federal (PAIM, 2009). No momento em que o país crescia economicamente uma taxa média de 10% ao ano, ele se deparava com uma séria crise sanitária na saúde (PAIM, 2009). Doenças e taxas que se encontravam reduzidas entre as décadas de 1940 e 1960 sofreram um significativo aumento, dentre elas a mortalidade infantil, o aumento dos casos de tuberculose, da malária, da doença de Chagas e acidentes de trabalho (PAIM, 2009).

O país enfrentava um período turbulento ocasionado pelo golpe militar que durou mais de duas décadas, se estendendo de 1964 a 1985. Esse regime político produziu diferentes formas de violência e opressão à população, acarretando consequentemente em uma repressão política e em uma restrição dos direitos civis. Como resposta ao cenário sociopolítico e econômico,

eclodiram no início da década de 1970 os contra movimentos, como a Reforma Sanitária e movimentos sociais que buscavam a redemocratização (DA COSTA MELO, 2012).

A Reforma Sanitária era caracterizada por ideais revolucionários que buscavam a melhoria e a transformação de todo o setor da saúde, com o objetivo de conquistar melhores condições a todos os cidadãos. Seus integrantes lutavam para conquistar o direito à saúde pública e pelo estabelecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido a todos um sistema de saúde universal, gratuito, igualitário e de qualidade. Inicialmente contou com grupos de médicos e outros profissionais receosos com o andamento da saúde pública no país, entretanto, no decorrer da trajetória, se fez presente a adesão da população, o que deu força e visibilidade para a causa pela qual lutavam (DA COSTA MELO, 2012).

#### **2.4 O papel dos movimentos sociais na construção de um novo olhar à Saúde Mental**

A busca pela construção de uma nova concepção de saúde, que nascia como uma política pública graças a Reforma Sanitária, despertou os profissionais e usuários do campo da Saúde Mental. Desse modo, construiu-se, a partir da segunda metade da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica, cujas reivindicações estavam atreladas aos direitos, à visibilidade e à garantia de espaço na sociedade aos portadores de transtornos mentais, propondo mudanças no modelo assistencial, com impactos e consequências que iriam além desse subsetor da saúde (TRABUCO e SANTOS, 2015; YASUI, 2010). Em outras palavras, o que buscavam através deste movimento era a construção de um conjunto de novas práticas e saberes para uma nova rede de serviços de atenção e cuidado, almejando romper com o modelo psiquiátrico até então empregado (YASUI, 2010).

Nesse período de efervescentes mudanças, a psicóloga e psicanalista Cláudia Corbisier esteve em atuação profissional durante todo o processo da Reforma Psiquiátrica. Seus relatos se iniciam ainda em seu período de estágio, quando ainda era uma psicóloga em formação, durante a década de 1970, no Hospital da Marinha. Foi nesse ambiente onde teve seu primeiro contato com uma ala psiquiátrica, na qual viviam pessoas enclausuradas em uma enfermaria. Ela se deparou com um contexto de exclusão social que permaneceu vivo em sua memória.

Naquela penumbra perambulavam, sem rumo, marinheiros loucos. Ali dormiam, comiam, falavam sozinhos. Evidentemente nada se esperava deles. Dos técnicos, esperava-se apenas que os medicassem o bastante para que não incomodassem. Assim

era e assim, ainda, muitas pessoas continuam sendo tratadas. Nesse período, por sorte, coincidências felizes, pudemos formar uma pequena equipe e transformar um pouco a vida insípida e sem sentido dos nossos marinheiros. No primeiro dia em que entrei na enfermaria, me deparei com o sr. J., que diziam ser louco furioso. Estava sentado na escada falando sozinho. Sentei-me a seu lado e comecei a conversar. Disse meu nome, perguntei o dele. Ele parecia estar diante de um extraterrestre. O que de fato, ali, eu era. Vinha de outra terra, era livre, falava com ele (CORBISIER, 2000, pp. 279-280).

Sua narrativa contextualiza o início da longa caminhada em direção a um tratamento mais humanizado. As mudanças que os apoiadores da reforma propunham eram recebidas com rigidez e resistência, já que os trabalhadores adeptos aos velhos tratamentos diziam que os profissionais idealistas mudavam a tranquilidade da enfermaria do hospital (CORBISIER, 2000). Quando algo saía do controle, logo eram responsabilizados, de modo que seus colegas afirmavam que suas teorias e práticas não "contribuíam para melhorar nada, mas, sim, para desorganizar a ordem estabelecida" (CORBISIER, 2000, p. 280). A autora prosseguiu discorrendo sobre sua vivência, retomando-a em um segundo momento ao ser aprovada no concurso interno para ser psicóloga do quadro do hospital:

[...] fui imediatamente avisada de que a partir de então só trabalharia no ambulatório. Por insanidade juvenil, idealismo romântico, respondi prontamente que dispensaria o emprego. O susto do oficial foi de tal ordem que também de pronto aceitou minha condição de continuar a trabalhar nas enfermarias, além das novas atribuições. O oficial em questão, ingenuamente, me confessou sua perplexidade diante de minha obstinação em continuar aquele trabalho. Mais talvez do que a surpresa com a possibilidade de alguém renunciar a um posto no serviço público, creio que aquilo que sua reação denunciava era simplesmente a falta de interesse da instituição na continuidade do trabalho nas enfermarias. De todo modo, é bom lembrar que mesmo numa instituição militar fechada foi possível construir um trabalho renovador, já inspirado nos movimentos de desconstrução do manicômio. Essa experiência poderia ser um retrato 3x4 do fim dos anos 70: o exercício da crítica e da ação transformadora, que tomavam o regime político e a estrutura social como alvos majoritários, voltavam-se para dentro dos espaços institucionais, e para os diversos microespaços de exercício do poder (CORBISIER, 2000, p. 280).

Esta comoção datada ao final da década de 1970 culminou na criação da primeira proposta a desenhar um conjunto de princípios e diretrizes do SUS no ano de 1979, quando o documento *A questão democrática na área da saúde* foi apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) enquanto uma proposta coletiva do movimento de Reforma Sanitária. Este documento foi exposto pela primeira vez no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (FLEURY, 2009).

A realização deste simpósio pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, durante os dias nove, dez e onze de outubro de 1979, foi um dos mais importantes acontecimentos durante a luta pela Reforma Sanitária. Tendo mais de novecentos inscritos, o simpósio foi um palco de disputa entre os desejosos de uma mudança nas políticas nacionais de saúde e entre os

defensores dos interesses do setor privado. Por fim, o simpósio acarretou no reconhecimento do direito universal à saúde e à criação do SUS (RODRIGUES, 2021). É notório na documentação original a preocupação da implementação de uma saúde democrática, reconhecendo a saúde como um direito a todos os cidadãos, de forma universal e inalienável (ou seja, não podendo ser vendida ou concedida).

Assim, o SUS nasceu, não sendo uma conquista de algum governo ou partido político em específico, mas da sociedade. Ele veio a se oficializar legalmente apenas nove anos depois, na Constituição de 1988, como veremos mais adiante (PAIM, 2009). Desejosos por um processo de redemocratização junto à reorganização de movimentos sociais, os profissionais recém-formados e recém-contratados eram embebidos pela esperança de trabalharem para transformar a sociedade (YASUI, 2010). Entretanto, a década de 1980 não foi mais fácil para os profissionais da área da saúde. Uma ampla gama de questões era debatida pela primeira vez junto à inovadoras práticas de trabalho, como, por exemplo, equipes multiprofissionais trabalhando em conjunto, a relativização do poder médico e a valorização da utilização da escuta como ferramenta terapêutica (CORBISIER, 2000).

Ainda nessa década, temos a memorável 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. Os dias dezessete a vinte e um de março foram marcados por intensos debates com mais de quatro mil participantes, sendo a primeira conferência a ter a participação popular. As conferências anteriores a esta foram restritas apenas a deputados, senadores e autoridades do setor de saúde. O convidado a dirigir a oitava conferência foi o médico Sérgio Arouca. Ele esteve presente no núcleo do movimento sanitário e na época do congresso presidia a Fiocruz. Os principais temas debatidos durante esses dias foram: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde (formando um novo sistema de saúde, o SUS) e o financiamento setorial (BRASIL, 2019).

Como consequência à 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano seguinte foi mobilizada a criação da I Conferência Nacional de Saúde Mental (YASUI, 2010, p. 15). Nela, foram levantados importantes recomendações, como:

orientar que os trabalhadores em saúde mental buscassem realizar seu trabalho juntamente com a sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, como para buscar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular (DA COSTA MELO, 2012, p. 202).

No mesmo ano, em dezembro, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, São Paulo. Foi nele que surgiu o Movimento da Luta Antimanicomial, que tinha por lema "Por uma sociedade sem manicômios". O Congresso foi

marcado pela escolha do dia dezoito de maio como sendo o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O que buscavam através desse movimento era romper a violência institucionalizada, bem como acabar com a opressão e a exclusão dos portadores de transtorno mental, assegurando-lhes direitos à cidadania e à saúde (SAÚDE MENTAL, 2018).

Diante das demandas sociais que buscavam uma democratização nos mais variados setores, no ano de 1998 é sancionada uma nova constituição que garantiu a todos os indivíduos direitos sociais, como "a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância, a assistência aos desamparados" (BRASIL, 1988). Especificamente em relação à saúde, nessa mesma Constituição o Art. 196 declara que:

A saúde é o direito de todos e o dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ficam subentendidos a promoção e o cuidado da saúde bem como o compromisso governamental não apenas na fase aguda de qualquer doença. Não havia até o momento uma distinção de Saúde Mental para outras áreas, o que deixava de alguma forma ainda em aberto discussões sobre esta temática. Em relação à Saúde Mental, uma das mais importantes leis, composta por treze artigos, só foi promulgada no dia seis de abril de 2001. A lei nº 10.216, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica ou lei Paulo Delgado, ainda em vigor, tem como premissa proteger e assegurar a garantia de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais em caráter universal, sem qualquer distinção ou preconceito. A lei também redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. No Art. 2º algumas diretrizes são dadas em relação ao tratamento, assegurando que os pacientes devem ser protegidos de qualquer ato de violência, de abuso ou de exploração.

Outros artigos desta lei estabelecem parâmetros para internações, como sendo uma medida apenas em casos necessários nos quais os recursos extra-hospitalares se mostraram ineficientes. Assim, buscando manter uma relação com o meio social do paciente, o tratamento em regime de internação deve lhe oferecer assistência integral, incluindo serviço médico, psicológico, ocupacional, de assistência social, de lazer, entre outros (BRASIL, 2001).

Apesar deste subtópico ultrapassar o recorte delimitado, consideramos que a discussão de certas questões seria interrompida se assim não o fizéssemos. Os relatos de Lima Barreto e de Cançado são anteriores a todas essas mudanças, sendo muito distantes de um modelo humanizado e que valorizasse as necessidades dos pacientes. Se nos testemunhos dos autores

podemos ver uma sociedade que insistia em marginalizar e se distanciar do louco, a partir das décadas finais do século passado, vemos a sociedade ocupando um lugar pela luta dos direitos sociais, principalmente em relação à saúde, incluindo, na luta, melhores condições para o campo da Saúde Mental e para os portadores de transtornos mentais.

## **2.5 As semelhanças encontradas nos discursos de Lima Barreto e Maura Lopes Cançado acerca das internações**

Ao analisarmos as obras *Diário do hospício* (2017), de Lima Barreto, e *Hospício é deus* (2016), de Maura Lopes Cançado, podemos ter acesso à experiência dos autores enquanto pacientes em instituições psiquiátricas. Ambos parecem ter encontrado na escrita uma forma de se expressarem, visto que se sentiam, na maioria das vezes, não escutados nos hospitais psiquiátricos. Através de seus diários, fizeram denúncias frente às questões de violência enfrentadas por ambos durante suas internações. Ao mesmo tempo em que seus diários aparentavam ter uma finalidade terapêutica para os autores, eles serviram à sociedade como uma ferramenta para se discutir as práticas institucionais, como por exemplo, a ineficiência de castigos físicos e punições no tratamento de transtornos mentais, bem como os malefícios do isolamento para os pacientes, deixando-os mais ansiosos e irritadiços.

No que diz respeito às práticas institucionais, Lima Barreto vivenciou a internação em um período relativamente inicial quando comparado à criação de hospitais psiquiátricos no Brasil. Os funcionários do hospital, aqui incluídos os médicos, os enfermeiros e os guardas, operavam regidos por grande influência do século XIX, em que a forma de se combater a loucura era através do isolamento, buscando uma correção moral dos doentes. A existência da própria instituição já era por si só um fator terapêutico. Questões como o trabalho forçado e o uso de violência física e verbal por parte da equipe hospitalar não pareciam ser questionadas ou combatidas.

A interpretação do que vivenciou Cançado não foi diferente da que foi dada por Lima Barreto no que diz respeito ao emprego da violência física e verbal. Essas estavam enraizadas e impregnadas no ambiente hospitalar. Além das práticas de enclausuramento, como o quarto forte, novas práticas institucionais foram implementadas, como a insulinoterapia, os eletrochoques e diferentes medicações. Apesar da existência à época da lobotomia, Maura não passou por tal cirurgia. No entanto, fez severas críticas a esse procedimento ao ver que uma das pacientes, chamada por ela de Madruga, após operada encontrava-se imbecilizada, segundo

suas palavras e terminologia da época. Após a lobotomia, segundo sua percepção, Madruga já não se expressava com a mesma facilidade que antes e já não era inteligente (CANÇADO, 2016).

Novos serviços terapêuticos foram implementados no hospital durante sua internação, dentre eles a psicoterapia e o serviço de ocupação terapêutica. Apesar dos benefícios que estes trouxeram, como já foi discutido, tais serviços apresentavam problemas em sua execução. Seja com outros médicos ou uma outra demanda interrompendo a psicoterapia, seja com a escassez de verbas e materiais para a realização do serviço terapêutico. Esses dois serviços representavam o início das mudanças que iriam ocorrer no modelo manicomial, a partir da Reforma Psiquiátrica, se voltando ao bem-estar e à saúde dos pacientes.

Um outro ponto levantado pelos autores Barreto (2017) e Cançado (2016) foi a superlotação nos hospitais psiquiátricos em que estiveram internados. Apesar de não termos números concretos, ambos escrevem em seus respectivos diários que enxergavam um número de pacientes muito maior do que as instituições planejavam suportar inicialmente. Além disso, suas narrativas convergem quanto a falta de autonomia. Eles precisavam cumprir os horários das atividades propostas pelas instituições, geralmente acompanhando um grande número de outros internos. Nesse contexto, a falta de privacidade e as condições em que eram tratados pelos funcionários das instituições fizeram com que eles comparassem o hospital psiquiátrico a um presídio, o que parecia ser distante de um tratamento terapêutico.

### 3 A PSICANÁLISE COMO UMA PRÁTICA HOSPITALAR À LUZ DO TESTEMUNHO DE MAURA LOPES CANÇADO

Ao investigarmos as práticas institucionais no segundo capítulo, nos deparamos com a terapia de base psicanalítica como uma das opções de tratamento no Hospital Gustavo Riedel, através do testemunho da autora Maura Lopes Cançado. Durante algumas passagens em seu diário, tivemos acesso à sua visão enquanto paciente sobre alguns fragmentos de seus tratamentos. Cançado (2016) afirmou não escrever inteiramente suas sessões e conversas com o médico responsável por seu tratamento, que também era vice-diretor do hospital, chamado por ela de Dr. A., porque acredita que em seu diário haveria páginas em excesso.

A partir desses dados, buscamos referências bibliográficas que nos ajudassem a compreender como se deu a inserção da psicanálise nos hospitais psiquiátricos no século passado. Entretanto, foi encontrada uma escassez de material sobre tal assunto. A maioria dos artigos e textos apontam para o surgimento do interesse sobre a teoria da clínica psicanalítica no país, mas não sua inserção nos hospitais. A dificuldade de acessar essa história inicial também foi descrita por Machado (2011) em sua dissertação, que se deteve em investigar a introdução da psicanálise nos hospitais gerais no Brasil e o lugar ocupado pelos psicanalistas nestes espaços. A autora concluiu que a narrativa da inserção da psicanálise nos hospitais não foi linear, mas, sim, marcada por singularidades locais, o que mostra a importância dos testemunhos para a reconstituição histórica. Essa comparação é feita guardadas as devidas proporções, visto que os hospitais gerais e os hospitais psiquiátricos apresentam características e modos de funcionamento próprios. No entanto, em ambos a inserção da psicanálise ocorreu devido à atuação dos psicanalistas nestas instituições.

Tendo em vista a não linearidade da inserção da psicanálise nos hospitais psiquiátricos, ao longo do capítulo procuramos investigar como a psicanálise surgiu no Brasil e quais as mudanças enfrentadas em sua prática clínica ao passo em que adentrava no ambiente hospitalar. Para tal, foi necessário entender quem poderia exercer a psicanálise no século passado e como ocorre a formação daquele que deseja seguir o ofício de analista.

Um outro ponto pesquisado foi o movimento de aproximação e de afastamento entre o campo da psiquiatria e da psicanálise ao longo do século XX. De acordo com Freud (1916-1917/1996), apesar das diferenças metodológicas e etiológicas entre a psicanálise e a psiquiatria, ambas não se opõem. Nada há no trabalho psiquiátrico que possa se opor à investigação psicanalítica. Quanto a isso, o criador da psicanálise faz uma comparação entre as



duas áreas, relacionando-as à histologia e à anatomia. Enquanto uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra busca compreender como funciona a estruturação em tecidos e células. Com isso, o autor faz uma comparação entre a medicina psiquiátrica, que busca considerar a anatomia da doença, e a psicanálise, que procura esclarecer os mecanismos internos do psiquismo, ou seja, os processos inconscientes (FREUD, 1916-17/ 1996).

### **3.1 O surgimento da psicanálise no Brasil e as modificação clínicas sofridas com sua inserção nos hospitais psiquiátricos**

Como aponta Russo (2002), o surgimento oficial da psicanálise no Brasil é considerado tardio quando comparado a outros países. Após a publicação da obra *A interpretação dos sonhos* (1900), demorou apenas sete anos para a fundação da Associação Vienense de Psicanálise e da Sociedade Freud, em Zurich, na Suíça. A partir daí, a psicanálise continuou a se propagar com grande velocidade na Europa, bem como nos Estados Unidos da América. Nos seis anos seguintes às primeiras fundações, já havia sociedades psicanalíticas nas cidades de Berlim, Budapeste, Londres e Nova Iorque. Nesse período também foram criadas a Sociedade Norte-Americana de Psicanálise em Boston e a Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Em 1917 foi criada a Sociedade Holandesa de Psicanálise, e em 1926 a Sociedade Psicanalítica de Paris, entre uma série de outras sociedades em território europeu e da América do Norte. Sem contar com a propagação e difusão da psicanálise entre os artistas e intelectuais da sociedade ocidental nas décadas de 1920 e 1930 (RUSSO, 2002).

Dentre as associações psicanalíticas mencionadas, a IPA se destacou em importância, tendo se mantido até os dias atuais. Ela surgiu no início do século XX, em 1910, na cidade de Nuremberg, na Alemanha, durante a realização do II Congresso de Psicanálise (FRANCISCHELLI, 2010). Nesta época, pairavam dúvidas acerca do futuro da psicanálise, o que culminou na preocupação de Freud em criar uma associação internacional para protegê-la, devido ao seu temor de que esta estivesse sujeita a deturpações quando se tornasse popular (FREUD, 1914/1974). Para impedir que isso ocorresse, ele acreditava que deveria

haver alguma sede cuja função seria declarar: “Todas essas tolices nada tem a ver com a análise; isto não é psicanálise”. Nas sessões de grupos locais (que reunidos constituíram a associação internacional) seria ensinada a prática da psicanálise e seriam preparados médicos, cujas atividades recebiam assim uma espécie de garantia. Além disso, visto que a ciência oficial lançara um anátema solene contra a psicanálise

e tinha declarado um boicote contra médicos e instituições que a praticassem, achei que seria conveniente os partidários da psicanálise se reunirem para uma troca de idéias amistosa, e para apoio mútuo (FREUD, 1914/1974, p. 57).

Assim, buscando manter o rigor teórico conceitual que fundamentou a prática analítica, surgiu uma das maiores instituições psicanalíticas, a IPA. Conhecida por seu rigor, a IPA ao longo de sua história tem promovido uma regulação da prática psicanalítica e de seus métodos, ao passo em que promove o desenvolvimento da psicanálise (FRANCISCHELLI, 2010). Dessa forma, permite que haja colaborações e diálogos entre os psicanalistas, diminuindo a solidão que Freud experimentou durante os primeiros anos de desenvolvimento de sua teoria (FRANCISCHELLI, 2010).

No território brasileiro, foi somente na década de 1940, em São Paulo, e nos anos de 1950, no Rio de Janeiro, que surgiram as primeiras sociedades de formação psicanalíticas oficialmente vinculadas à IPA (RUSSO, 2002). A Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP) aceitava desde seus primeiros estatutos, datados em 1949, além dos médicos, profissionais com curso superior. No entanto, a aceitação dos profissionais não-médicos ficava à critério de uma comissão organizadora (COIMBRA, 2009). O mesmo não ocorria nas sociedades no Rio de Janeiro. Tanto a Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ) como a Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ) eram exclusivas para médicos (COIMBRA, 2009).

Em um período anterior a este marco oficial no país, as ideias da teoria psicanalítica já circulavam no meio acadêmico, intelectual e entre a classe média letrada através de revistas femininas, programas de rádio, livros de divulgação científica etc. (RUSSO, 2002). No Rio de Janeiro a propagação psicanalítica surgiu através de diferentes autoridades médico-psiquiátricas como Juliano Moreira e Henrique Roxo (FACCHINETTI; PONTES, 2003). As grandes autoridades em psiquiatria da época se concentravam no Rio de Janeiro, que foi a capital do país até 1960 (RUSSO, 2002b). Essas duas figuras apareceram no diário de Lima Barreto, cuja obra foi analisada no capítulo anterior. No entanto, o tratamento psicanalítico não consta no testemunho do autor, durante sua internação nos anos de 1919 e 1920.

Se no Rio de Janeiro a propagação das ideias psicanalíticas ocorreu inicialmente nos hospitais psiquiátricos, em São Paulo a psicanálise enfrentou grande resistência no meio médico. Uma das hipóteses levantadas por Facchinetti e Pontes (2003) para tal rejeição era a fragilidade da estrutura psiquiátrica local. Com isso, a disseminação da psicanálise ocorreu através de grupos modernistas, de pensadores e de educadores. É importante salientar que esses grupos não tinham como objetivo a formação psicanalítica, o que buscavam era conhecer e

debater essas novas ideias, contribuindo assim em sua popularização (RUSSO, 2002; FACCHINETTI; PONTES, 2003).

Essa ambiguidade na relação entre a psiquiatria e a psicanálise não ocorreu apenas durante o período de propagação das ideias psicanalíticas mencionado, ela esteve presente desde o início da criação da psicanálise. Russo (2002b) aponta que, apesar de Freud distanciá-las, muitos médicos viam a psicanálise como uma fonte de apoio aos seus diagnósticos e tratamentos; enquanto isso, muitos psicanalistas viam na medicina uma forma de apresentar uma maior credibilidade para suas ideias. Isso fez com que os movimentos da psicanálise e da psiquiatria caminhassem muito próximos no início do século XX. Por outro lado, a autora afirma que desde sua institucionalização, a psicanálise é acompanhada por uma discussão sobre quem poderia ser um psicanalista.

Já no ano de 1926, Freud apontava uma preocupação com os rumos que a psicanálise tomava, e isso o motivou a escrever o artigo intitulado *A questão da análise leiga*. Na época, muito se debatia se a psicanálise poderia ser exercida por um não-médico (leigo). Tanto na sociedade vienense como em outros países, a classe médica alegava que o exercício da psicanálise por um não-médico poderia gerar danos ao paciente (CARNEIRO, 2019/2020).

Freud opôs-se vivamente a esta tentativa de incorporação da psicanálise pela medicina, visto que a psicanálise tinha seu caráter único e inovador, constituindo-se como uma nova forma de saber. Desde o início de seu artigo, defendeu que a análise deveria ser praticada por aqueles que fossem capacitados para isso pelas sociedades de formação psicanalítica. Sua declaração era contrária às leis de diferentes países, como as da Áustria, que proibiam a um “não médico aplicar tratamentos em pacientes sem esperar o seu resultado” (FREUD, 1926/2017, p. 206).

Carneiro (2019/2020) aponta que, além da preocupação com a psicanálise e sua independência em relação à medicina, seu criador escreveu o referido artigo em defesa de seu amigo e discípulo Theodor Reik. Este fazia parte do seu círculo na Sociedade Psicanalítica de Viena como um membro não-médico. No ano de 1926 sofreu acusações de exercer ilegalmente a medicina ao praticar tratamentos psicanalíticos. Diante disso, Freud, em caráter inovador, escreveu o artigo sob a forma de um diálogo entre ele e um interlocutor imparcial, no caso um juiz, explicitando o que seria o trabalho clínico da psicanálise e quais seriam as condições para que ela ocorresse, justificando que os doentes de nervos [*Nervösen*] não eram iguais aos doentes tratados pela medicina. Assim como também não eram iguais os conceitos e formas de tratamento entre a psicanálise e a medicina (FREUD 1926/2017).

Quanto a essas afirmativas, Freud tenta elucidá-las através de um exemplo didático em que diferencia a atuação do médico e a do psicanalista. Ele ilustra isso através do relato do caso

de uma paciente pianista que tem os dedos contraídos e crispados sem qualquer causa orgânica. Quando essa paciente pensa em ir em um evento social, logo é acometida por uma série de sintomas, como a sensação de dor. Freud prossegue sua exposição indicando que é de se imaginar que essa pessoa procure ajuda especializada para eliminar seus distúrbios nervosos ou procurar algum tipo de alívio aos seus sintomas. Caso procure um médico, este dispõe de uma categoria própria para a classificação das doenças bem como métodos próprios. Dessa forma, um médico examina os órgãos que manifestam os sintomas e oferece tratamentos para um alívio passageiro (FREUD, 1926/ 2017).

Já o psicanalista agiria de outra forma. Diferentemente do médico, o analista não se utiliza de instrumentos para fazer um exame clínico ou prescrever um medicamento. Seu ofício ocorre por meio da palavra. “O analista pede que o paciente venha ao seu consultório em um horário determinado do dia, deixa-o falar, ouve o que ele diz, depois fala com ele e o faz ouvir” (FREUD, 1926/2017, p. 210). Esse processo, no entanto, não é simplista ou fácil. Requer um grande preparo e estudo por parte do analista. O poder da palavra não pode ser desprezado, como aponta Freud. Esse instrumento poderoso é o meio pelo qual o paciente pode comunicar os seus sentimentos e pensamentos (FREUD, 1926/ 2017).

Falar livremente não é algo fácil para o paciente, visto que é necessário tratar de questões e vivências cuja discussão é considerada desagradável por eles. Em muitos casos os pacientes não lembram e não associam um acontecimento como sendo o evento desencadeador do fenômeno patológico (FREUD; BREUER, 1893-1895/ 2016). Dessa forma, a ajuda ou o alívio do paciente ocorre através de um trabalho sobre os sintomas por meio do qual a miséria neurótica é transformada em um sofrimento comum (FREUD, 1895/2016).

Para Freud, é indiferente o material com que um analisante comece seu tratamento. Ele pode optar pela sua história de vida, história da doença, uma lembrança da infância ou por onde deseja que seja seu ponto inicial. O que importa é que sua narrativa seja diferente de uma conversa comum. O paciente não deve rechaçar o que não parece importante ou fazer restrição ao que disser (FREUD, 1913/2017). Dessa forma, Freud demonstra que a regra fundamental para que um tratamento analítico ocorra é a associação livre. O instrumento de trabalho do analista é a palavra inserida no contexto transferencial, no qual, em sua relação com o paciente, irá ocupar uma posição a partir da qual poderá intervir (MORETTO, 2001).

Essa distinção mostra que mais do que perceber o limite da medicina, Freud foi inovador ao propor uma forma de tratamento que estava para além desses limites, produzindo um conhecimento que se ocupa daquilo que escapava ao campo médico (MAURANO, 2003). A psicanálise não se ocupa do sintoma orgânico, como a psiquiatria, mas compreende o sintoma

em seu aspecto psíquico. Enquanto um sintoma para a psiquiatria é investigado no diagnóstico e é realizado um prognóstico quanto à evolução futura de uma doença; a psicanálise investiga o conteúdo dos sintomas, considerando-os individualmente e entendendo que os sintomas têm um sentido para o paciente, se relacionado com suas experiências vividas (FREUD 1917/1996).

Na perspectiva psicanalítica, quanto mais individual for um sintoma, mais promissor é para o psicanalista conseguir estabelecer a conexão deste sintoma com a experiência vivida pelo paciente. A grande questão para o analista é descobrir a relação entre uma ideia que aparentemente não faz sentido e uma ação que não parece ser proposital à uma situação passada, em que a ideia foi justificada e que a ação serviu a uma finalidade (FREUD 1917/1996). Desse modo, quando um paciente opta pelo tratamento analítico, procurando se livrar de seus sintomas, é essencial que ele questione o que lhe acomete. Maurano (2003) aponta que o tratamento psicanalítico só é possível quando um paciente questiona algo que age na esfera do psiquismo sem que ele tenha um conhecimento disso. É ao se interrogar que o paciente pode falar do seu sintoma, associando livremente e permitindo que um trabalho de interpretação seja realizado pelo psicanalista. Com isso, diferentemente de outras formas de tratamento oferecidas, a implicação do paciente é fundamental para que o psicanalista consiga conduzir esse trabalho de investigação analítica.

Um outro ponto acerca do tratamento analítico é que ele não é rápido e a sua duração não pode ser mensurada previamente. Ele se estende por longos períodos de tempo, sempre mais longos do que o esperado pelos pacientes (FREUD, 1913/2017). Há algo no tratamento que pressupõe que este não pode ser apressado quanto ao tempo em que as transformações psíquicas profundas possam vir a acontecer, porque estas transcorrem dos processos inconscientes. Com isso, o analista não consegue previamente determinar o que virá à tona durante o tratamento analítico. E sua continuidade é essencial, tendo alertado Freud sobre os efeitos insatisfatórios de uma interrupção após um curto período de tratamento (FREUD, 1913/2017).

A continuidade do tratamento muitas vezes é rompida por duas questões: tempo e dinheiro. Quanto a estes, que muitas vezes podem ser um empecilho no tratamento, Freud faz recomendações aos analistas na obra *Sobre o início do tratamento* (1913/2017). Segundo sua experiência advinda da clínica, Freud seguiu o princípio de remuneração por uma hora marcada. Cada paciente teria uma hora acordada do seu dia de trabalho. Mesmo que ele não comparecesse, aquela hora ainda seria de sua responsabilidade. Ao adotar essa medida, ele percebeu que os cancelamentos eventuais de uma sessão se tornaram praticamente inexistentes, bem como as doenças intercorrentes se tornaram raras. Freud concedia uma exceção às doenças

orgânicas, que não tivessem relação com o caso que tratava e quando estas exigiam um longo período para cura. Com isso, o tratamento era interrompido. Após o paciente estar devidamente restabelecido, um novo horário era acordado e o tratamento era retomado (FREUD, 1913/2017).

Dessa maneira, Freud procurou evitar as pausas involuntárias e o prejuízo que estas breves interrupções trazem, tanto na continuidade e no avanço do tratamento, como as dificuldades financeiras ao psicanalista. Quanto à questão do dinheiro, Freud recomendou que o analista não deve ter vergonha de tratar sobre as questões financeiras com o paciente (FREUD, 1913/2017). Quanto à essas recomendações, essas atendem bem a situações do consultório privado, mas devem ser problematizadas ao pensarmos em um contexto hospitalar.

O questionamento sobre a possibilidade de se fazer psicanálise fora dos consultórios continua atual. Há pesquisadores que defendem a realização da psicanálise em hospitais, como há os que acreditam não se tratar de uma psicanálise, tendo se transformado em outra forma de tratamento. Não iremos fornecer uma resposta ao leitor, não sendo a pretensão de tal pesquisa. Nosso interesse diz respeito a compreender as mudanças ocorridas nas técnicas psicanalíticas com sua entrada nos hospitais psiquiátricos no século XX.

No artigo intitulado *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (1919-1918/ 1996), Freud afirma não se vangloriar de um acabamento definitivo de sua ciência, estando sempre aberto a ampliar seu conhecimento e a aprender novas coisas. Diz ainda estar disposto a alterar os métodos, desde que mantidos os seus fundamentos. Com a inserção das práticas psicanalíticas nos hospitais, a necessidade de uma reconfiguração se tornou inevitável neste espaço. Questões como honorários, férias, dia e horário das sessões não são definidos entre o paciente e o psicanalista. A evolução da análise também é questionada, visto que não há uma previsão de quanto tempo o paciente permanecerá na instituição. Além disso, o próprio espaço institucional traz empecilhos e dificuldades para a atuação do analista.

É comum que a sessão seja interrompida por outro profissional que lhe fará algum procedimento médico como administração de medicamentos ou troca de curativos, que, se adiados, podem colocar em risco a saúde do paciente. Há ainda a possibilidade de interrupção da sessão por pacientes dos leitos ao lado ou mesmo familiares, acompanhantes ou visitas. Nesses casos, cabe flexibilidade e manejo das situações em comum acordo com o paciente e demais elementos da cena (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2014, p.161).

Um exemplo dessas interrupções é encontrado no testemunho de Cançado. A autora se mostra profundamente incomodada quando sua sessão foi interrompida, se sentindo extremamente desrespeitada. Quanto a esse episódio, escreveu

Dr. A. não me parecia absolutamente à vontade. A Psicoterapia exige muito do terapeuta, é prejudicial interromper levemente a conversa com o paciente. Traz dispersão, perda de tempo, quebra a unidade de tratamento. Ele parecia não se sentir bem diante da atitude de dr. J. em relação a mim, mas até constrangido: dr. J. se portava como se eu fosse um objeto de sala. Sem tomar conhecimento de mim, falava de várias coisas, especialmente de futebol. Daí eu ficar sabendo ser ele Fluminense e dr. A., Botafogo (CANÇADO, 2016, p. 42)

Na citação acima, é possível identificar problemas que ocorrem em um ambiente hospitalar, como, por exemplo, falhas na comunicação de que naquele momento o tratamento não poderia ser interrompido. A entrada da psicanálise nos hospitais psiquiátricos ocasionou uma mudança em todo o *setting* analítico. Este é conceituado por Zimerman (2007) como sendo a soma do espaço físico e dos procedimentos que viabilizam, normatizam e organizam o surgimento de um processo psicanalítico. Assim, os psicanalistas que passaram a atuar nos hospitais precisaram aprender a lidar com uma série de dificuldades cotidianas, impostas pelas exigências das próprias instituições, sem se distanciar dos fundamentos psicanalíticos.

Como foi dito por Machado (2011), a inserção da psicanálise nos hospitais não ocorreu de modo linear no país. Por ser vice-diretor do hospital, foi possível ao Dr. A. oferecer um tratamento de base psicanalítica em uma sala privada. Através da leitura do diário de Cançado (2016), não aparentou, a princípio, que o Dr. A. tenha enfrentado quaisquer resistências da instituição na inserção dessa prática. Esse não foi o mesmo cenário encontrado por outros profissionais, como, por exemplo, Sonia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida, ambas psicanalistas e psicólogas, que iniciaram suas práticas clínicas em hospitais na década de 1970 (2005<sup>7</sup> *apud* MACHADO, 2011).

Seus relatos iniciam no ano de 1976 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) e no ano de 1977 no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG). Infelizmente não pude ter acesso aos textos originais, visto que não foram encontrados exemplares da publicação à venda. No entanto, acredito que o testemunho das autoras deve ser transmitido, tamanha a sua importância e a contribuição pertinente à temática.

As experiências relatadas por Alberti e Almeida se iniciam justamente na década de 1970, quando ocorria o *boom* psicanalítico que acabou sendo monopolizado pela psiquiatria no país (RUSSO, 2002b). Seguindo os mesmos rumos do modelo americano, fazer a formação psicanalítica se tornou o passo seguinte por aqueles que se tornaram psiquiatras, segundo a autora. O contexto deste período não era favorável às duas psicanalistas, visto que a psicanálise

---

<sup>7</sup> ALBERTI, Sonia; ALMEIDA, Consuelo Pereira. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 55-71.

era exercida majoritariamente por psiquiatras. Apesar da clínica psicanalítica ser totalmente independente de qualquer outra ciência, segundo o postulado de Freud (1926/2017), na prática era e ainda é comum que a psicanálise seja do interesse de outros profissionais.

Diante desse cenário, Alberti e Almeida (2005 *apud* MACHADO, 2011), se depararam com as dificuldades de inserir a psicanálise nos espaços hospitalares e sustentá-la. As autoras relatam que na época havia uma resistência tanto pelas instituições como pelos próprios psicanalistas, que não acreditavam em um trabalho psicanalítico fora do *setting* analítico (ou seja, sem as durações das sessões delimitadas e outras regras instituídas pela Associação Internacional de Psicanálise, a IPA). Dessa forma, descredibilizavam qualquer tentativa de se fazer psicanálise em outros formatos, como no ambiente hospitalar.

Um outro ponto levantado pelas autoras é que na década de 1970 apenas médicos eram autorizados a realizar sua formação psicanalítica na IPA no Rio de Janeiro, o que contrariava o preceito de Freud no artigo *A questão da análise leiga* (1926/2017), discutido previamente. Caso um não-médico quisesse optar pela formação, ele só poderia exercer a prática clínica sob o controle de um médico (ALBERTI; ALMEIDA, 2005 *apud* MACHADO, 2011). Mesmo diante dos muitos obstáculos e empecilhos postos, Alberti e Almeida relatam que alguns analistas começaram a trabalhar nos hospitais buscando supervisão com psicanalistas fora das instituições hospitalares. Dessa forma, trataram os casos como fariam em seus consultórios, o que desconsiderava certas configurações próprias do ambiente hospitalar.

Diante desse cenário, as autoras identificaram que, na década mencionada, a inserção da psicanálise nos hospitais ocorreu de forma tímida e isolada, através do trabalho de diferentes psicanalistas pioneiros no país. O que ocasionou um desconhecimento histórico sobre os fatos da inserção da psicanálise como um tratamento hospitalar. Os psicanalistas que começaram a inserir as práticas psicanalíticas nos hospitais psiquiátricos no século passado precisaram lidar com uma série de questões complexas. Além de se preocuparem em manter os fundamentos da psicanálise em um novo *setting*, eles precisavam descobrir como lidar com as imposições das instituições, muitas vezes contrárias a psicanálise, como, por exemplo, em relação ao sigilo e a existência de prontuários.

Paralelamente, também ao final da década de 1970 um grande número de psicólogos e psicanalistas argentinos se refugiaram no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro, tentando fugir da forte repressão política ditatorial. Trouxeram com eles um novo olhar e novos questionamentos à hegemonia das sociedades psicanalíticas associadas à IPA em relação a quem poderia exercer a psicanálise, bem como promoviam formas de intervenção que



ultrapassava a ortodoxia da clínica privada (RUSSO, 2002b). Dentre elas estava a intervenção em diferentes formatos de instituições, como a hospitalar, por exemplo.

Sob tamanha influência argentina e a intensa difusão da psicanálise, a partir do final da década de 1970 começaram a surgir uma série de instituições de formação psicanalítica não vinculadas à IPA (RUSSO, 2002b). Ao ver sua hegemonia sendo ameaçada, as sociedades ligadas à IPA no país passaram a aceitar candidatos psicólogos a partir de 1980 (ALBERTI; ALMEIDA, 2005 MACHADO, 2011). Com a difusão da psicanálise para outras regiões do país além do eixo Rio de Janeiro e São Paulo, e de novas escolas psicanalíticas nos anos 1970, acrescidos ao início do movimento da reforma psiquiátrica nessa mesma década, a psicanálise passou a ocupar novos espaços (PRADO, 2016).

Conforme aponta a autora, a reforma psiquiátrica também recebeu influência do pensamento psicanalítico ao buscar reconfigurar o quadro de assistência em Saúde Mental no país, construindo novos dispositivos de assistência, problematizando a hegemonia do saber médico e os dispositivos tradicionais de tratamento da loucura. Ao serem construídas novas formas de abordar o sofrimento e adoecimento psíquico, o trabalho multidisciplinar, caracterizado por saberes e orientações diversas, incluindo o campo psicanalítico, passou a reorientar as práticas institucionais nos serviços públicos de saúde e no campo da Saúde Mental. Diante dessa perspectiva multidisciplinar, a psicanálise entrou nos hospitais, nas varas judiciárias, no acompanhamento terapêutico e em outros espaços.

### **3.2 A formação do analista**

No decorrer do subtópico anterior, foi levantada a questão de quem poderia exercer a psicanálise, a qual Freud afirmou que poderiam ser psicanalistas aqueles que fossem capacitados para isso pelas sociedades de formação psicanalítica. Retomamos essa discussão para compreendermos a razão pela qual a formação profissional do psicanalista é tão distinta. Essa singularidade se baseia sobretudo no fato de que o analista, para se formar enquanto tal, precisa se submeter ao próprio processo de análise a que ele irá exercer futuramente. Isso difere das demais profissões, pois um médico não precisa passar por procedimentos médicos para aprender a se tornar médico, o mesmo vale para toda a demais equipe hospitalar. Dessa forma, buscamos também compreender o processo pelo qual o médico psiquiatra Dr. A., responsável

pelo tratamento de Cançado, decidiu seguir para que pudesse oferecer um tratamento com base psicanalítica aos seus pacientes no hospital psiquiátrico.

Diante do fato de que os conceitos psicanalíticos só são passíveis de apreensão ao serem vivenciados no processo analítico, a aprendizagem do psicanalista ocorre através do tripé: estudo teórico, análise pessoal e supervisão clínica (BERNARDES, 2019). Conforme aponta Calligaris (2019), os moldes da transmissão psicanalítica por vezes podem parecer *a priori* confusos para uma lógica universitária, como é o caso da formação do médico psiquiatra. O autor acredita que não há um número de horas práticas ou de leitura que possa ser ensinado por outra pessoa em uma sala de aula.

Para se ‘conhecer’ o inconsciente, que vem a ser o objeto da psicanálise, é necessário experienciá-lo através da relação transferencial, para poder, então, teorizar a esse respeito (FERRAZ, 2014). Com isso, um analista em formação passa a interpretar a partir da visão adquirida através da sua experiência singular do inconsciente, advinda de seu processo de análise (CALLIGARIS, 2019). É percorrendo este caminho que se produz conhecimento em psicanálise.

Entretanto, isso não deve ser interpretado como um menosprezo pela formação teórica. Ferraz (2014) adverte que “não há teoria sem clínica, mas também não há clínica sem teoria” (p. 95). Além disso, o autor acredita que a produção intelectual acerca da teoria da clínica psicanalítica fomenta novas discussões e amplia a visão crítica com sua leitura. Como aponta Calligaris (2019), desde o século XIX, pesquisadores ao redor do mundo vêm contribuindo às ciências com diferentes pesquisas acerca do sofrimento psíquico e das motivações humanas. Para ele conhecer o essencial dessa história é fundamental para sanar muitas dúvidas e para o analista estabelecer uma íntima relação com a cultura na qual está inserido.

Um outro elemento central na formação do analista é o tratamento analítico ao qual ele mesmo se submete. Assim, ao fazê-lo, conforme aponta Calligaris (2019), o futuro analista se depara com seus desejos, motivações, sintomas e fantasias. Durante esse árduo percurso, ele descobre lembranças e pensamentos que despertam as mais variadas emoções e encontra palavras para expressar algo que não havia percebido. O que acontece é que o aparato psíquico do analista

se empresta na função de analisar, portanto é fundamental que sua análise o leve a se sensibilizar para as manifestações do inconsciente – ou expressões do psíquico, que são simbólicas – e a produzir as discriminações que lhe possibilitarão funcionar como suporte da transferência do seu analisando. O que entra em questão aqui é o fato de que o ofício de analisar não se resume a conhecimentos técnicos de um dado método de trabalho, mas pressupõe a participação do instrumento psíquico do analista na tarefa de acompanhar o analisando em sua própria descoberta. Saber analisar é “saber

não saber”, e isto difere radicalmente de outros saberes que se aplicam em outros ofícios (FERRAZ, 2014, pp. 90-91).

Com isso, pela via do inconsciente, um material, em um primeiro momento descontextualizado e desorganizado, ressurgente e se torna disponível na memória consciente do psicanalista quando o paciente apresenta um material novo e que pode estabelecer uma relação de continuidade a um material antigo (FREUD, 1912/2017a). O que diferencia a psicanálise da psicologia, da medicina, de outras práticas terapêuticas e de outras áreas do conhecimento é justamente por trabalhar o inconsciente. Por isso a importância da análise pessoal, visto que “Uma coisa é ter a notícia de que há um inconsciente, outra é ver agir em nós esse sujeito do inconsciente nos sonhos, nos lapsos, nos sintomas” (BERNARDES, 2019, p. 113). Ou seja, não basta apenas saber que o inconsciente existe. É somente através dessa experiência que se torna possível a realização de uma escuta verdadeiramente analítica.

Apesar da importância da análise pessoal, ela por si só não é a responsável pela formação psicanalítica (CALLIGARIS, 2019). Dito isso, discutiremos o terceiro pilar na formação, a supervisão. Conforme apontam Saraiva e Nunes (2007), este é um dos modelos mais antigos em nossa sociedade para se aprender um ofício, desempenhando um papel essencial no que diz respeito à transmissão de um saber. Essa troca de ensino e aprendizagem ocorre entre um profissional experiente e um iniciante, em um espaço de ensino e aprendizagem, permitindo uma comunicação consciente e inconsciente.

Em uma sessão, analista e analisante estão sozinhos no ambiente. Nesta configuração, o analista iniciante pode apresentar dificuldades em manter sua escuta flutuante, passando-lhe despercebido importantes elementos da análise (ZASLAVSKY et al., 2003). Em uma supervisão, o supervisionando busca de forma mais aproximada relatar a sessão psicanalítica, e o supervisor, por sua vez, o estimula a identificar suas próprias dificuldades (FERRAZ, 2014; ZASLAVSKY et al, 2003). É válido ressaltar que por mais que haja um efeito analítico na supervisão, em que o analista supervisionado descobre coisas de si, ela não deve ser confundida com o processo de análise, visto que suas propostas são distintas (FERRAZ, 2014). As supervisões podem ocorrer tanto individualmente (entre um supervisor e um analista) como em um grupo.

Dentre as dificuldades encontradas pelo psicanalista em sua atuação, uma delas é a transferência [*Übertragung*]. Esta consiste em um processo que ocorre em relação analítica na qual os desejos inconscientes aparecem e são atualizados sobre determinados objetos, situações ou indivíduos. Nela é como se padrões infantis se repetissem na atualidade (LAPLANCHE; PONTALIS, 1991). Conforme descreve Pallares (2008), a transferência ocorre em todas as

relações humanas, de modo espontâneo. Apesar de os obstáculos causados pelo fenômeno da transferência serem muitos, esta é essencial ao tratamento analítico, como Freud enunciou em 1912, em seu artigo intitulado *Sobre a dinâmica da transferência*. Estamos sujeitos a viver repetições regularmente, a qual Freud afirma que seriam o que chamamos popularmente de clichês. Há nisso um processo inconsciente, o qual permite que estas repetições sejam reeditadas na medida em que as condições externas e a natureza permitirem (FREUD, 1912/2017b).

Essas repetições ocorrem também durante a análise, visto que o investimento libidinal [*Libidobesetzung*] se volta para a figura do analista. As peculiaridades dessa relação transferencial ultrapassam as representações conscientes, alcançando aquelas produzidas de forma inconsciente. Assim, na clínica, o paciente estabelece uma relação transferencial com o analista, como se esse representasse a imagem de seu pai, da sua mãe, de um irmão etc. Dessa forma, o complexo patogênico é transferido para a figura do analista. Entretanto, se a relação transferencial não se desenvolve durante as sessões ou acaba, não é possível que haja trabalho analítico. Assim, o processo de transferência se repete durante todo o processo analítico, não ocorrendo uma única vez, mas, sim, sempre que há uma aproximação do complexo patogênico (FREUD, 1912/2017b). O analista deve estar atento à contratransferência [*Gegenübertragung*] que nele surge, ou seja, suas reações e sentimentos inconscientes despertados por sua relação com seus pacientes (FREUD, 1910/ 1974).

Além do manejo da transferência, o analista deve estar atento a um fenômeno corriqueiro e comum que costuma ocorrer em análise, a de que o paciente se apaixone pelo analista, o denominado amor de transferência. Durante o tratamento de Cançado, ela se apaixonou por Dr. A. Podemos acompanhar o desenvolvimento do seu amor transferencial em diversos trechos de seu diário, como o registro feito ainda no início do seu tratamento:

Ela vai dizer que estou apaixonada pelo médico. Acabará dizendo. Sinto-me excitada, desejo vê-lo amanhã. Dr. A. é simpático, todos dizem. Começo a achá-lo bonito. Olhos oblíquos, boca bem feita, dentes brancos, nariz pequeno e um tanto arrebitado. Gosto de nariz arrebitado. Já escrevi que não é branco. Julgo-o sensual. Considero-o assim. Creio que desejo que ele seja assim. (Devo estar muito doída, é de manhã, cheguei agora do pátio onde dona Dalmatie tem uma ocupação terapêutica, faz um dia lindo e ensolarado.) (CANÇADO, 2016, p. 55).

Segundo Calligaris (2019), o termo amor de transferência sugere que, por mais que o amor do analisante pelo analista possa ser sincero, na verdade ele seria endereçado a outra pessoa. Em outras palavras, esse enamoramento não estabelece uma relação direta com o psicanalista, já que isso não ocorre por características próprias do analista, mas ao que o

paciente projeta na figura do analista. Por isso, essa afeição deve ser vista como um produto da transferência (FREUD, 1915 [1914] / 2017).

O que ocorre é que esse enamoramento é fruto de uma idealização, segundo a qual o paciente supõe e enxerga seu analista como o detentor de um saber oculto que pode levá-lo ao caminho da felicidade (CALLIGARIS, 2019). O amor de transferência é real, como em qualquer outro relacionamento, visto que todos nós idealizamos nosso objeto de amor “para verificar que somos amáveis aos olhos de nossos próprios ideais” (CALLIGARIS, 2019, p. 89). No entanto, o autor acredita que diferente de outras relações amorosas, um relacionamento entre um analista e o analisante impede que este último alcance uma cura.

Com isso, como aponta o autor, o fenômeno da transferência permite que o paciente possa viver e reviver padrões afetivos e paixões que foram ou são dominantes em sua vida. No entanto, podem trazer uma complicação para o andamento do trabalho terapêutico. É possível identificarmos essa dificuldade no relato testemunhal de Cançado sobre o atendimento psicanalítico no hospital.

A presença de dr. A. deixa todas as doentes excitadas, falando, procurando atrair sua atenção. Até as velhas. Não sou assim: no princípio ignorava-o, aparentemente. Só ia ao consultório quando chamada. Agora vou, naturalmente, entro bem séria, completamente sonsa, dou bom-dia, falo umas coisas realmente importantes. Convida-me a sentar e começamos a conversar. É o tratamento. Pra mim é mais que um tratamento. Sinto tamanha necessidade que alguém me ouça. Como gostaria de ser amada (CANÇADO, 2016, p. 63)

Quanto a isso, Freud advertiu seus colegas de profissão sobre a contratransferência e sobre o enamoramento de pacientes durante a análise no artigo intitulado *Observações sobre o amor transferencial* (1915[1914] / 2017). Ele começou instruindo os iniciantes em psicanálise de que as maiores dificuldades encontradas residem no manejo da transferência. Diante desse cenário, o analista e o paciente podem encerrar o trabalho, o que é contraproducente e não é o indicado por Freud, ou seguirem com a análise. Entretanto, não há uma resposta universal no que diz respeito a lidar com o outro e com o inconsciente. Por isso, o criador da psicanálise faz recomendações acerca das possíveis dificuldades encontradas pelos psicanalistas. Para o autor

Convidar a paciente a à repressão da pulsão [*Triebunterdrückung*], à sua renúncia e à sublimação assim que ela confessar sua transferência amorosa não é agir analiticamente, mas agir sem sentido algum [...] Nesse caso teríamos apenas chamado o recalcado à consciência para que ele, amedrontado, fosse novamente mandado embora (FREUD, 1915[1914]/ 2017, p. 171).

Nesse caso, o psicanalista vienense adverte que tal prática poderia fazer com que o paciente se sinta rejeitado e procure se vingar durante o tratamento analítico por isso. Outro caminho que não é recomendado por Freud é seguir por vias de correspondência do sentimento

apresentado pelo paciente, podendo o analista se deixar levar pelos sentimentos afetuosos do paciente. Para o autor

Seria um grande triunfo da paciente se a sua corte tivesse sido correspondida, e seria também uma total derrota para o tratamento. A doente teria conseguido o que todos os doentes em análise almejam: colocar algo em movimento, repetir na vida aquilo que apenas deve lembrar, reproduzir como material psíquico e manter no âmbito psíquico. No decorrer da relação amorosa, ela traria à tona todas as inibições e reações patológicas de sua vida amorosa, sem que seja possível uma correção, e ela fecharia a dolorosa vivência do remorso e um grande fortalecimento de sua tendência ao recalque. A relação amorosa, justamente, coloca um ponto final na capacidade de ser influenciada [*Beeinflussbarkeit*] através do tratamento analítico; a junção das duas coisas está fora de cogitação (FREUD, 1915[1914]/ 2017, p. 173).

Nada prepara um jovem psicanalista para lidar com a transferência. A recomendação de Freud àqueles profissionais que vêm se deparando com essa dificuldade na clínica é que se deve evitar desviar da transferência amorosa; ao passo que não se deve correspondê-la. Quando o psicanalista se mostra não constrangido com as tentativas amorosas, mas, sim, como uma situação a ser enfrentada em análise, há como fazer a transferência ser analisada. Com isso, ao reconduzir a transferência às suas origens inconscientes, Freud acredita que esse movimento de enfrentamento pode vir a ajudar a tornar conscientes os elementos ocultos da vida amorosa do paciente (FREUD, 1915[1914] / 2017).

Fica clara a importância de o analista saber conduzir a situação de forma profissional, permitindo com que através dela o analisante possa lidar com suas questões amorosas. Além de ser possível, através dos trechos selecionados do testemunho de Cançado, realizarmos uma articulação com a teoria da clínica psicanalítica, também é possível a partir dele observar uma aproximação entre a medicina psiquiátrica e a psicanálise em seus relatos. No entanto, ambas começaram a se afastar a partir da segunda metade do século XX.

A psiquiatria se distanciou da psicanálise e se aproximou da indústria farmacêutica, adotando o uso medicamentoso como prática terapêutica. O que consecutivamente mudou a forma de atuação e formação dos psiquiatras. Acreditamos que essa discussão tem um amplo valor para a compreensão histórica e cultural do afastamento da relação entre a psiquiatria e psicanálise, deixando a futuros pesquisadores indagações de como esse distanciamento modificou as práticas institucionais em hospitais psiquiátricos nos dias de hoje.

### **3.3 O distanciamento entre a psiquiatria e a psicanálise a partir da segunda metade do século XX**

Durante a reconstituição da história da psiquiatria ao longo do século passado, Russo e Venâncio (2006) estabeleceram uma relação de proximidade entre a psiquiatria e a psicanálise. No entanto, a mudança de uma psiquiatria fortemente influenciada pela teoria da clínica psicanalítica para se tornar fortemente influenciada pela indústria farmacêutica ocorreu quando a psiquiatria desenvolveu uma metodologia de trabalho e uma nomenclatura diagnóstica em volta da prescrição medicamentosa, tornando-a a sua principal ferramenta terapêutica (AGUIAR; ORTEGA, 2017). Essa nova abordagem se concretizou com a publicação do DSM-III, sobre o qual iremos discorrer mais adiante.

No segundo capítulo, no subtópico 2.3, discutimos brevemente o surgimento do DSM e como esse passou a ser amplamente adotado no meio médico brasileiro. O antecessor do DSM, publicado em 1918, foi criado a partir de dados estatísticos vindo dos hospitais psiquiátricos a pedido do departamento do censo estadunidense, através do sistema de categorização usado pelo exército. Nele constavam vinte e duas categorias; entre elas, destacam-se a psicose, melancolia, psiconeuroses e neuroses. Essas categorias nosológicas foram apresentados pela psicanálise e foram aceitas pela psiquiatria da época, visto que até a Segunda Guerra Mundial, a psicanálise e a psiquiatria estabeleceram uma relação de proximidade acerca das psicopatologias (MARTINHADO; CAPONI, 2019).

A primeira edição do DSM, publicada pela APA em 1952, surgiu a partir do empreendimento coletivo envolvendo pesquisadores que expressavam orientações teóricas e clínicas distintas (DUNKER; NETO, 2011b). Tinha por objetivo estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos no território estadunidense e estabelecer uma padronização nas categorias de doenças, apesar de, nesse primeiro momento, ainda não estar bem definido os limites do normal e do patológico. Com esse propósito, ele surge em sua primeira versão com cento e seis categorias, tendo predominantemente como base o enfoque psicanalítico. Além da psicanálise exercer grande influência quanto à compreensão das doenças mentais, ela também se apresentou como um possível tratamento (RUSSO, VENÂNCIO, 2006). Este primeiro manual também foi idealizado sob a forte influência do sistema diagnóstico do psiquiatra Adolf Meyer, segundo o qual a racionalidade diagnóstica deveria levar em consideração a situação de vida e a história das pessoas (DUNKER; NETO, 2011a; MARTINHADO; CAPONI, 2019).

Neste sistema diagnóstico de Meyer havia uma predominância de categorias psicodinâmicas (DUNKER; NETO, 2011a). Freud utilizou o termo psicodinâmico ao compreender que forças psicológicas, principalmente os impulsos inconscientes, agiam nos processos dinâmicos e nos comportamentos humanos. Durante sua clínica, no início de seu percurso, ele pôde observar que seus pacientes exibiam sintomas patológicos mesmo que

possíveis diagnósticos biológicos fossem descartados. Esses mesmos sintomas não conseguiam ser suspensos de forma consciente pelos pacientes. Dessa forma, Freud concluiu que havia em seus casos algo inconsciente que neles atuava (DUNKER; NETO, 2011b). A partir dessa teorização, diferentes autores e abordagens passaram também a estudar o campo da psicodinâmica.

Quanto à Meyer, essa não foi sua única contribuição durante a criação do manual sob influência psicanalítica. Ele se tornou professor de psiquiatria na Johns Hopkins University, no ano de 1910. Nesse momento, já era membro da Associação Psicanalítica Americana e elogiava o método de análise de Freud e sua interpretação dos sonhos. Influenciado sob tais circunstâncias, antes mesmo da preparação do DSM, ele se dedicou à extensa sobreposição de categorias psiquiátricas e psicanalíticas existentes na época. Dessa forma, sob influência das ideias de Meyer, surgem categorias classificatórias que recebem sobreposição direta ou parcial de categorias que também eram encontradas na psicopatologia psicanalítica. Dessa forma, a avaliação da doença mental abarcava tanto as condições biológicas/orgânicas como o contexto social (DUNKER; NETO, 2011b).

A segunda versão do DSM foi publicada no ano de 1968 e apresentava cento e oitenta e duas categorias. Esse modelo não foi bem recebido pela comunidade científica por ter deixado alguns conceitos vagos (MARTINHADO; CAPONI, 2019). De acordo com os autores Dunker e Neto (2011), a então associação entre histeria e feminilidade ou homossexualidade e perversão causou grande revolta em diferentes grupos da sociedade. Após sua publicação, recebeu fortes críticas e protestos contra o que era postulado. Ter um manual que representasse tais ideias se tornava um instrumento referendado para que o Estado e as instituições educacionais, jurídicas, médicas e de pesquisa se utilizarem desse documento para a repressão política, assim como para segregar minorias e promover a discriminação.

Diante das polêmicas, o DSM foi revisado em 1974 e 1975, tendo sido publicada sua terceira versão em 1980 (DUNKER; NETO, 2011a). Tinha como objetivo melhorar a padronização e a validade dos diagnósticos psiquiátricos, não apenas nos Estados Unidos da América, mas em todo o mundo. No que diz respeito a essa padronização, o DSM adotou a perspectiva de transtornos mentais. Isso porque ao falarmos de doença, isso implica em “uma etiologia, uma agrupação de sintomas, um curso e um prognóstico, bem como uma certa resposta ao tratamento” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 7). Entretanto, a justificativa para a adoção da noção a-teórica de ‘transtorno mental’ é a de que grande parte dos quadros psiquiátricos não é possível determinar os fatores etiológicos nem os processos patológicos subjacentes.



Na busca de evitar as críticas de que o diagnóstico da etiologia dos transtornos mentais eram subjetivas e que contavam com o conteúdo inferido pelo clínico, o DSM III procurou se basear naquilo que é possível ser testado e verificado. Dessa forma, os transtornos passaram a ser classificados por critérios que fossem sujeitos à mensuração empírica e à observação (RUSSO, VENÂNCIO, 2006). Assim, classificou a desordem mental como uma síndrome clínica significativa, podendo ser tanto comportamental como psicológica (DUNKER; NETO, 2011a).

O DSM-III foi escrito com um modelo de regulamentação, abandonando as noções psicodinâmicas e fisiológicas dos projetos anteriores. Ou seja, este se torna um sistema classificatório, buscando uniformizar o sistema clínico diagnóstico em psiquiatria através de uma definição descritiva-terminológica. Nele, o conceito de neurose é abandonado por ser considerado vago e não científico pelo Conselho de Administração da APA. Assim, utilizam o termo pela última vez e o incluem como uma forma de incapacidade e desordem, mas descaracterizado de uma conceituação psicanalítica (DUNKER; NETO, 2011a).

O que observam Russo e Venâncio (2006) é que, diferente das duas versões anteriores que mais se assemelhavam a códigos administrativos para a psiquiatria americana, o DSM III se transformou em uma bíblia psiquiátrica. Sua classificação a-teórica, neutra e generalizável, que se distanciava do meio social e cultural, levou à globalização da psiquiatria estadunidense. Um outro fator que culminou na ampla adesão desse manual foi devido a seu formato diagnóstico com uma objetiva descrição de sintomas, bem como claros critérios de inclusão e exclusão em categorias. Esse tipo de delimitação e definição descritiva era possível de ser observada em ensaios clínicos randomizados, o que era de grande interesse da indústria farmacêutica, que financiou tais pesquisas. Segundo as autoras, isso ocorria devido à necessidade de se testar a eficácia de novos medicamentos para que fossem comercializados no mercado.

A agência reguladora americana *Food and Drug Administration* (FDA) exige, para a aprovação e liberação de um medicamento psiquiátrico, a apresentação de pesquisas que possam ser replicadas por parte do laboratório. Essas exigências acabaram por propagar a lógica diagnóstica do DSM-III, tanto por laboratórios americanos como por laboratórios estrangeiros que queriam comercializar seus medicamentos em território estadunidense. A área de periódicos científicos também passou a adotar essa lógica diagnóstica e a terminologia (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Os primeiros medicamentos psicotrópicos foram criados quase duas décadas antes da publicação do DSM-III, em 1952, também em um período posterior ao pós-guerra. Estes até

então eram empregados na prática clínica sem que qualquer vertente psiquiátrica teorizasse a respeito (AGUIAR; ORTEGA, 2017). Em período relativamente curto, a indústria psicofarmacológica teve um grande desenvolvimento:

Podemos citar como marco inicial dessa revolução o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina. Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid (IMAO – Inibidor de Monoamino-oxidase). No campo dos tranqüilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meprobomato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranqüilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepan (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 463).

Assim, sua terceira versão representou um novo paradigma na psiquiatria, no qual esta passou a adotar o tratamento medicamentoso como prática clínica. Por outro lado, representou um distanciamento à lógica psicanalítica, de modo que cada caso é analisado individualmente e discutido com profundidade (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). A psicofarmacoterapia e as descobertas de cunho neurocientífico alcançaram as massas populacionais através de jornais e revistas de grande circulação. A neurociência alcançou tamanha importância a ponto de a comunidade científica girar em seu entorno, tendo sido declarado os anos 1990 como a década do cérebro pelo então presidente americano George Bush (RUSSO, 2002b).

As versões posteriores do DSM continuam sendo lançadas sob a mesma lógica, apenas se tornando mais extensas e criando mais categorias meramente descritivas. Essas mudanças invariavelmente transformaram as práticas institucionais adotadas nos hospitais psiquiátricos. Revisitá-las nos permite refletir sobre as mudanças que ocorreram durante o século passado e quais são as consequências no presente já que, as práticas institucionais são um produto da cultura e do meio social na qual estão inseridas. Isso nos leva às nossas ponderações finais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diários de Lima Barreto e de Maura Lopes Cançado forneceram uma base sólida para a compreensão das questões sociais, da marginalização da loucura e de suas experiências enquanto pacientes de hospitais psiquiátricos no século passado. Através de suas obras literárias, diferentes debates públicos puderam ser estimulados, como na presente pesquisa, acerca das práticas institucionais. Junto aos autores utilizados para a fundamentação teórica desta pesquisa, através da análise de dados, alguns elementos comuns apareceram na narrativa da internação de Lima Barreto, entre os anos de 1919 e 1920, e de Cançado, entre os anos de 1959 e 1960, conforme o recorte escolhido. Dentre os aspectos similares ficou evidente a estigmatização enfrentada pelos pacientes em instituições psiquiátricas, as condições de negligência e as mais variadas formas de violência sofridas.

Visando abarcar o que foi proposto, o primeiro capítulo serviu para que introduzíssemos importantes elementos da nossa investigação. A escolha da utilização dos registros dos autores Barreto e Cançado puderam ser vistos sob duas diferentes perspectivas. Uma delas foi sob o ponto de vista psicanalítico, em relação a importância que Freud descreveu o processo que observou nos escritores/poetas, afirmando que estes escrevem sobre seus desejos, fantasias ou algo que à outras pessoas causam certa repulsa. Os escritores/poetas conseguem expressar em palavras os grandes dramas e conflitos da humanidade (FREUD, 1908/2015). Neste mesmo capítulo, apresentamos também um outro ponto de vista acerca da escolha do diário dos autores privilegiados com base na interpretação da literatura testemunhal. Nessa visão, o escritor desempenha o fundamental papel de testemunha. O fato de o autor ter vivenciado um evento traumático faz com que ele, através da subjetividade em suas obras, nos insira e nos faça compreender um determinado universo sociocultural (ROVAI; TEIXEIRA, 2016; SELIGMANN-SILVA, 1998).

Estas duas visões, apesar de serem interpretações distintas acerca do papel que o escritor pode vir a desempenhar, não são excludentes, justificando a escolha das obras *Diário do hospício* (1953/2017) e *Hospício é deus* (1965/2016). Ao nos debruçarmos nesses documentos,

nos deparamos com temas sensíveis, pois cada obra nos ofereceu uma experiência individual e psicológica do que foi vivido durante a internação dos seus autores, nos revelando humilhações e sofrimentos que outras pessoas poderiam ter ocultado, conforme o que foi dito por Freud. Entretanto, as obras analisadas não dizem respeito apenas a uma experiência individual, mas retratam o cenário ao qual os pacientes de internações psiquiátricas foram submetidos à época, extrapolando a representação apenas do que vivenciaram os autores, ideia que vai ao encontro do que defende a literatura testemunhal.

Seus escritos se tornam um documento para ser compreendido o contexto histórico-social de como eram tratados os loucos, bem como operavam as instituições psiquiátricas e as práticas institucionais aplicadas. Como visto, essas últimas mencionadas dizem respeito tanto ao contexto histórico político, como o ideológico e técnico científico. Essa conceituação abarca também as intervenções produzidas nos pacientes no ambiente institucional.

Ao mesmo tempo em que seus testemunhos se tornaram um documento, a escrita de seus diários pareceu ter uma importância para ambos os autores, como uma medida terapêutica. Em meio a um ambiente que frequentemente minimizava as singularidades e buscava padronizar os pacientes na maior parte do tempo, suas obras serviram como uma forma de darem voz a suas emoções durante aquele árduo período. Ambos descreveram sua experiência enquanto internados como sendo traumática. A percepção que tinham sobre o hospital psiquiátrico estava majoritariamente relacionada às práticas violentas dos profissionais, sejam eles guardas, enfermeiros ou médicos, que, tinham o costume de os tratar de forma desumanizada, ao baterem neles e proferirem ameaças ou frases ofensivas. A própria estrutura hospitalar foi descrita pelos autores como um local semelhante a uma prisão.

Quanto ao movimento exercido pela psiquiatria, esta ciência teve um destaque na discussão por ocupar um lugar central e hegemônico nos hospitais psiquiátricos. Ao longo da pesquisa, através da narrativa de Lima Barreto, pudemos acompanhar o início da atuação psiquiátrica no país. Neste momento, a psiquiatria ainda era muito influenciada por ideias advindas do século XIX, voltadas para um tratamento moral, baseado na premissa de que a cura das doenças advinha de uma proposta de reeducação do doente e no uso de práticas punitivas.

Com o passar das décadas, até chegarmos no testemunho de Cançado, vimos novas correntes influenciando a psiquiatria, como a organicista, as ideias eugenistas e até mesmo a psicanálise.

Ao nos depararmos com os escritos de Maura Lopes, pudemos durante o trabalho discorrer sobre a inserção de novas formas de tratamento, tais como a ECT, lobotomia, a terapia do choque insulínico e o uso dos psicofármacos. Apesar de essas intervenções terem sido consideradas avanços científicos à época e das propostas serem, em geral, para reduzir ou ainda eliminar determinados sintomas, como visto ao longo do segundo capítulo, muitas vezes essas práticas serviram como punição aos pacientes. Isso nos revela uma perpetuação, da mesma lógica punitiva vista em Lima Barreto e nos séculos anteriores, não sendo a violência institucional vista como um problema que devesse ser combatido.

Todavia, começaram a surgir novas ferramentas terapêuticas que passaram a ser apreciadas pelos internos, como o serviço de ocupação terapêutica e a psicoterapia de base psicanalítica, realizada dentro do Hospital Gustavo Riedel. Além das descrições de tais práticas, o diário da autora nos forneceu elementos para nos debruçarmos sobre a chegada da psicanálise no país. Como vimos no terceiro capítulo, não há uma clareza quanto à história de inserção da psicanálise nos hospitais psiquiátricos no Brasil, na qual muitos eventos foram marcados por acontecimentos singulares e locais. Através do material analisado na obra de Cançado foi possível, mesmo que focalmente, termos um exemplo dessa entrada.

Assim, para elucidar as considerações finais deste estudo, resgata-se a pergunta norteadora: como a literatura testemunhal, segundo o recorte temporal feito pelas duas obras mencionadas, pode vir a contribuir com as discussões sobre as práticas institucionais nos hospitais psiquiátricos? Para encaminhar essa questão foi adotada o uso da metodologia qualitativa, que foi de grande importância para compreender, interpretar e analisar, de forma crítica, o objeto de pesquisa estudado. A conclusão constatada é que o uso da literatura testemunhal nos permitiu acompanhar assuntos de interesse da área da Saúde Mental pela perspectiva dos pacientes, como os malefícios ou benefícios dos tratamentos e das práticas que eram a eles ofertados. Nos hospitais psiquiátricos, vimos que por muito tempo diferentes formas de violência estiveram presentes nestes espaços de assistência e de cuidados em saúde. É necessário que estejamos sempre atentos a possíveis retrocessos e práticas que possam vir a ocultar as necessidades dos pacientes, e frequentemente nos questionarmos se não estarmos

apenas seguindo manuais e protocolos. Dessa forma, é necessário refletir se determinadas práticas promovem ou não o respeito e a subjetividade dos pacientes psiquiátricos.

O objetivo geral da pesquisa foi o de investigar e problematizar as práticas institucionais à luz dos testemunhos de Cançado e Lima Barreto. Os objetivos específicos, por sua vez, visavam analisar de que forma a literatura testemunhal poderia contribuir para a reconstituição de linhas narrativas históricas e compreender o contexto sócio-histórico-cultural ao qual as práticas institucionais psiquiátricas eram aplicadas. Os diários dos escritores nos fizeram refletir acerca da cultura e das práticas institucionais que os cercavam. Por mais que tenham se considerado sem voz durante suas internações, as denúncias feitas pelos autores continuam ecoando através das suas páginas publicadas. Apesar de se concentrar no século passado, essa temática se desdobra no presente, ao nos questionarmos quais as melhores maneiras dos profissionais de saúde mental atuarem.

Realizar uma pesquisa que abarcasse todas as mudanças no campo psiquiátrico durante o século XX não seria viável em um curso de mestrado. No entanto, acreditamos que as discussões aqui iniciadas podem ser ampliadas por outros pesquisadores e contribuir para futuras pesquisas. A pesquisa também serve ao propósito de manter vivo o debate em relação ao isolamento e à segregação dos portadores de transtornos mentais na atualidade, evitando a perpetuação de práticas abusivas.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Marcela Peralva; ORTEGA, Francisco Javier Guerrero. Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 889-910, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/889-910/>>. Acesso em: 29 de jan. de 2023.
- ALVES, Claudia. Positivismo no século XIX. **Revista ENFIL: Revista encontros com a filosofia**, [s. l.], Ano 1. n. 1, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/enfil/article/view/40457/23289>>. Acesso em: 12 de fev. de 2022
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. A “revisão de literatura” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis - o retorno. In: BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria Netto (Org.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações**. São Paulo: Cortez, 2002, p. 25-44.
- ANDRADE, Mauro Cordeiro. **A experiência de Freud: escrita e invenção da psicanálise**. 2008. Tese (Doutorado) – Pós-graduação em Letras: Estudos Literários, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECAP-7CTFZU/1/a\\_experi\\_ncia\\_de\\_freud\\_\\_escrita\\_e\\_inven\\_\\_o\\_da\\_psicanalise\\_mauro\\_andrade.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECAP-7CTFZU/1/a_experi_ncia_de_freud__escrita_e_inven__o_da_psicanalise_mauro_andrade.pdf)> Acesso em: 15 de jan. de 2022
- ANTONELLO, Diego Frichs. Testemunhar – um modo de compartilhar o trauma. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 22, p. 180-189, 2019. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1809-44142019002005>>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/agora/a/WvfhSZWHZN5dHjJNXTX74Mq/?lang=pt>>. Acesso em: 8 de ago. de 2022
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.
- AROSO, Guido. Literatura e testemunho, a escrita do eu em choque: o trauma, sua memória. **Revista Athena**, v. 13, n.2, p. 80-94, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/athena/article/view/2895/2287>>. Acesso em: 10 de jun. de 2021
- AUGUSTO, Amélia. Metodologias quantitativas / metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. **Fórum Sociológico** [online]. Série II, n. 24, 2014. p. 73-77. DOI: <<https://doi.org/10.4000/sociologico.1073>>. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/sociologico/1073>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023
- BARBOSA, Francisco de Assis. **A vida de Lima Barreto**. 11 ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2017.
- BARRETO, Afonso Henrique de Lima. **Diário do hospício; O cemitério dos vivos**. 1 ed. São Paulo: Companhia das letras, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF 06 abr. 2001. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 22 de jul. de 2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf) Acesso em: 19 de mai. de 2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura**: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura\\_apostila\\_monitoria.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf)>. Acesso em 15 de jun. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. [Brasília], Ministério da saúde, 2019. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em: 12 de abril de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 27 de junho de 2022. **Saúde Mental**. <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20%C3%A9%20uma%20a%C3%A7%C3%A3o%20do,cuidados%20espec%C3%ADficos%20em%20sa%C3%BAde%20mental>> Acesso em: 27 de jun. de 2022.

BENTIVOGLIO, Julio. Os pontos cegos da História: a produção e o direito ao esquecimento no Brasil – breves notas para uma discussão. **OP SIS**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 378–395, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufcat.edu.br/Opsis/article/view/30129/18070>>. Acesso em: 20 de jun. de 2022.

BERNARDES, Walesca de Lima Faria. Como se forma um psicanalista? **Reverso**, Belo Horizonte, v. 41, n. 77, p. 111-117, jan./jun. 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952019000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952019000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 de nov. de 2022.

BOSI, Ecléa. A pesquisa em memória social. **Psicologia USP**, v. 4, n. 1-2, p. 277-284, 1993. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34480>>. Acesso em: 20 de abr. de 2022.

BRUM, Eliane. Prefácio: os loucos somos nós [2013]. In: **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.

CALLIGARIS, Contardo. **Cartas a um jovem terapeuta**: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos. São Paulo: Planeta Estratégia, 2019.

CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é deus**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.



CANDIDO, Antônio. **Literatura e sociedade**. 8 ed. São Paulo: T. A. Queiroz/Publifolha, 2000.

CAREZZATO, Fabio; REALE, Diva. Formação do psiquiatra: a Psicanálise como forma de resistência à Psiquiatria neoliberal. **Revista Lacuna**, n. 2, 6 dez. 2016. Disponível em: <<https://revistalacuna.com/2016/12/06/n2-04/>>. Acesso em: 15 de jun. de 2021.

CARNEIRO, Cláudia Aparecida. A natureza leiga da psicanálise. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 36 (1/2), 91-106, 2019/2020. Disponível em: <[https://www.spbsb.org.br/site/images/Novo\\_Alter/2019\\_2020/Claudia\\_Carneiro.pdf](https://www.spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2019_2020/Claudia_Carneiro.pdf)>. Acesso em: 18 de dez. de 2022

CCMS. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Página inicial. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php>>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. A psicanálise nos tempos da ditadura. **Pulsional**. Revista de psicanálise, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 64-80, 2009. Disponível em: <<http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2022/02/texto45.pdf>>. Acesso em: 27 de julho de 2022.

CORBISIER, Cláudia. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 279-299. E-book. Disponível em: <<static.scielo.org/scielobooks/htjgj/pdf/amarante-9788575413197.pdf>>. Acesso em: 29. de jul. de 2021

CORRÊA, Luiz Nilton. **Metodologia Científica: para trabalhos acadêmicos e artigos científicos**. Florianópolis: Do Autor, 2008.

DA COSTA MELO, Anastácia Mariana. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 201-213, 2012. Disponível em: <<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2358/2860>>. Acesso em: 16 de jun. de 2021.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**. São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v47n87/v47n87a06.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. de 2022.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; NETO, Fuad Kyrillos. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 14, p. 611-626, 2011a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CqzGb8Lb4yr7P6grYVTMszg/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 17 de jan. de 2021.

\_\_\_\_\_. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**. Revista do NESME, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011b. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1394/139422412002.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2023

ESCH, Cristiane Ferreira; JACÓ-VILELA, Ana Maria. A regulamentação da profissão de psicólogo e os currículos de formação psi. In: **Clio-psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. JACÓ-VILELA, Ana Maria; CERZZO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (Orgs.). p. 3-12, 2001. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/hkyyb/pdf/jaco-9788579820618.pdf>>. Acesso em: 21 de jul. de 2021

FACCHINETTI, Cristiana; PONTE, Carlos. **De barulhos e silêncios: contribuições para a história da psicanálise no Brasil** Psychê, vol. VII, núm. 11, junho, 2003, p. 59-83. Universidade São Marcos São Paulo, Brasil. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/307/30701105.pdf>>. Acesso em: 03 de fev. de 2023.

FERIGATO, Sabrina Helena et al. O atendimento à crise em saúde mental. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 14-14, 2007. Disponível em: <<https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/issue/view/6>>. Acesso em: 07 de set. de 2021

FERRAZ, Flávio Carvalho. Transmissão e formação: apontamentos sobre o tripé analítico. **Jornal de Psicanálise**. São Paulo, v. 47, n. 86, p. 87-102, jun. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352014000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

FLEURY, Sonia. Revisitando "a questão democrática na área da saúde": quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan.-abr., 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772017>>. Acesso em: 14. de fev. de 2022

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: Na Idade Clássica (Estudos)**. São Paulo: Perspectiva, 2020. Edição Kindle.

FRANCISCHELLI, Leonardo A. IPA-Cem anos de resistência. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 44, n. 1, p. 35-44, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2010000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000100006)>. Acesso em: 12 de ago. de 2022.

FREUD, Sigmund. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: **Edição Standard das Obras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, p. 125-36, 1974. (Trabalho original publicado em 1910).

\_\_\_\_\_. História do movimento psicanalítico. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, Trad. Vol. 14, p. 15-73). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Trabalho original publicado em 1914).

\_\_\_\_\_. Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen [1906]. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Original publicado em 1907).

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 17, p. 169-183, 1996. (1919-1918).

\_\_\_\_\_. O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 8. Rio de Janeiro: Imago, 1998 (Original publicado em 1911).

\_\_\_\_\_. **A interpretação dos sonhos** (Edição Comemorativa). Rio de Janeiro: Imago, 2001. (Original publicado em 1900).

\_\_\_\_\_. O poeta e o fantasiar. In: **Arte, literatura e os artistas** - Obras incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. (Original publicado em 1908).

\_\_\_\_\_. **A psicoterapia da histeria**. Estudos sobre a histeria (Coleção Obras completas, PC Souza, trad. V. 2). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Original publicado em 1895), 2016.

\_\_\_\_\_. A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial. In: **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. (Original publicado em 1926).

\_\_\_\_\_. Observações sobre o amor transferencial. In: **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017 (Original publicado em 1915[1914]).

\_\_\_\_\_. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In: **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017 (Original publicado em 1912a).

\_\_\_\_\_. Sobre a dinâmica de transferência. In: **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017 (Original publicado em 1912b).

\_\_\_\_\_. Sobre o início do tratamento. In: **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017 (Original publicado em 1913).

\_\_\_\_\_. Tratamento psíquico (tratamento anímico). In: **Fundamentos da clínica psicanalítica** - Obras incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. (Original publicado em 1890).

\_\_\_\_\_. O mal-estar na civilização. In: **Cultura, sociedade, religião: o mal-estar na cultura e outros escritos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020 (Original publicado em 1930).

\_\_\_\_\_. Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Original publicado em 1916-17).

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef. **Estudos sobre a histeria** (Coleção Obras completas, Tradução: PC Souza, v. 2). São Paulo, SP: Companhia das Letras (Original publicado em 1893-1895), 2016.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Lembrar, escrever esquecer**. São Paulo: Editora 34, 2006.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GINZBURG, Jaime. Linguagem e trauma na escrita do testemunho. **Revista Conexão Letras**, v. 3, n. 3, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/conexaoletras/article/view/55604/33808>. Acesso em: 25 de abril 2021

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 2. 2010. Disponível em: <[scielo.br/j/tce/a/tznsCBgcPVVMzGN8yy678Ck/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/tce/a/tznsCBgcPVVMzGN8yy678Ck/?format=pdf&lang=pt)>. Acesso em: 04 de jun. de 2021.

\_\_\_\_\_. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 22, p. 361-369, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhjwx99tRHMv6fR8HLCc/?lang=pt>>. Acesso em: 16 de abril 2023.

HIDALGO, Luciana. **Literatura da urgência: Lima Barreto no domínio da loucura**. São Paulo: Annablume, 2008.

HOLOCAUSTO brasileiro. Direção: Daniela Arbex e Armando Mendz. São Paulo, SP: **HBO Brasil**, 2016. Canal Max (90 min).

JODELET, Denise. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão**. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, p. 53-66, 2001.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 265-274, 2003. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v8n1/a19v08n1.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v8n1/a19v08n1.pdf)>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand Lefebvre. i. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LITERATURA. In: **Michaelis dicionário online**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2022. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/LITERATURA/>>. Acesso em: 15 maio 2022.

LOBOTOMIA, o polêmico procedimento no cérebro que era considerado "mais fácil do que tratar uma dor de dente". **Ciência e Saúde**. *GI*, [S. l.], 21 fev. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2021/02/21/lobotomia-o-polemico-procedimento-no-cerebro-que-era-considerado-mais-facil-do-que-tratar-uma-dor-de-dente.ghtml>>. Acesso em: 07 mar. de 2021.

MACHADO, Maíla do Val. **O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais**. Orientadora: Daniela Scheinkman Chatelard. 2011. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura,

Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10196/1/2011\\_MailadoValMachado.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10196/1/2011_MailadoValMachado.pdf). Acesso em: 13 de dez. de 2022

MACIEL, Carolina Pina Rodrigues. Literatura de testemunho: leituras comparadas de Primo Levi, Anne Frank, Immaculée Ilibagiza e Michel Laub. **Opiniões** - Revista dos Alunos de Literatura Brasileira, n. 9, p. 74-80, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/opiniaes/article/view/124618>>. Acesso em: 09 de fev. de 2022.

MAGALDI, Felipe. **Mania de liberdade: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020.

MALDONADO, Gabriela; CARDOSO, Marta Rezende. O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.45 – 57, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pc/a/DzyPGRYMLrF9mnZxy8ZfB7J/>>. Acesso em: 19 de mar. de 2022

MARCO, Valeria de. A literatura de testemunho e a violência de Estado. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n.62, p. 45-68, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ln/a/QDGzySCvq7RH8YwGGvJzqzr/>>. Acesso em: 17 de nov. de 2022

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/4CXZ3jQsv8d7KjPb5HGy5Sb/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 08 de set. de 2022.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Lg63Lg8vPjHT4v3TLvYmpyG/>. Acesso em: 04 de maio de 2022.

MASSON, Jeffrey Moussaieff. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1986.

MAURANO, Denise. **Para que serve a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

MEIRELES, Maurício. Perfil biográfico. In: CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus**, Diário I. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. **Saeculum – Revista de História**, p. 203-220, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/203/13834>>. Acesso em: 22 de out. de 2022.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NABUCO, Maria Eugênia. Práticas institucionais e inclusão escolar. **Cadernos de Pesquisa** [online]. 2010, v. 40, n. 139, p. 63-74. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/hHQ5WX6KrqhH9hZHLHv7rfn/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 15 de jun. de 2022.

OLIVEIRA, Daiana Indianara et al. Reforma psiquiátrica brasileira e suas influências europeias e norte americanas. **Amazônica** - Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação, v. 25, n. 2, jul-dez, p. 333-354, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/7776>>. Acesso em: 03 de jan. de 2022.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Walter Lisboa; RODRIGUES, Avelino Luiz. Sobre a prática psicanalítica em enfermarias hospitalares. **Estudos de psicanálise.**, Belo Horizonte , n. 41, p. 157-165, jul. 2014 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372014000100016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372014000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 de jan. de 2023.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.141-154, 2011. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mCXjJg5g9LGWSDKmXjvKHcg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 de jan. de 2023.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PERES, Ana Maria Clark. Literatura e psicanálise: repensando a interdisciplinaridade. **Aletria: Revista de Estudos de Literatura**, v. 4, p. 185-198, 1996. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/aletria/article/view/17715/14503>. Acesso em: 02. de jan. 2023

PIMENTA, Shyrley. **Psicanálise e a literatura: o corpo humilhado em Lima Barreto**. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, 2007. Disponível em: <<https://repositorio-dev.ufu.br/bitstream/123456789/17279/1/SPimentaDISPRT.pdf>> Acesso em: 04 de maio de 2022.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 318-325, 1995. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/?fo>>. Acesso em: 22 de jun. 2021.

PRADO, Juliana Falchete Martins. **O psicanalista na saúde pública: uma prática do trabalho em equipe**. 2016. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20092016-172428/pt-br.php>> . Acesso em: 20 de jul. 2023

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, p. 15-73, 1990.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Hesio Cordeiro no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, 1979. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. **Psicologia USP**, v. 23, p. 343-366, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/sFbL783F5WGfmL9v9vjFnph/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 01 de abr. de 2021.

ROVAI, Marta Gouveia de Oliveira; TEIXEIRA, Eduardo Augusto Carvalho. Batismo de Sangue: literatura testemunhal como ferramenta do reconhecimento histórico da dor. **Literatura e Autoritarismo**, n. 27, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/LA/article/view/21178/14074>>. Acesso em: 28 de set. de 2021.

RUSSO, Jane A. A difusão da psicanálise no Brasil na primeira metade do século XX—da vanguarda modernista a rádio-novela. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 2, n. 1, p. 51-61, 2002a. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7704>>. Acesso em: 22 de abr. de 2022.

RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002b.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Ano 9, n.3, set. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/56hWVSkWPtnWTGrjVB6qWGS/?lang=pt#>>. Acesso em: 09 de fev. de 2023.

SAFATLE, Vladimir. Arqueologia das Sombras da Razão. In: FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: Na Idade Clássica (Estudos)**. São Paulo: Perspectiva, 2020. Edição Kindle.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie *et al.* Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38143476/Analise\\_Documental-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1656374184&Signature=dR4drJgs0y4-4L1-qO3hxr7M4C51BPLHle5RJh-fp7ThOb0TqQ6CJNtc6bPBShcHKuRSd4g9X7ISqi-LcSBZ0v5jyLt8DC1Hzs1wmfrmmUkVSHdRK~GQ0IYzpq5rBjINiq1cHSq48dW3X~PuQcDGY2NNkQ9JC9pSHrEzfd0tAIOnsOFVPPUH8AS9Iq3JwQgsV80feJZLznxcZLg7MsiJ5Lz~UndYNR8LlxIHrdSxN54s3SzuVRt1~2kPQu8h8lXkmZyiMtskj-vRdhqteJFz5afXVRmnIfa2afSpgikX1euBNPNiveAJ81uhO1fS-HGgpFx0wT7ibE~JGYNXiSn67g\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38143476/Analise_Documental-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1656374184&Signature=dR4drJgs0y4-4L1-qO3hxr7M4C51BPLHle5RJh-fp7ThOb0TqQ6CJNtc6bPBShcHKuRSd4g9X7ISqi-LcSBZ0v5jyLt8DC1Hzs1wmfrmmUkVSHdRK~GQ0IYzpq5rBjINiq1cHSq48dW3X~PuQcDGY2NNkQ9JC9pSHrEzfd0tAIOnsOFVPPUH8AS9Iq3JwQgsV80feJZLznxcZLg7MsiJ5Lz~UndYNR8LlxIHrdSxN54s3SzuVRt1~2kPQu8h8lXkmZyiMtskj-vRdhqteJFz5afXVRmnIfa2afSpgikX1euBNPNiveAJ81uhO1fS-HGgpFx0wT7ibE~JGYNXiSn67g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)> Acesso em : 12 de jun. de 2022.

SARAIVA, Lisiane Alvim; NUNES, Maria Lucia Tiellet A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. **Estudos de Psicologia** (Natal). 2007, v. 12, n. 3, p. 259-268. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000300008>>. Acesso em: 19 de nov. de 2022.

SAÚDE MENTAL, I. C. N. de T. em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência**: revista de direitos e movimentos sociais, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>>. Acesso em: 28 de out. de 2022.

SCHREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos**. Todavia, 2021 (original publicado em 1903).

SELIGMANN-SILVA, Márcio. Literatura de testemunho: os limites entre a construção e a ficção. **Letras**, n. 16, p. 9-37, 1998. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/letras/article/view/11482/6948>. Acesso em: 17 de mar. De 2021.

\_\_\_\_\_. Testemunho e a política da memória: o tempo depois das catástrofes. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, v. 30, p. 71-98, 2005a. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/2255/1348>>. Acesso em: 14 de fev. de 2021.

\_\_\_\_\_. **O local da diferença: Ensaios sobre memória, arte, literatura e tradução**. São Paulo: Editora 34, 2005b.

\_\_\_\_\_. Narrar o trauma: a questão dos testemunhos de catástrofes históricas. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v.20, n.º.1, p.65 – 82, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pc/a/5SBM8yKJG5TxK56Zv7FgDXS/>>. Acesso em: 05 de fev. de 2022.

SILVA, Carla Damas; VIANNA, Cintia Camargo. Repercussões da violência em Biografia de un cimarrón. **Revista Fronteira Digital**, n. 5, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/frontheadigital/article/view/1540>>. Acesso em: 14 de abr. de 2022.

SOLER, Colette. Trauma e fantasia. **Stylus: Revista de Psicanálise**. Rio de Janeiro, n. 9, p. 45-59, out. 2004. Disponível em: <[https://issuu.com/epfclbrasil/docs/n9\\_full](https://issuu.com/epfclbrasil/docs/n9_full)>. Acesso em: 13 de fev. de 2022.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia** (Natal), v.9, n. 3, p. 489-495, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300011>>. Acesso em: 12 de fev. de 2022.

VERONESE, Marília Veríssimo. Práticas institucionais. In RIVERO, NEE (org). **Psicologia social: estratégias, políticas e implicações**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 103- 110, 2008. E-book.

VORSATZ, Ingrid. Freud e a ciência da literatura: psicanálise, ciência e poesia. **Tempo psicanal**. Rio de Janeiro , v. 51, n. 1, p. 159-184, jun. 2019 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382019000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382019000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de abr. de 2022.



TESTEMUNHO. In: **Michaelis dicionário online**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2022. Disponível em: < <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/trauma/>> Acesso em: 15 de maio de 2022.

TOMAIM, Cássio dos Santos. Documentário “Holocausto Brasileiro” e a representação de uma memória traumática. **Discursos Fotográficos**, v. 15, n. 27, p. 218-244, 2019. Disponível em:< <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/discursosfotograficos/article/view/36447>>. Acesso em: 11 de jan. de 2022.

TRABUCO, Karem Emanuely de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-areforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

TRAUMA. In: **Michaelis dicionário online**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2022. Disponível em: < <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/trauma/>> Acesso em: 15 de mar. de 2022.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, p. 16-26, 2001.

WEGNER, Robert.; SOUZA, Vanderlei. Sebastião de Souza. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. v. 20, n. 1, p. 263–288, jan. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Hxj4PcSwZGZQzfTRgHpGCbC/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 abr. 2023.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. E-book. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/35r5sKdLfsTXKMsrnzVr8k/>> Acesso em: 18 de jul. de 2021.

ZASLAVSKY, Jacó, *et al.* A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** [online]. 2003, v. 25, n. 2, p. 297-309. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000200006>>. Acesso em: 19 de nov. de 2022.

ZIMMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.